

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA-BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de MASTER

En psychologie clinique

Thème:

L'intérêt du dispositif thérapeutique des
Constellations familiales à l'amélioration des
symptômes de maladies chroniques

Etude clinique de (05) cinq cas

Réalisé par :

M^r. Boustia Farouk

M^r. Haddad Idris

Encadré par :

M^{me} MOUHEB Zina

Année Universitaire
2014-2015

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage et la volonté pour réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à exprimer notre gratitude et notre profonde reconnaissance à notre promotrice Madame **MOUHEB Zina** pour son aide, son soutien et ses conseils précieux tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions également l'ensemble du personnel des deux associations les amis des cancéreux et celle d'espoir des malades diabétiques de Tazmalt.

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail *Merci...*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout particulièrement :

A mes chers parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager et qui m'ont été d'une aide inestimable, qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Pour me voir enfin réussir.

A mes frères et mes sœurs

A toute la famille

A mes amis, Samir, hamza, krimou, Salah, et aux amis de mon collègue Farouk qui sont mes amis aussi, je leur dis merci infiniment.

A la mémoire de mon camarad ghouchene farhat

A tous mes amis que je ne pourrais citer en l'espace de quelques lignes

Ainsi que la psychothérapeute Colette Hellings.

A tous mes amis que je ne pourrais citer en l'espace de quelques lignes.

Idris

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout particulièrement :

A mes chers parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager et qui m'ont été d'une aide inestimable, qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Pour me voir enfin réussir

A mes frères et mes sœurs

A toute la famille

A mes amis, Lyse, Hanafi, hamza, krimou, Salah, tarik, Samir, djamel, yacine, chafaa et aux amis de mon collègue Idris qui sont mes amis aussi, je leur dis merci infiniment.

A la mémoire de mon camarad ghouchene farhat

A tous mes amis que je ne pourrais citer en l'espace de quelques lignes.

Ainsi que la psychothérapeute Colette hellings

Farouk

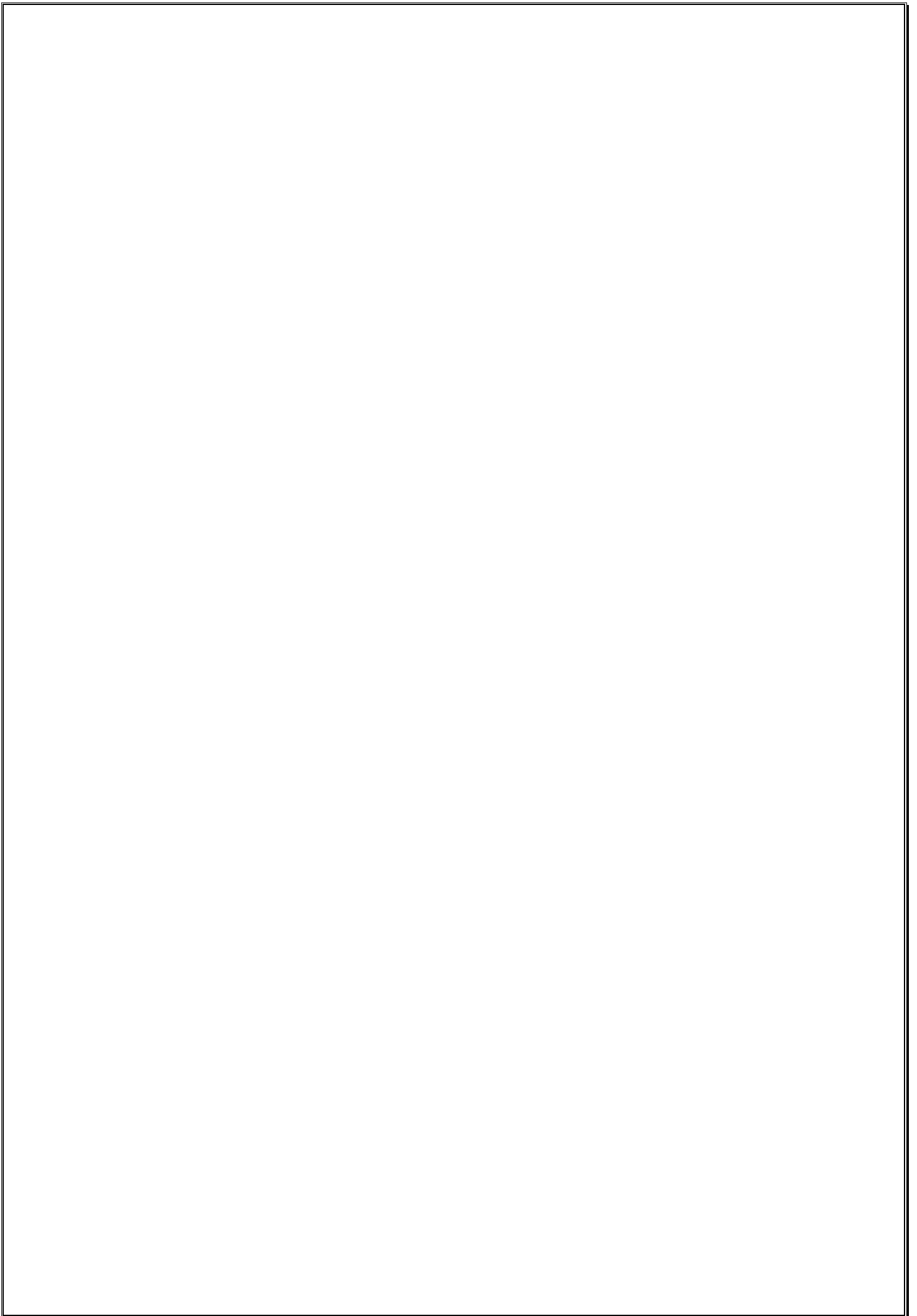


TABLE DES MATIERES

Introduction générale.....	01
Problématique et hypothèses.....	03

La partie théorique

Chapitre1: La maladie chronique

Introduction.....	10
1. Quelques Définitions.....	11
1.1. Définition de maladie chronique.....	11
1.2. Définition de maladie psychosomatique.....	11
1.3. Définition d'un symptôme.....	11
2. Le malade, maladie et la qualité de vie.....	11
2.1. Le vécu de la maladie.....	12
2.2. Stratégies de coping.....	14
Conclusion.....	16

Chapitre 2 :L'approche systémique en traitement des maladies

Introduction	17
1. Définition d'un système.....	18
2. Les trois systémiques.....	19
3. Thérapie systémique et traitement des maladies.....	21
3.1. Historique.....	21
3.2. L'apport de Selvini-Palazzoli.....	22
3.3. L'apport de Minuchin.....	23
3.4. L'apport d'Onnis.....	23

3.5. Les sculptures comme outil métaphorique.....	26
Conclusion.....	28

Chapitre 3 : La méthode thérapeutique des constellations familiales

Introduction	29
1. Qu'est-ce qu'une constellation.....	30
1-1. L'origine.....	31
2. La psycho-généalogie.....	32
3. Les règles internes au système familial.....	33
4. Les principales dynamiques dans une constellation.....	34
5. L'utilisation en thérapies familiale.....	35
6. L'utilisation en thérapies de maladie.....	36
7. Le déroulement d'une Constellation	37
7.1. Spécificités des Constellations familiales.....	38
7.2. Approche phénoménologique.....	39
7.3. Spécificités des Constellations de symptôme / maladie.....	40
7.4. Recherches.....	41
8. L'effet d'une constellation.....	43
8.1. Recherches.....	43
Conclusion.....	47

Chapitre 4 : Efficacité des psychothérapies

Introduction	48
1. Historique.....	49
2. Considérations méthodologiques de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies....	50

3. Les facteurs de changement communs aux thérapies familiales, et les facteurs spécifiques.....	51
4. Les caractéristiques du patient.....	53
5. Les caractéristiques du thérapeute.....	54
6. Le processus thérapeutique.....	56
7. L'alliance thérapeutique.....	56
Conclusion.....	58

Partie méthodologique

Introduction.....	59
1-la démarche de la recherche.....	60
2-La méthode utilisée.....	60
3-La pré-enquête.....	60
4- Le terrain de la recherche	61
4-1- Présentation des lieux de la recherche.....	61
4-1-1- Le Premier lieu.....	61
4-1-2-Le deuxième lieu.....	61
5-La Population d'étude.....	62
5-1-Les critères de sélection.....	62
6-Les techniques et les outils de la recherche.....	62
6-1-L'entretien clinique de la recherche.....	62
6-1-1L'entretien semi directif.....	63
6-2-1-La conduite de l'entretien clinique de recherche.....	63
6-2-2-Le guide d'entretien pré-constellation.....	63

6-2-3-Le guide d'entretien post-constellation (entretien de suite).....	64
7-Les échelles cliniques.....	65
7-1-L'échelle Le questionnaire standardisé par l'OMS, WHOQOL-BREF, est utilisé pour évaluer la perception de la qualité de vie.....	65
8-Choix de l'étude de cas.....	67
9-Quelles données sont recueillies ?.....	68
9-1Les domaines de questions posées dans ces guides sont donnés ici	68
10-Le déroulement de la pratique.....	69
10-1-Les difficultés rencontrées.....	70
Conclusion.....	71

Partie Pratique

A- Présentation et analyse des cas	72
B- synthèses et analyse générales des cas.....	111
C- Discussion.....	113
Conclusion.....	115

Bibliographie

Annexes

Liste des abréviations :

-O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

-W.H.O: World Health Organization.

-WHOQOL: World Health of Quality of Life.

-STF : Sculpture du Temps de la Famille.

-SISC : (symptom and illness systemic constellations research prject) Etude Internationale Scientifique Concernant L'effet des Constellations sur des Symptômes Physiques.

Listes des tableaux et des schémas :

Les tableaux :

Tableaux	Titre	Page
Tableau n° 01	SCORE WHOQOL-BREF	66
Tableau n° 02	Questions proposée par Elliot 1991	67
Tableau n° 03	Les types d'entretiens utilisés	69

Les Schémas :

Schéma n° 01.....	14
Schéma n° 02.....	22
Schéma n° 03.....	31
Schéma n° 04.....	75, 82, 90, 98, 105.

Introduction

Introduction

L'atteinte d'une maladie chronique dans toute ses forme (diabète, cancer et l'asthme...), est une période où la personne va vivre un grand changement de sa vie habituelle, une transformation de sa vie complète vers le difficile, c'est une période de transformation de la vie de personne vers le négative et la dégradation de la qualité de vie de toute les domaines de la vie (social, psychologique, physique, environnement...). Cette transformation qui va engendre aussi une attient a la famille et son entourage.

Cette personne atteinte d'une maladie chronique a besoin d'un plus d'attention et beaucoup plus de compréhension, c'est pour cela beaucoup d'études faite pour ce sujet pour comprendre ses causes, ses effets, et ses traitements, et pour trace des techniques et thérapies pour une bonne prise en charge de ses personnes malades.

Les découvertes de ses techniques et ses thérapies dans la prise en charge des personnes atteintes des maladies chroniques ont pour objectif de soin, d'amélioration et prise de conscience.

Parmi les techniques et les thérapies qui se lance dans les études des maladies chroniques et cherchent a trouvent des améliorations possible sur le plan relationnelle entre le malade et sa famille on trouve les travaux des thérapies systémique on particulier les travaux des constellations familiales qui se base sur l'intégration des relations familiales ou, plus généralement sur des relations interpersonnelles restrictives dans l'amélioration de qualité de vie et le symptôme d'une maladie chronique.

Dans notre modeste étude qui résume à un essai de tester une thérapie de constellation familiale à l'amélioration des symptômes d'une maladie chronique, Cette recherche nous intéresse, pour plusieurs raisons: peu de recherches existent sur les constellations et leurs effets, peu de recherche existe sur les constellations et la maladie; une telle recherche, pourrait contribuer à l'investigation de solutions aux maladies chroniques. D'autre part, la méthode des constellations apporte une vision instantanée de solutions possibles à un problème, et une vision des intrications relationnelles inhibant la mise en place d'autres solutions que le symptôme; cela nous semble être un complément intéressant à d'autres méthodes thérapeutiques.

Pour cela, on essaye de cerner les contours par une présentation des idées essentielles selon des chapitres correspondant au volet théorique et pratique. Ce mémoire comporte trois

Introduction

parties (théorie, méthodologie et pratique). Nous débuterons par la problématique et les raisons de choix du thème et les définitions des concepts. puis une partie théorique qui englobe sur les quatre chapitres, dans ces chapitres focalisent sur l'état de la question, nous prenons en compte différentes facettes du traitement de la maladie: le vécu de la maladie, la perspective psychosomatique, puis systémique; nous résumons ce qu'est la systémique, puis nous décrivons ce qu'est la méthode des constellations et les recherches faites à ce jour; et enfin nous abordons le sujet de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies.

Puis une partie méthodologique, on centré sur la méthodologie adoptée dans cette recherche clinique explicative et qualitative sur cinq cas étudié dans deux associations différentes.

La troisième partie est consacrée à l'étude de cinq cas, volontairement diversifiés au niveau des maladies. Cette étude porte sur l'évolution du vécu des personnes par rapport à la maladie, à leurs systèmes familiaux et sociaux, et à leurs projets de vie. Chaque étude de cas inclut une analyse globale de la constellation et de l'entretien, les dynamiques de la constellation et une discussion sur les hypothèses.

Problématique et hypothèse

Problématique

Plusieurs évènements et problèmes peuvent perturber ou bouleverser la situation de vie normale chez un être humain et la situation d'un système familiale, comme des maladies chroniques (diabète, cancer, l'asthme), ce qui la rend plus difficile, car l'influence de la personne malade avec sa famille peut contaminer le fonctionnement de la stabilité de système, et qui peut avoir des répercussions sur le système, sur les perceptions de la personne et sur ses relations avec autrui, économique, sociale et culturelle.

Parmi les situations qui rend la vie d'une personne difficile en particulier chez les familles c'est l'atteinte d'un membre de la famille d'une maladie chronique qu'est défini par Bérubé comme « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë. » (Bérubé, 1991, p 130).

Ces personnes atteintes d'une maladie chronique trouvent leur soulagement et leur amélioration chez leurs familles et leur système qu'ils appartiennent c'est-à-dire l'impact de la famille et sa place dans le soulagement d'un membre souffre d'une maladie, plusieurs recherches sont effectuées sur ce domaine c'est-à-dire l'impact des approches systémiques dans le traitement et l'évolution des maladies, en particulier les constellations systémiques.

Dont de nombreux auteurs ont donné des diverses explications sur ce sujet. Pour ce qui nous concerne, à travers cette modeste recherche, nous tentons de montrer l'intérêt des constellations familiales à l'amélioration des maladies chroniques. A cet effet, et comme nous sommes des psychologues cliniciennes stagiaires au sein de deux associations cancéreuses et diabétiques de Tazmalt, nous avons opté pour nous mettre en contact direct avec ces personnes afin de comprendre mieux les manifestations cliniques de cette maladie et leur place dans la famille, et d'envisager la situation, pour donner une analyse globale sur la situation familiale qui entoure la personne malade. Cela nous permet au moins, de faire un travail de sensibilisation auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique, des professionnels de la santé, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne malade.

Donc parmi les objectifs principaux de cette recherche, elles consistent également à décrire le rapport de la personne malade avec sa maladie et son évolution. Et le rapport de la relation intra-familiale à l'évolution et l'amélioration d'une maladie chronique. Autrement dit la place de la

Problématique et hypothèse

famille dans le soulagement et le soutien d'une personne malade dans son changement, et aussi chercher à comprendre l'effet de l'utilisation de la technique des constellations familiales à l'avancement et l'amélioration de symptôme de la maladie.

Pour Palo Alto 1987 dit qu'un paradoxe thérapeutique efficace consiste à traiter cette souffrance du « patient identifié » non comme échec relationnel mais plutôt comme tentative de solution pour le groupe concerné. Il faut donc accueillir le trouble comportemental et, en quelque sorte, le prescrire en tant qu'acte volontaire et assumé, comme métaphore d'un réel besoin évolutif du groupe familial, ou du couple. J. Haley montre comment la plupart des écoles psychothérapeutiques ont utilisé ce principe de compréhension et d'injonction paradoxale des troubles affectifs relationnels. La rénovation des méthodes hypnotiques par Milton Erickson l'ont beaucoup inspiré.

Selon Benoit et al, lorsqu'un individu présente des symptômes, cela signifie que la structure hiérarchique de l'organisation est confuse. (Benoît, J-C. et al, 1988). La thérapie familiale de l'anorexie se basait en général sur l'idée que l'anorexie était exclusivement l'expression d'un problème familial caché et irrésolu.

Selon Jay Halley pense que le symptôme est fréquemment une métaphore du problème familial, et renvoie aux conflits de pouvoir qui peuvent déchirer une famille, ainsi qu'aux tentatives que font ses membres pour définir les termes mêmes des relations qu'ils ont entre eux. Avec Cloe Madanes, Haley met notamment l'action sur les « hiérarchies inversées », c'est-à-dire les coalitions transgénérationnelles qui peuvent exister entre l'un des parents et l'un des enfants. (Elkeim, M. Les thérapies familiales, in à quel psy se vouer, psychanalyses, psychothérapies les principales approches).

Selon Guy Ausloos a constaté que le symptôme est le résultat d'une incompatibilité entre les finalités de l'individu et les finalités familiales au moment de l'émergence du symptôme. Pour comprendre le processus de désignation, Guy Ausloos a posé la question suivante : comment en est-on arrivé là ? Quel est le processus qui amène à la désignation du patient désigné, à l'isolation de son symptôme, à la pathologisation de la problématique familiale ? Pour pouvoir répondre à ce questionnement, Ausloos nous explique le processus de sélection amplification. Ce dernier est marqué essentiellement par des rétroactions positives qui vont dans le sens d'une augmentation du type de comportement sélectionné. Ceci peut être lié aussi à l'histoire personnelle du sujet porteur de symptômes qu'aux interactions du système dans lequel vit le sujet. Il insiste sur le fait que le symptôme ne remplit pas de fonction au moment

Problématique et hypothèse

de son apparition. Ce n'est que lorsque ce comportement est ponctué comme étonnant, bizarre, inquiétant, qu'il commence à devenir un enjeu dans le champ relationnel du système familial (Ausloos, G. 2003. pp 134-137).

Pour Guy Ausloos dit « Faire de la thérapie n'est pas résoudre des problèmes ou corriger des erreurs mais se plonger dans le mystère des familles et de leur rencontre. Ceci implique de passer d'une thérapie où le thérapeute observe à une thérapie où le thérapeute s'observe pour refléter à la famille compétente. C'est cette perception qui permet de laisser émerger l'auto-solution ».

C'est-à-dire Notre étonnement positif devant chaque famille naît de sa capacité propre à découvrir ses solutions, et pour cela l'intervenant/e saura à la fois sentir cela et prendre le recul nécessaire. Pas de recette miracle : la propre compétence de l'intervenant/e ne se développe que par l'émergence bien accueillie des capacités familiales et de leur auto-organisation dans les crises.

De nombreuses études sont alors faites, vers les années cinquante, sur des bébés asthmatiques et leur contexte familial ; ces études décèlent chez les parents une distance affective, une sévérité, et une tendance à l'hyper protection. De nombreux centres mettent alors en place une « parentectomie », c'est-à-dire un éloignement des patients de leur contexte familial. Cette parentectomie amène au début à une amélioration transitoire, qui n'empêche pas à long terme la chronicisation de la maladie. Nous sommes encore là dans une perspective de causalité linéaire, la famille étant considérée comme la cause du trouble. Cette façon de faire est progressivement remise en cause depuis la fin des années 1990 (Cook-Darzens, 2002)

Pour Onnis (2005) explique qu'il travaille principalement avec la famille, au lieu de travailler sur tous les niveaux systémiques auquel le trouble psychosomatique est lié, pour des raisons théoriques et pratiques : La famille est le premier contexte d'expériences et d'apprentissages, où les mouvements d'identification et d'autonomisation se sont produits ; il est clé de travailler sur ce contexte, quand on se réfère au concept du système Soi-Corps-Soi évoqué plus haut (Kohut, 1977). Pour autant, Onnis met en garde contre l'idée de condamner la famille comme « pathogène », La famille est un système complexe reliant plusieurs niveaux le niveau synchronique des modèles d'interaction et de communication, et le modèle diachronique des histoires individuelles et collectives, des valeurs, croyances, mythes, secrets, qui influencent encore le présent et le futur.

Problématique et hypothèse

Pas loin des thérapies systémiques on trouve une autre approche qui s'intéresse à comprendre les maladies en base sur le système familiaux qu'apparus dans les années 80 par Bert Hellinger.

Pour Bert Hellinger 1991, cette technique vise à faire apparaître une représentation inconsciente de sa propre famille que chacun porterait en soi. Un système de rituels permettrait alors de dénouer sur cette représentation les enchevêtrements familiaux du patient, et, en rétablissant l'ordre dans la représentation, de lui rendre la santé psychique. Bien que presque inconnue en France, cette technique thérapeutique est maintenant très répandue en Allemagne, que ce soit en clinique ou lors de séminaires. Elle n'est pas conçue pour agir seule, mais vient en point à d'autres psychothérapies classiques, individuelles ou de groupe.

. La méthode des constellations familiales s'adresse à tous ceux qui ont des problèmes de famille ou des difficultés d'origine familiale... en aidant à les résoudre. Elle propose une manière concrète d'aborder la situation conflictuelle en suggérant une remise en ordre spécifique au sein de système familial.

D'après son étude approfondie des forces cachées qui sont à l'œuvre au sein du système familial, Bert Hellinger développe sa méthode des constellations familiales visant à mettre à jour les influences sous-jacentes dans un système. Le travail se fait en groupe. Une personne volontaire présente succinctement sa problématique, se basant sur les données concrètes, des faits de son histoire familiale.

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

Jusqu'à juillet 2007, cette recherche reste dans ses prémisses, à cause de la complexité du sujet, du peu de théorisation faite sur le sujet « constellations et symptômes », ceci rendant difficile la formulation d'hypothèses pour une recherche quantitative. Le département de Psychologie clinique de l'université de Heidelberg (Allemagne), et le département de

Problématique et hypothèse

Sociologie de l'université de Jena (Allemagne), qui financent en partie cette recherche, demandent au Dr Weber de limiter le cadre de la recherche à l'étude détaillée de cas, à travers une approche qualitative de recherche, pour définir ensuite des hypothèses pour une recherche quantitative.

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

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

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

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

Le cadre défini alors est trop étendu pour notre recherche en master. Nous décidons alors, de limiter notre recherche à l'évaluation des effets de la constellation sur le client, avant et après la constellation, pour tout type de maladie chronique diagnostiquée par un médecin.

Pour ce qui nous concerne à travers cette recherche est de reprocher aux questions suivantes :

1-Ya-t'il un intérêt de l'utilisation de la méthode des constellations Systémiques à l'amélioration de maladies chroniques ?

2-Le travail sur les relations intrafamiliales peut-il améliorer la qualité de vie de l'enfant atteint d'une maladie chronique?

3-Y-a-t-il une spécificité de l'effet de la méthode des constellations sur l'évolution de maladies chroniques ?

Problématique et hypothèse

La revue de la littérature faite dans la partie théorique, ainsi que notre propre réflexion, nous amène à nous poser les questions suivantes autour de notre question de recherche et Pour pouvoir répondre à ces questions nous proposons de discuter à travers cette recherche les hypothèses suivantes:

Hypothèse générale

1- la méthode des constellations améliore l'effet d'évolution de maladies chroniques ?

Hypothèses partielles

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

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

Problématique et hypothèse

Définition et opérationnalisation des concepts

Constellation familiale: Une constellation familiale est un mode de thérapie créé par Bert Hellinger, une constellation familiale se compose du cercle familial proche et des anciennes générations de la famille, ainsi que des personnes ayant eu une interaction avec ces membres de la constellation.

Cette méthode consiste en une restitution des interactions des membres du cercle familiale. Cette reproduction des liens familiaux permet leur observation et l'analyse des facteurs de bouleversement pour la personne bénéficiant de la thérapie. Lucien Essique (2002)

Symptôme : Le symptôme est un signe présent au niveau de l'organisme en réponse a une maladie est en général responsable de plusieurs symptôme, qui peuvent être identique d'une pathologie a l'autre, d'où l'intérêt de recouper tous les symptômes et d'utiliser des examens dits complémentaires pour permettre une étude plus précise de ceux- et de leurs cause suspectées. Dictionnaire de Santé- Médecine (2003)

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

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

Introduction

La qualité de vie des patients, et notamment ceux souffrant d'une maladie somatique chronique : diabète, asthme, rhumatisme..., fait l'objet d'un nombre croissant de travaux. L'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1993) définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». L'impact des symptômes sur le quotidien, les conséquences des traitements et les faibles perspectives de guérison sont souvent associés à une diminution de la qualité de vie. S'il demeure aujourd'hui que les indicateurs de qualité de vie ne sont pas pris en compte dans les essais thérapeutiques, la banalisation de ce concept reflète néanmoins une évolution majeure dans la prise en charge du patient par le soignant. Le modèle biomédical s'enrichit progressivement d'une approche biopsychosociale. Ce changement témoigne d'une reconnaissance de l'importance du bien-être et de la subjectivité du patient. Il ouvre la voie à des interventions psychoéducatives et psychothérapeutiques dont il faut pouvoir montrer l'efficacité. Plusieurs problèmes doivent cependant être résolus avant d'en venir à ces propositions de solutions. Ces problèmes sont de deux ordres : la mesure de la qualité de vie, sous-tendue par l'émergence d'une définition consensuelle, et, ce qui justifie la présente recherche, la compréhension des déterminants de la qualité de vie. Dans cette perspective, le courant privilégié nous semble être celui de la psychologie de la santé puisqu'il prend ses racines dans l'approche biopsychosociale et dans la reconnaissance de l'importance des évaluations subjectives par le patient. Ce courant a permis de mettre en évidence des prédicteurs de l'ajustement à la pathologie chronique, ainsi que des phénomènes psychologiques dits médiateurs entre ces prédicteurs ou antécédents et les critères d'ajustement à la maladie (Bruchon-Schweitzer, 2002).

1. Quelques Définitions

1.1. Définition de maladie chronique :

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

1.2. Définition de maladie psychosomatique :

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

1.1.3. Définition d'un symptôme :

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

2. Le malade, maladie et la qualité de vie :

La qualité de vie est considérée comme un facteur clé de la santé par l'OMS. Pour cette organisation, la mesure de la santé doit inclure non seulement une indication des changements dans la fréquence et la sévérité des troubles, mais aussi une estimation du bien-être. Ceci peut être fait en mesurant l'amélioration de la qualité de vie. L'OMS définit la qualité de vie ainsi: c'est la perception de l'individu sur sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs, et en relation avec ses objectifs, attentes, et préoccupations (W.H.O., 1998)

Les domaines revus par l'OMS pour établir la qualité de vie sont les suivants:

- La santé physique,
- L'état psychologique,
- Le niveau d'indépendance,

- Les relations sociales,
- L'environnement de la personne,
- Les croyances personnelles.

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

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

2.1. Le vécu de la maladie :

Selon Pedinielli (2005), Vannotti et Gennart (2006), il y a trois principaux pans du vécu de la maladie : le vécu du corps malade, le vécu psychologique de la maladie, et le vécu temporel de la maladie. Vannotti et Gennart (2006) font le lien entre le vécu de la maladie et l'approche phénoménologique de toute chose, qui est l'expérience, la prise de connaissance de l'objet, des phénomènes du monde par le sujet, au moment de leur mise en relation, sans préconçu théorique au sujet de ces phénomènes.

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

Si nous sommes en bonne santé, nous nous appuyons sur notre corps pour vivre « au-delà » de notre corps. En revanche, la maladie produit « une dissociation en nous-mêmes et la partie de notre corps qui nous fait souffrir », crée une difficulté au niveau psychique. Notre présence à soi est modifiée, c'est comme si la partie de notre corps qui nous faisait souffrir n'était pas « nous-mêmes ». Vannotti&Gennart (2006) parlent ici de la maladie physique, et nous faisons une extension à la maladie psychique, de par la représentation intérieure que nous avons de toute chose.

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

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

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

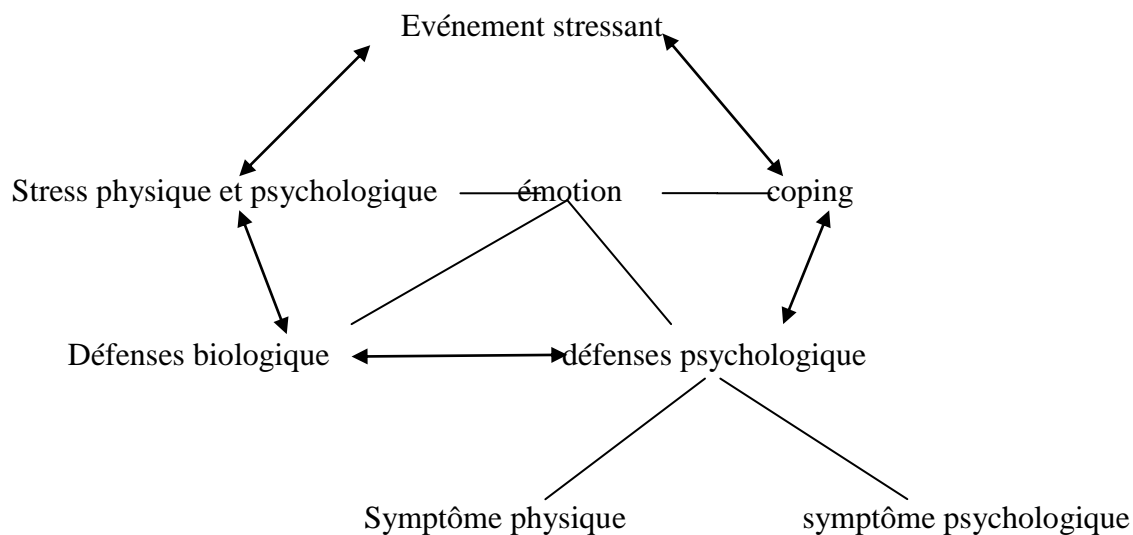
Kübler-Ross, citée par Pedinielli (2005) décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe, au moment où il sait qu'il est atteint d'un cancer, avant d'accepter la maladie. C'est un cycle similaire au cycle du deuil, décrit également par Kübler-Ross. Ce travail psychique peut se retrouver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

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

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

2.2. Stratégies de coping :

« Coping », terme anglais, est utilisé en psychologie, et signifie « adaptation ». Les stratégies de coping sont celles utilisées par une personne pour affronter et résoudre des situations existentielles problématiques, donc de stress. Présentent d'une manière synthétique l'adaptation au stress, pouvant entraîner la maladie, et les différentes stratégies de coping que nous pouvons adopter Trombini & Baldoni (2005).



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

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

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

Engel et ses collaborateurs notent qu'une relation existe entre l'existence de ces événements et l'aggravation de maladies physiques et psychiques chez des personnes incapables d'affronter et d'élaborer psychiquement une perte. (Trombini&Baldoni, 2005).

Cela nous amène à considérer les habiletés psychologiques de la personne à répondre au stress. Dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984) « les stratégies de coping sont considérées comme des réponses à des conditions stressantes spécifiques, et leur choix est fonction de l'évaluation cognitive de l'évènement ». Pour eux, il y a deux types de stratégies choisies par l'individu :

- Celles centrées sur le problème à affronter, donc sur l'origine externe du stress (« problem-focused strategies »)
- Celles centrées sur la régulation de ses propres émotions engendrées par le stress, donc sur la conséquence interne du stress (« emotion-focused strategies ») L'utilisation de ces stratégies de coping est liée aux caractéristiques personnelles de l'individu : une personne à haut degré d'extraversion utilisera plus un coping focalisé sur le problème, une personne à haut degré de névrotisme utilisera plus un coping focalisé sur les émotions internes. L'extraversion et le coping focalisé sur le problème semblent conduire à un résultat plus positif (Trombini&Baldoni, 2005, pp 148-149).

Conclusion

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

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

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

Introduction

Les thérapies familiales se fondent sur la Théorie Générale des Systèmes dont l'idée centrale est que les éléments qui constituent le système sont en interaction et s'influencent mutuellement par des rétroactions. Les thérapeutes familiaux explorent comment les interactions se déroulent dans un système familial et comment les transactions se mettent en place en tenant compte des faits et de la réalité psychique de chacun des membres de la famille. En communication, il existe deux langages : le langage digital, qui correspond au langage verbal, et le langage analogue, qui correspond au langage non-verbal. De ce fait, « il est impossible de ne pas communiquer ». Pour analyser le mode de communication dans une famille, la circularité est un outil important. La circularité est une technique d'entretien invitant chaque participant à exprimer son point de vue sur la relation existant entre deux autres membres de la famille. « Cette technique amorce un tourbillon de réponses qui apportent une grande quantité d'informations sur les relations triadiques » (M. Selvini et al. 1976). Les informations et les émotions non repérées préalablement sont remises ainsi en circulation dans le système. En complément de la vision de l'impact des loyautés intergénérationnelles sur l'apparition des symptômes, telle que l'a développée I. Bozormenyi-Nagy, l'idée d'une transmission transgénérationnelle est introduite par M. Bowen : il estime que la difficulté à se différencier est susceptible de se transmettre d'une génération à la suivante. M. Andolfi propose de regarder trois générations pour permettre de bouleverser l'enchaînement des significations construites et reproduites de façon rigide par le groupe familial concerné. (M. Elkaim, 1995).

1. Définition d'un système :

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

Un système possède quatre caractéristiques fondamentales :

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

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

Il y a deux types de systèmes :

- Des systèmes fermés, où les frontières sont imperméables avec l'extérieur.
- Des systèmes ouverts, où il y a échange de matière, d'énergie, et d'information avec l'extérieur.

Les systèmes humains font partie de ces systèmes. Tout système ouvert fait partie d'un sur-système plus vaste.

2. Les trois systémiques :

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

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

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

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

La première systémique a permis de définir toute communication comme un système de relations, d'interactions s'influçant réciproquement, sur des modes de communication digitaux (langage verbal) et analogiques (langage non-verbal), et sur des modes de relations symétriques (minimisation du refus de la différence) ou complémentaires (Watzlawick, cité par Duriez, 2007).

Dans ce cadre, Bateson & al. (1956) ont élaboré la théorie du double lien, trouble de la communication entre deux personnes en relation étroite et complémentaire. « Cette théorie envisage les symptômes comme le résultat de l'apprentissage d'un modèle de communication » (tel que les symptômes de la schizophrénie). Elkaïm, (cité par Duriez, 2007) note que Haley avait déjà à l'époque fait un pas vers la deuxième systémique, en montrant la dimension co-constructive du double lien.

La deuxième systémique est issue des travaux de chercheurs de plusieurs disciplines, dont Heinz Von Foerster (1970), cybernéticien et biomathématicien. Celui-ci montre l'illusion dans laquelle nous sommes de considérer l'observateur comme neutre, et son observation

comme la réalité. En fait, l'observateur ne perçoit pas la réalité totale, mais une partie seulement, qui est la réalité observée à travers le filtre de son cadre de référence, c'est-à-dire de son propre système de perception, de croyances et de théories ; il forme avec l'observé un système différent de celui qu'il tente d'observer. C'était déjà un des principes de la mécanique quantique. Appliqué à la thérapie, cela signifie que le thérapeute n'est pas un observateur « Objectif » du système qu'il observe (que ce soit le système individuel ou familial), il co-construit une réalité thérapeutique avec son patient.

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

La troisième systémique apporte notamment deux nouveaux points de vue :

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

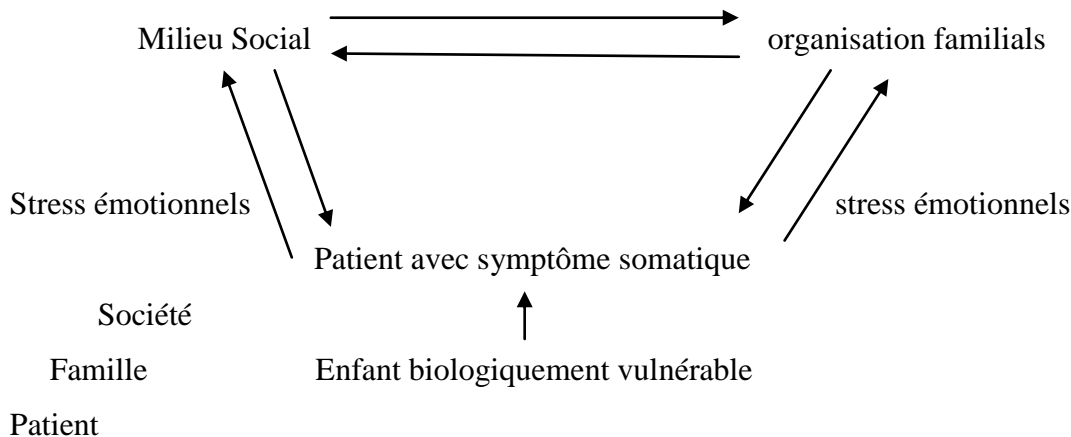
3. Thérapie systémique et traitement des maladies :

3.1. Historique :

Dès le milieu du XXème siècle, de nombreux psychiatres et psychologues américains se sont rendus compte des limites du traitement de la maladie psychosomatique en gardant une perspective uniquement individuelle (Trombini & Baldoni, 2005). Le traitement par cure psychanalytique classique avait apporté des résultats décevants, car ne tenant pas compte du contexte extérieur, en particulier du contexte de la famille. Des études sont alors faites, vers les années cinquante, sur des bébés asthmatiques et leur contexte familial ; ces études décèlent chez les parents une distance affective, une sévérité, et une tendance à l'hyperprotection. De nombreux centres mettent alors en place une « parentectomie », c'est-à-dire un éloignement des patients de leur contexte familial. Cette parentectomie amène au début à une amélioration transitoire, qui n'empêche pas à long terme la chronicisation de la maladie. Nous sommes encore là dans une perspective de causalité linéaire, la famille étant considérée comme la cause du trouble. Cette façon de faire est progressivement remise en cause depuis la fin des années 1990 (Cook-Darzens, 2002).

Vers la fin des années 1960, l'on commence à appliquer dans le domaine de la psychosomatique un modèle systémique relationnel basé sur une relation causale de type circulaire. Don D. Jackson, un des fondateurs du Mental Research Institute, est l'un des premiers à utiliser ce modèle avec des patients atteints de maladies somatiques, mettant en évidence un style particulier de comportement appelé « restrictif » : les relations dans ces familles y sont limitées, appauvries par l'application de règles éducatives rigides et par l'impossibilité d'exprimer ses sentiments et ses désaccords ; l'évitement du conflit est systématique ; les relations sociales sont insuffisantes et formelles. Jackson montre alors comment les symptômes psychosomatiques dépendent du système familial, mais aussi comment le patient contribue également, par circularité, à maintenir les symptômes ; on arrive alors à une « homéostasie » du système. La focalisation sur la famille du patient ayant un trouble psychosomatique peut faire craindre qu'on sous-estime la spécificité biologique du symptôme. Onnis (1989), appliquant le concept systémique des systèmes vivants ouverts, intègre la composante biologique dans la prise en compte du trouble psychosomatique : ce système psycho-biologique individuel est en interaction et en influence réciproque avec les systèmes familial et socio- environnemental, systèmes tous ouverts et hiérarchiquement ordonnés. Cette modélisation intègre les points de vue cités précédemment des analystes Alexander, Marty, M'Uzan, Sifneas, et Nemiah.

Système ouvert: le continuum du biologique a l'environnemental



Source: Onnis (1989)

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

3.2. L'apport de Selvini-Palazzoli :

Maria SelviniPalazzoli, psychanalyste et thérapeute d'enfants spécialisée dans le traitement de l'anorexie mentale, abandonne alors l'approche individuelle pour une approche familiale de type systémique. Elle et son équipe dégagent des caractéristiques présentes dans de nombreuses familles de patients anorexiques Trombini&Baltoni (2005) :

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

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

3.3. L'apport de Minuchin :

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

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

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

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

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

3.4. L'apport d'Onnis :

Luigi Onnis est neuropsychiatre et thérapeute familial, exerçant comme praticien-chercheur à l'Institut de Psychiatrie de l'Université La Sapienza de Rome. Il s'intéresse

depuis les années 1970 aux interprétations et aux interventions sur les troubles psychiatriques et psychosomatiques, en privilégiant une approche systémique.

Onnis (1989) s'insurge contre les modèles traditionnels de traitement de la maladie psychosomatique, maladie par nature propice au travail sur l'être dans sa globalité. Ces modèles de traitement, « distinguant trois composantes fondamentales, biologique, psychoémotive et socio-environnementale », avaient focalisé leur attention sur une seule de ces composantes, oubliant les interactions possibles avec les deux autres, en les regardant uniquement comme des causes ou des effets de la composante choisie. Onnis (2001) relève que, dans un grand pourcentage de cas traités par de tels modèles réductionnistes, le trouble évolue vers la chronicité.

L'objectif fondamental du modèle systémique selon Onnis (1989) est de rechercher les connexions entre les différentes parties d'un phénomène « avec la conviction que chacune d'entre elles ne peut recevoir sa physionomie réelle et son sens plein que dans le cadre des interactions réciproques ». Il n'y a plus de causalité linéaire, nous sommes dans une causalité circulaire. Pour lui, la médecine psychosomatique profitera pleinement d'une méthodologie systémique, pour avoir une approche unitaire, intégrée du malade. Il insiste particulièrement sur l'effort à faire pour observer le symptôme psychosomatique dans le contexte relationnel où il apparaît. Le symptôme, pour Onnis, exprime un sens symbolique, réunit en lui « la signification du contexte de communication et de relation dans lequel il apparaît. ».

Le modèle systémique implique alors un changement du champ d'observation et des critères d'intervention, se déplaçant « des individus aux systèmes qui les englobent et aux situations auxquelles ils participent » (Onnis, 1989, p15).

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

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

Ils ne soulignent que l'approche systémique qu'ils emploient pour soigner les troubles psychosomatiques n'est pas une « technique de thérapie familiale » - car alors ce serait un réductionnisme - mais une orientation méthodologique permettant « de retrouver les connexions entre de multiples niveaux systémiques », restituant à « la maladie psychosomatique la caractéristique de point d'intersection entre facteurs biologiques et psychosociaux ». Onnis et al. (2001, 169-170), adoptant une optique de la complexité, voient le trouble psychosomatique comme le résultat de la corrélation de multiples composantes, de multiples niveaux systémiques – biologique, familial, relationnel, psycho-émotionnel, chacune gardant une spécificité et une autonomie propre ; de ce fait, une approche thérapeutique interdisciplinaire coordonnée est recommandée pour prévenir la chronicisation du trouble.

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

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

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

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

3. Phase finale : travail sur les sous-systèmes et sur les histoires trigénérationnelles, en recherchant les événements dans la famille d'origine ayant favorisé l'organisation familiale actuelle.

3.5. Les sculptures comme outil métaphorique :

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

« Les métaphores représentent la logique à partir de laquelle le monde biologique a été construit. C'est la principale caractéristique de l'organisation des processus mentaux». (Bateson, 1979, p 45).

La métaphore, au sens propre, est une transposition de sens ; elle suppose toujours une comparaison implicite (et non explicite comme la comparaison). La métaphore, de par son pouvoir évocateur et non explicatif, permet selon Onnis (2004) de faire allusion aux niveaux pré-verbal et inconscient, sans être jamais explicite ; ainsi, la personne qui l'écoute, la voit, la perçoit ne met pas en place de mécanismes de défense, et lui permet d'aborder de façon créative la situation à laquelle la métaphore se réfère.

Onnis (2004) travaille avec les familles sur ce qu'il observe des comportements et des interactions, et sur le monde intérieur de la famille, caché, ce qu'il définit comme le niveau mythique de la famille. Ce niveau mythique est le « ciment émotionnel » des familles, composé des croyances, des valeurs, des affects, qui représentent et soudent la famille de façon unique. Le langage métaphorique, et plus particulièrement l'utilisation d'objets métaphoriques tels que les sculptures, prennent place dans « l'espace intermédiaire » entre la famille et le thérapeute, introduisent entre eux un code, permettant le dialogue et la co-découverte du niveau mythique de la famille. Alors le changement intérieur et extérieur pourra être possible.

Onnis& al (2004) insistent particulièrement sur l'importance de l'utilisation d'un langage analogique, métaphorique, quand la souffrance s'exprime à travers le corps ; cette souffrance, d'un point de vue systémique, est le signe non seulement des problèmes intrapsychiques du patient, mais aussi du contexte familial, relationnel et mythique. Le langage analogique est isomorphe au langage du symptôme, qui est langage du corps du patient, et du « corps de la

famille ». Onnis, dans son livre « corps et contexte » (1989), disait déjà que « le symptôme psychosomatique acquiert [...] une valeur de métaphore ; le phénomène corporel ne se contente pas de se charger de valences émotionnelles, mais synthétise et en même temps renforce les modules interactifs rigides du système interpersonnel où il apparaît » (Onnis, 1989, pp 11-15)

Onnis & al. (2004) utilisent pour ce faire « Les Sculptures du Temps de la Famille » (STF). Ces sculptures servent de métaphores pour transcrire le langage du symptôme. « La méthode des sculptures consiste à demander à chaque membre de la famille de donner une représentation visuelle et spatiale de l'image qu'il a de la famille, à travers la position des corps dans l'espace, leurs postures, la distance relative entre eux, la direction des eux. ». Dans la méthode des STF, Onnis & al, explorent avec chaque membre de la famille la dimension du temps, car, de par leur expérience, le système familial de patients psychosomatiques a perdu la dimension du temps. Chaque membre de la famille représente la famille sur trois temps : une sculpture du présent, une du futur (après dix ans), une du passé (à partir d'un événement du passé les ayant particulièrement marqués). Deux scénarii sont possibles : soit les interactions, les rôles restent les mêmes, et on est dans un « temps gelé » ; soit la dynamique perçue est accompagnée de craintes de perte, évoquées par les sculptures. Le niveau mythique de la famille émerge alors et peut être exploré entre le thérapeute et la famille, par les nouvelles visions du problème évoquées par les sculptures, et les nouvelles solutions qui en découlent.

Conclusion

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

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

Introduction

Dans la suite de ce document, pour être conforme aux différentes terminologies utilisées par les différents auteurs cités, nous emploierons indifféremment les termes de praticien en constellation, constellateur, thérapeute en constellation, animateur de séminaire de constellations, pour désigner la personne qui anime le déroulement d'une constellation. Nous emploierons également indifféremment les termes de patient et de client, pour désigner la personne qui demande à faire une constellation. En effet, très souvent, cette personne est désignée par le constellateur par le terme de « client » et non de « patient » : cela peut a priori surprendre. Cependant, le choix de ce vocable est fait pour mettre la personne en responsabilité de sa demande et de ce qu'elle va faire de la constellation, ainsi que pour mettre le thérapeute en position basse.

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

1-Qu'est-ce qu'une constellation ?

Développée par Bert Hellinger (1996, 1997), les constellations familiales sont un travail thérapeutique individuel et ponctuel devant un groupe qui permettrait une mise en espace de l'histoire familiale du client.

Le thérapeute effectue un travail très directif :

- Comme dans un travail thérapeutique classique, le travail commence par l'élaboration de la demande : mal-être psychique, physique, social, ...
- Après cette courte phase d'exploration, le thérapeute indique au client quels personnages de sa famille il doit sélectionner et le client choisit parmi le groupe des représentants pour sa famille et pour lui-même qu'il place les uns par rapport aux autres au centre du cercle formé par le groupe. Le client se rassied dans le groupe en cercle qui contient les représentants.
- Ces représentants ressentent un vécu corporel immédiat et non acté qui serait en lien avec le personnage familial qu'ils représentent (Bert Hellinger parle d'un champ d'information inconscient que le client porterait en lui et qui se deviendrait conscient par ce processus ; dans les cas où l'information est vérifiable, il semble que les vécus qui apparaissent correspondent assez souvent aux vécus biographiques des personnages représentés).
- Le thérapeute interroge un à un les représentants sur leur vécu dans le rôle qu'ils occupent. En se fondant sur l'information recueillie, le thérapeute fait des hypothèses de dynamique et demande au client de choisir et de placer d'autres personnages de l'histoire familiale.
- Leur arrivée modifie le vécu des représentants déjà en scène. En général, on constate que l'arrivée d'un des personnages du système modifie les émotions auparavant bloquées des autres représentants : il les exacerbe ou les apaise.
- L'hypothèse de l'identification du client au destin de ce personnage du système familial et de son destin, l'appropriation donc du destin d'un aïeul, peut alors être validée et travaillée à l'aide de phrases visant à clarifier ou restaurer les liens et les frontières dans une démarche orientée-solution. Ces phrases de réparation sont dictées par le thérapeute aux représentants qui les répètent. Les liens rompus peuvent alors être restaurés ou libérés de l'aliénation produite par l'identification. Le système retrouve un équilibre sain. Jacques Tance (2005).

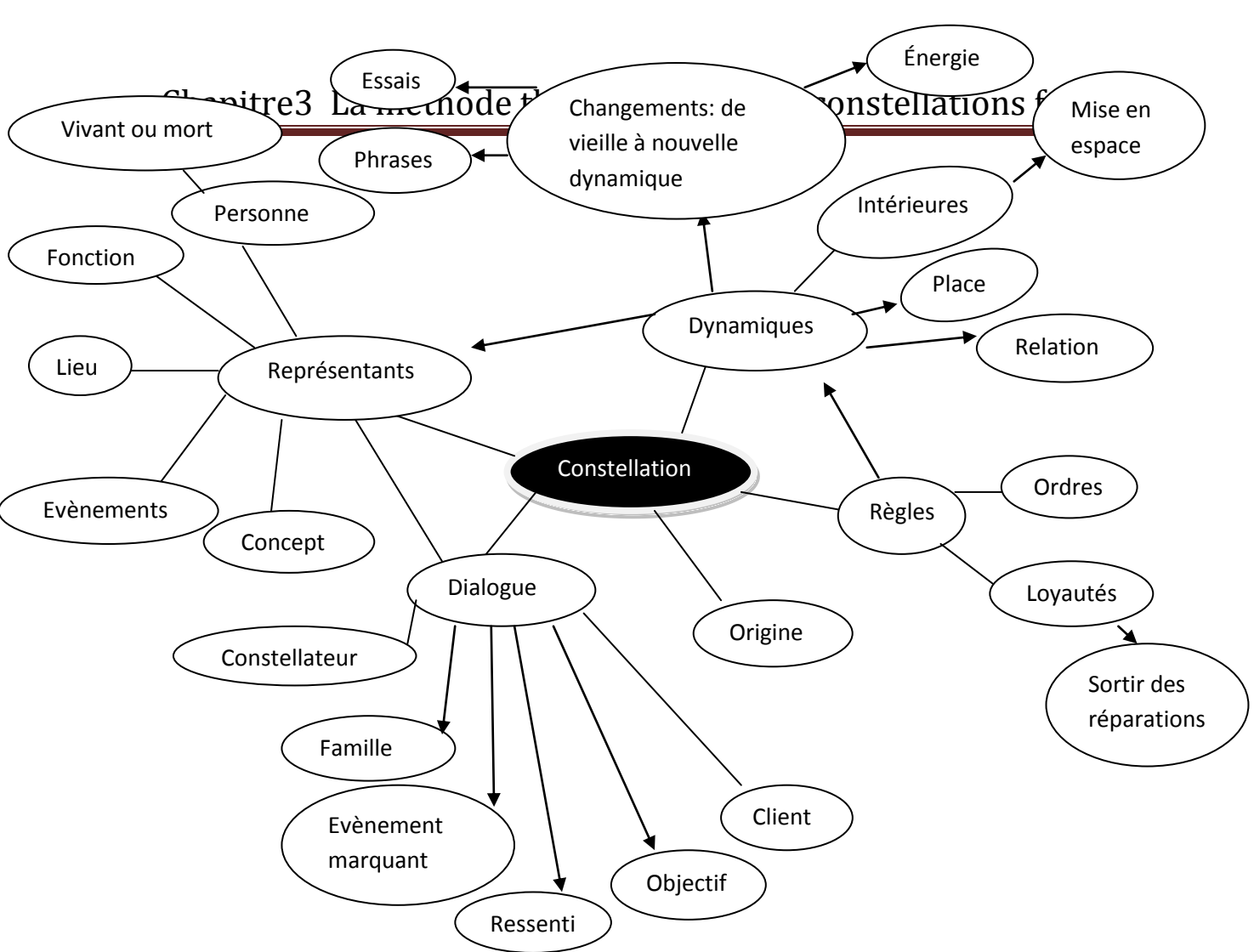


Schéma représentative de la constellation familiale, Bert Hellinger (1996, 1997)

1.1 L'origine

Les constellations systémiques s'inspirent notamment du travail de reconstruction familiale et de la technique de sculpture familiale de Virginia Satir (Elkaïm et al., 1995, p 454), et du travail de Ivan Boszormenyi-Nagy (1973) sur les loyautés invisibles, l'intrication systémique dans les relations transgénérationnelles, et le principe de « l'équilibre entre donner et prendre ». Cette méthode thérapeutique de changement a été mise au point par Bert Hellinger, psychanalyste, dans les années 1980, pour insuffler une dynamique de changement dans le système familial ; une deuxième phase a eu lieu en 1994, avec le psychiatre Gunthard Weber et Bert Hellinger, appliquant les principes des constellations familiales au système professionnel (Potschka-Lang, 2006, pp 21-40 ; communication personnelle, 2007)

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

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

2. La psychogénéalogie

Nous nous arrêtons un bref instant sur la psychogénéalogie, attitude de réflexion intégrée dans la méthode des constellations, et qui apparaît peu dans le travail en psychosomatique cité dans les sections précédentes. La psychogénéalogie est un mot créé par Anne Ancelin-Schützenberger dans les années 1980. Elle définit ainsi ce terme: « la psychogénéalogie est un art et un science. C'est une démarche qui nous permet de comprendre et d'utiliser au mieux notre héritage psychique, ou, si besoin est, de le transformer. Elle s'appuie sur la psychanalyse étendue aux liens transgénérationnels et sur la technique sociopsychologique du géosociogramme, arbre généalogique augmenté des liens et des faits de vie importants ». Ancelin-Schützenberger (2007), p 11

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

transgénérationnelles, le risque sinon étant de développer un mal-être, une maladie, d'affronter un évènement tragique. Le travail de mise en sens passera par un travail de recherche d'évènements marquants, de répétitions, de syndromes d'anniversaire, pour certains sur trois générations, pour d'autres comme Ancelin-Schützenberger sur quatre à sept générations. Fossion & Rejas (2007) donnent un exemple de cette recherche de mise en sens et du travail thérapeutique associé, fait par S. Hirsch auprès des familles de survivants de la Shoah ; le traumatisme de la Shoah est passé de l'indicible à l'innommable à la 2ème génération, puis à l'impensé à la 3ème génération; la mise en sens ce fera par la reconstitution

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

de l'histoire de la famille par les petits-enfants. Fossion & Rejas (2007, p 240) désignent cela sous le terme « réamorçages informatifs ». Ce travail de mise en sens pour clore un travail psychique inachevé sur plusieurs générations se fera à travers le géosociogramme, arbre généalogique reprenant les évènements marquants de la famille, les deuils non faits, les secrets, les attachements particuliers. Ancelin-Schützenberger (2007) met en place également la méthode du psychodrame pour clore cette tâche inachevée, en ayant une expérience kinésique, affective et corporelle, en travaillant à partir des géogrammes (ou géosociogrammes).

3. Les règles internes au système familial

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

« *Le système familial* : On distingue deux systèmes familiaux : le système d'origine et le système actuel. Nous pourrions comparer le système familial à un mobile. Chacun de ses membres a une place. Si l'un d'entre eux devait être exclu, tout le mobile se mettrait à vaciller car tous sont liés et s'influencent mutuellement. Le mobile est composé d'un nombre défini d'éléments. Un individu est élément d'un système dès lors qu'il subit de la part de ses membres ou exerce sur eux une influence dite « systémique ». Bert Hellinger dit qu'ils sont «gouvernés par une même conscience familiale ». Les intrications n'apparaissent qu'à l'intérieur de ce groupe bien déterminé. » (Bert Hellinger, 2001,pp 17-29)

« *Les intrications* : Des évènements tragiques ébranlent un système familial et ont souvent pour conséquence des intrications dont les effets se ressentent sur plusieurs générations. Dans ces cas-là, l'intrication touche en général un jeune membre de la famille qui prendra à sa charge le fardeau d'un autre sans même en avoir conscience. Par exemple, un enfant tombera gravement malade pour que l'on se souvienne d'un parent dont le destin a été tragique. Un individu endossera la culpabilité pour une personne appartenant à une génération antérieure, etc. »(Potschka-Lang, 2001, pp 17-29)

Bert Hellinger (2001) décrit les règles fondamentales qu'on observe dans tous les systèmes familiaux, qu'il appelle « ordres de l'amour » ; ces règles, au nombre de quatre, sont largement inconscientes, mais on peut en observer les effets, positifs si elles sont

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

respectées, potentiellement dévastateurs si elles ne le sont pas (Potschka-Lang, 2001, pp 30-35 ; 2006, pp 59-69, Hellinger, 2002, pp 551-553) :

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

4. Les principales dynamiques dans une constellation

L'exclusion, la non-considération engendrent des intrications, que l'individu garde adulte, par amour et pour satisfaire son besoin d'appartenance, par loyauté envers une personne qui peut avoir plusieurs générations d'écart avec lui (Potschka-Lang, 2001, pp 35-42). Bert Hellinger (2002) décrit trois principales dynamiques d'intrication, fréquemment observées en constellation :

- Je te suis : cela signifie qu'une personne se sent poussée à suivre un autre membre de son système familial dans son destin ; cette dynamique est la survivance d'une croyance archaïque selon laquelle on peut rejoindre les disparus et les ramener à la vie.
- Plutôt moi que toi : lorsqu'un parent est dans une dynamique « je te suis » pour tenter de suivre un membre de sa famille d'origine, les enfants le ressentent. Inconsciemment, ils

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

peuvent se dire : « mieux vaut que je disparaisse que toi » ; en se mettant ainsi au service de leur famille, ils se sentiront en harmonie avec elle. La dynamique « plutôt moi que toi » est la conséquence directe de la dynamique « je te suis ».

- J'expie une faute personnelle ou une faute commise par un autre : lorsqu'un individu a causé un grand tort à un autre, il se produit un déséquilibre dans cette relation. Inconsciemment, le coupable veut expier sa faute ; si ce n'est lui, ce pourra être l'un de ses descendants. « Le coupable ne pourra se libérer qu'après avoir regardé sa victime et sa culpabilité en face ».

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

5. L'utilisation en thérapie familiale

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

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

L'objectif pour la personne (désignée par « le client ») venant vers sa constellation, est de voir et de ressentir à travers la constellation une nouvelle dynamique possible dans son système au sujet de la situation qui lui pose problème, afin d'avancer vers le but qu'il recherche. Elkaïm (1995) dit qu'« au cours des cinq dernières années de sa vie, Virginia Satir a développé une version plus courte du travail de reconstruction familiale,[...] centrée sur certains problèmes de survie en rapport avec les buts particuliers que le patient désigné se propose d'atteindre dans la vie ». Il y a là une certaine similitude entre le travail de Satir et le travail en constellation.

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

Le client doit être prêt à faire une constellation, à « affronter » ce qu'il va voir des loyautés, des intrications inconscientes mises à jour par la constellation. « La prise de conscience de la dynamique dans laquelle on est intriqué s'accompagne souvent d'une désillusion douloureuse » (Potschka-Lang, 2001, p 48). Kutschera (2006), cardiologue et psychothérapeute, cite le cas d'un client qui a mis six ans pour faire une constellation familiale et aller au-delà de sa crainte d'éprouver encore la douleur de la perte de sa mère. Cet exemple, par ailleurs, souligne le fait que le travail en constellation vient très souvent en complément d'un travail thérapeutique.(Kutschera, 2006; Potschka-Lang, 2001), favorisant une prise de conscience, un changement intérieur. Le processus de transformation impulsé par la constellation peut se dérouler et évoluer sur une période assez large, de un à deux ans. C'est pour cette raison qu'il n'est pas conseillé au gens de faire plusieurs constellations de façon rapprochée, dans un intervalle inférieur à trois mois.

6. L'utilisation en thérapie de maladie

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

Hellinger(2002, 2004)présente les principes qu'il voit souvent apparaître dans les constellations autour d'une maladie :

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

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

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

7. Le déroulement d'une constellation

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

La constellation se termine au bout d'une heure maximum, quand, dans la mise en scène, les représentants ont tous trouvé une place qui leur convient en relation avec les autres représentants, et que les intrications ont été visualisées, identifiées, et résolues par des phrases et des mouvements des représentants. Le constellateur, en accord avec le client, décide de la fin de la constellation. Le constellateur peut faire suivre cela d'un travail spécifique pour les représentants, si ceux-ci ont du mal à sortir de leur rôle. Après la fin de la constellation, il n'y a généralement pas de phase de questions / réponses entre le constellateur, le client, et les participants, sur ce qui s'est passé dans la constellation. L'objectif ici est de laisser le client en paix avec le travail intérieur émotionnel et cognitif amené par la constellation.

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

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

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

7.1. Spécificités des Constellations familiales

Une personne qui pense qu'elle est intriquée à l'intérieur de son système familial, et que son bonheur ou sa santé est en danger, peut mettre en place une constellation. Dans une première étape, le thérapeute, à côté du client, le questionne sur la situation qu'il veut changer et le but recherché, ainsi que sur les événements marquants pour lui, sa famille actuelle, sa famille d'origine, et sur les relations dans sa famille actuelle et sa famille d'origine ; les exclusions, les secrets sont également recherchés. Cette étape est volontairement courte (maximum vingt minutes) : cela évite les intellectualisations et les interprétations du reste des participants ; cela aide aussi à réduire la complexité et la confusion créée par la profusion d'information.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

«Le client choisit à l'intérieur d'un groupe [...] ceux ou celles qui seront les représentants des membres de sa famille. Selon le problème ou le but recherché, la personne reconstitue sa famille d'origine ou sa famille actuelle, en donnant aux uns et aux autres une place et une orientation précises. Il se dégage une image de la famille qui permet à tous les participants de percevoir les intrications et les dynamiques cachées. Le thérapeute recherche un dénouement à l'intrication en déplaçant les représentants, s'orientant pour cela à l'ordre interne du système. Il fait intervenir des personnages manquants, rend leur existence aux personnages exclus ou oubliés à l'aide de phrases ou de rituels, etc., jusqu'à ce qu'une nouvelle image de l'unité familiale se dessine. L'objectif est de rendre à chacun sa place et de faire en sorte que nul ne ressente plus la nécessité d'adopter une attitude compensatoire. La personne concernée intègre ce nouvel ordre et laisse agir l'image dans son âme. » (Potschka-Lang, 2001, pp 17-29)

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

7.2. Approche phénoménologique

La phénoménologie occupe une place importante dans l'approche thérapeutique des constellations. La phénoménologie est une approche de la philosophie qui commence par l'exploration des phénomènes (c'est-à-dire ce qui se présente consciemment à nous), afin d'en saisir l'essence. Dans une approche phénoménologique psychothérapeutique, le thérapeute se doit d'être le plus non-intentionnel possible, sans crainte, tout en étant extrêmement présent, dans « le consentement inconditionnel de la réalité telle qu'elle se dévoile » (Hellinger, 2002, pp 13-23), pour saisir l'essence et le sens de ce qui se passe.

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

- Le constellateur est « complètement présent et complètement dehors ». Il est extrêmement attentif à ce qui se dit, à ce qui se passe, à ce qui se ressent tout au long de la constellation ; il entre dans la constellation mise en place pour ressentir ce qui se passe pour lui, il est en résonance ; il peut même parfois prendre un rôle de représentant dans la constellation, tout en gardant un recul sur ce qui se passe (Kutschera, 2006, p 48).

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

- Le client choisit les représentants pour sa constellation et les place, en étant complètement présent à son objectif et aux représentants, sans intellectualisation. Le constellateur l'arrêtera d'ailleurs quand il constatera que le client n'est pas connecté à son ressenti, et lui demandera de le faire et de recommencer le processus de choix et de placement.
- Les représentants, quelques minutes après avoir été placés, ont des ressentis et des réactions qui semblent appartenir aux personnes qu'ils représentent, jusqu'à par fois présenter les mêmes symptômes qu'eux (nous avons personnellement vécu cette expérience plusieurs fois)

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

7.3. Spécificités des Constellations de symptôme / maladie

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

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

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

D'autres praticiens, comme ConstanzePotschka-Lang, Stephan Hausner, les Dr Albrecht Mahr, Mathias Engel, Gunthard Weber, Ilse Kutschera (Kutschera, 2006), choisissent dans la majorité des cas un représentant pour la maladie et le symptôme. Le représentant du symptôme agit comme un baromètre, un superviseur pour le praticien en constellation, et active la compréhension du client sur l'utilité du symptôme dans son système, sur la représentation qu'il en a.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

La constellation alors présente la représentation visuelle, métaphorique, de l'interaction entre le symptôme et le système du client. L'objectif est de trouver un nouvel équilibre dans le système du client, sans qu'il y ait besoin du symptôme. Le praticien et le client peuvent ensemble voir les effets des mouvements se passant dans la constellation sur le représentant du symptôme ou de la maladie. La question en suspens autour de ces deux pratiques de mise en place de constellation autour d'une maladie est de savoir ce dont le client a réellement besoin pour intégrer ce qu'il a visualisé et ressenti en constellation.

7.4. Recherches

Peu de recherches en langue française ou anglaise ont été effectuées à ce jour sur le processus des Constellations systémiques. Citons cependant celles de Tencé, Law, et Schlötter. Tencé (2002) a effectué une recherche en Allemagne avec huit personnes ayant des troubles psychiques, dans le but de montrer l'émergence de phénomènes originaux par la méthode des constellations familiales. Ses hypothèses de recherche étaient les suivantes :

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

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

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

Law (2005), dans le cadre de son mémoire de M1 à l'IED de Paris 8, a effectué une recherche sur les cas de constellation présentés lors d'un séminaire d'une journée de constellations familiales en Polynésie, pour comprendre comment cette thérapie en groupe peut aboutir à une dimension de résolution systémique, et comment un groupe de gens qui ne se connaissent pas peuvent travailler sur des problématiques familiales importantes. Ses hypothèses de recherche étaient les suivantes :

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

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

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

Le sujet de la thèse de Schlötter (2005) était d'apporter un démenti empirique à l'affirmation « ce que vivent les représentants lors d'une constellation est le fruit du hasard ». Cette recherche s'est faite dans un cadre expérimental, avec 250 personnes. Le résultat de cette recherche démontre que les réactions des représentants, issus d'une même culture occidentale, sont très semblables quelque soit le représentant, pour une même configuration de constellation, à la même place dans cette configuration. Le démenti à l'affirmation précédente

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

est donc fait. Schlötter en conclut qu'il doit exister une sorte de « langage des positions » que nous avons dû apprendre à interpréter, intuitivement, depuis notre plus jeune âge.

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

8. L'effet d'une constellation

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

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

8.1. Recherches

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

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

1. Il existe un lien entre l'état de santé psychique d'un individu et l'image intérieure qu'il se fait de sa famille et de lui-même.
2. Faire représenter sa famille d'origine dans une constellation a un impact positif sur la santé psychique actuelle d'un individu et l'image qu'il a de lui-même.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

3. La mise en place d'une image de solution à la fin d'une constellation a une fonction thérapeutique importante.

Les résultats sont les suivants :

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

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

1. Les constellations familiales permettent de mettre en lumière des intrications transgénérationnelles négatives, jusqu'alors occultées, et de les résoudre.
 2. La qualité des relations entre les membres de la famille s'améliore après une constellation.
- Les participants ont répondu à un même questionnaire sur trois périodes : avant la constellation, peu après la constellation, et trois à cinq mois plus tard.

Les résultats de cette recherche sont les suivants :

- Quatre fois plus de personnes qu'au début ont déclaré avoir acquis le sentiment qu'elles ont leur place dans la vie et dans la famille.
- Une grande majorité des personnes ayant, avant la constellation, l'impression de porter le fardeau d'un autre, ou bien d'éprouver des sentiments dont ils ne s'expliquaient pas la cause, n'ont plus cette impression après la constellation.
- Une majorité des participants atteint d'un trouble du comportement alimentaire déclare, quelques mois après la constellation, mieux accepter leur pathologie qu'avant la constellation, alors que le trouble alimentaire n'était pas le sujet de la constellation.
- L'amélioration de la qualité des relations entre les membres de la famille s'est améliorée, pour la famille actuelle principalement.
- Une grande partie de ceux qui pensaient spontanément à des aspects négatifs de leurs parents, parviennent à en avoir une image plus positive après la constellation. Les relations avec les deux parents évoluent positivement, avec une progression plus marquée à long terme avec la mère.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

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

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

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

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

- Elle fait l'hypothèse qu'une information sur un traumatisme reste « actif » pendant plusieurs générations, par l'intermédiaire de la capacité de l'enfant, dans ses deux premières années de développement, à absorber les informations « silencieuses », non verbales du système familial, dont l'information sur le traumatisme.
- Les effets des constellations apparaissent mêmes sur les personnes non présentes durant la constellation ; elle cite à cet effet deux cas d'enfants ayant des maladies chroniques, pour lesquelles les parents ont fait une constellation pour leurs enfants, sans qu'ils soient présents. Les parents ont travaillé sur leurs systèmes familiaux respectifs, qui sont ceux de l'enfant ; c'est sans doute la raison pour laquelle il y a eu un effet.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

- Elle constate une variété spécifique d'enchevêtrements liés à des maladies : « je te suis dans la mort », « plutôt moi que toi » [à mourir], « je prends ton destin » (par exemple, par une identification au destin du bourreau ou de la victime) ; les identifications peuvent être duelles (identification au bourreau et aux victimes).
- Elle constate également qu'un mouvement interrompu vers la mère pendant la période pré-verbale de l'enfant (lien symbiotique rompu par exemple quand l'enfant reste longtemps en couveuse) apparaît aussi souvent dans les constellations sur des maladies chroniques.
- Elle traduit ces enchevêtrements (intrications) comme des réponses inconscientes des patients à des événements traumatiques ancestraux, enchevêtrements contribuant à la maladie, symbole de drames intérieurs. Le travail thérapeutique en constellation, adressant ces parties cachées de notre vie, donne une impulsion de soin à notre système individuel.

Chapitre3 La méthode thérapeutique des constellations familiales

Conclusion

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

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

Introduction

Alors que les discussions autour de l'amendement Accoyer (visant à réglementer les psychothérapies) commencent à s'atténuer, une expertise collective de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) risque fort de les relancer... Cette expertise s'inscrit dans le cadre du Plan santé mentale, mis en place par le ministère de la Santé en 2001. Un groupe d'experts (psychiatres et psychologues, mais aussi épidémiologistes et statisticiens) s'est penché sur un millier d'articles issus de la littérature scientifique internationale, afin d'évaluer l'efficacité de différentes approches psychothérapeutiques sur un large panel de troubles affectant les adultes, les enfants et les adolescents, des troubles anxieux à la schizophrénie ou l'autisme.

En « compétition » : l'approche psychodynamique, basée sur la théorie psychanalytique et faisant partie des thérapies dites verbales ; l'approche cognitivo-comportementale, qui se fonde non sur la recherche de l'origine des troubles, mais sur la disparition des symptômes (par étapes progressives, plaçant le patient dans des situations concrètes) ; enfin l'approche s'appuyant sur la famille et le couple. La thérapie familiale ne constitue pas la chasse gardée des systémiciens. Si l'on donne à la thérapie familiale une définition large - une thérapie qui prend en compte le fonctionnement familial - de nombreux modèles intègrent cette modalité thérapeutique. Si l'on considère la thérapie familiale, tous courants confondus, l'examen de la littérature indique assez clairement que celle-ci est efficace. Nous allons d'abord examiner l'efficacité des thérapies familiales de façon générale. Nous étudierons ensuite l'efficacité des thérapies systémiques de manière plus spécifique.

1. Historique

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

- De 1950 à 1960 : recherche sur l'efficacité de la thérapie, en ne prenant pas en compte le type de thérapie et la nature du problème dont souffre le patient. Eysenk (1952), à partir de recherches d'efficacité sur la pratique psychanalytique, conclut à une corrélation inverse entre la guérison et la psychothérapie. Cette conclusion sera critiquée, pour ouvrir la voie à des recherches bien plus contrôlées ;
- De 1960 à 1980 : les recherches se focalisent sur la recherche de la thérapie la plus efficace pour un type de troubles ; à titre d'exemple, nous citons comme exemple de recherche le travail montrant l'efficacité supérieure de la thérapie comportementale et cognitive pour le trouble boulimique (Elkaïm et al., 2007, pp 388, 391) ;
- De 1980 à 1990 : par souci de rigueur méthodologique, les chercheurs demandent aux thérapeutes participant à la recherche de suivre à la lettre les manuels de thérapies ; les études sont effectuées sur le modèle médical ; les cas de recherche sont très contrôlés, sous formes d'essais randomisés, mais peuvent perdre de leur « naturel », offrant alors une comparaison limitée avec la réalité clinique des psychothérapies ;
- De 1990 à maintenant : les chercheurs travaillent sur un autre paradigme de recherche, « l'identification des processus de changement chez les patients, et l'analyse des actions du thérapeute qui amènent à ces changements. Duriez (2007). L'heure est maintenant à la recherche sous forme d'étude de cas, analysant de façon personnalisée l'intervention thérapeutique, à partir d'une évaluation initiale du problème et du patient. Nous situons notre recherche actuelle dans ce paradigme.

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

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

nous donnerons également un aperçu du rôle du thérapeute, du processus thérapeutique, de l'affiliation thérapeute-patient sur cette efficacité, en montrant les spécificités du rôle du thérapeute dans les constellations.

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

Il est important d'explorer les cinq dimensions proposées par le modèle d'Elliot (1991) (cité par Duriez (2005) avant d'arrêter son choix pour une méthode de recherche.

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

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

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

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

- On peut difficilement envisager des groupes contrôle, pour des raisons éthiques ;
- Ces essais sont coûteux ;
- Les résultats ne peuvent être généralisés ;
- Cela ne tient pas compte de la préférence des patients pour une certaine forme de traitement.

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

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

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

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

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

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

- La conceptualisation des relations ;
- La psychothérapie concerne l'ensemble du système auquel appartient le patient ;
- L'alliance thérapeutique doit se faire avec l'ensemble du système ;

- Le travail se fait au niveau comportemental, cognitif, affectif ;
- Le travail est fondé sur l'exploration de l'expérience du patient et de son système.

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

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

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

« Les modérateurs sont les variables antérieures à l'intervention thérapeutique qui auront un impact sur le traitement. Elles spécifient pour qui et dans quelles conditions le traitement thérapeutique sera efficace » (Duriez, 2007, p 124) ; ce sont les conditions du changement. Les médiateurs sont les différents mécanismes permettant d'obtenir des changements. Dans le cadre des constellations systémiques, les modérateurs sont par exemple le contexte de groupe de la thérapie, le type de problème présenté, les données médicales et sociales. Dans le même cadre, les médiateurs pourraient par exemple être la reconnaissance des dynamiques apparaissant pendant la constellation, tel que les dynamiques « je te suis », ou « plutôt moi que toi ».

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

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

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

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

4. Les caractéristiques du patient

Selon l'étude de Lambert (1992) cité par Duriez (2007), « les variables qui proviennent des patients expliquent 65% des résultats thérapeutiques ». Les caractéristiques des patients peuvent être externes (par exemple le réseau d'amis), ou internes (par exemple l'empathie), invariantes (par exemple le sexe), ou évolutives (par exemple le degré de motivation), psychologiques ou biologiques. L'intérêt des chercheurs porte maintenant sur l'interaction entre ces variables du client et les variables du traitement proposé (par exemple thérapie en groupe). Nous situons notre recherche dans ce cadre.

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

. Modèle de Hanna et Ritchie (1995) :

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

1. Le sentiment qu'un changement est nécessaire ;

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

La résistance des patients serait un manque dans ces habiletés.

. Modèle de Tallman et Bohart (1999) :

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

5. Les caractéristiques du thérapeute

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

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

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

- Sa capacité à communiquer à son client son respect ;
- Son désir de l'aider ;

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

Ces facteurs se retrouvent dans trois domaines :

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

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

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

Pour travailler de façon appropriée selon l'approche systémique où l'observateur, ici le thérapeute, fait partie du système, le thérapeute doit bien se connaître et savoir comment sa

propre histoire influence son approche clinique. Le processus thérapeutique provoque des résonances chez le thérapeute, et le thérapeute et son client évoluent de concert. Virginia

Satir (1975) citée par Duriez (2007), dit que « le changement commence en apprenant à comprendre les composantes de notre self » pendant le processus thérapeutique.

6. Le processus thérapeutique

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

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

7. L'alliance thérapeutique

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

L'affiliation, émergence d'une relation entre la famille (mais aussi le client, dans une rencontre individuelle) et le thérapeute, est une rencontre entre deux systèmes (celui du client et du thérapeute) ayant des points de vue a priori différents sur le problème à traiter (Duriez, 2007). L'affiliation peut être instantanée, du fait du charisme du thérapeute et de l'ouverture de la famille, et la restructuration du système peut se passer dès le premier entretien, simultanément aux interventions d'affiliation (Minuchin, 1981, cité par Duriez, 2007). Nous voyons ici un parallèle à faire avec ce qui se passe dans un séminaire de constellations

systemiques : l'entretien entre le constellateur et le client est limité dans le temps (vingt minutes maximum) et le travail de restructuration est abordé immédiatement après. L'affiliation s'est vraisemblablement mise en place alors ; c'est sans doute dû aux caractéristiques du client et du thérapeute, mais aussi au fait que ceci se fait en groupe, sur un à trois jours, ce qui a permis à chacun de ressentir la pertinence de l'intervenant et de l'intervention. Cet aspect pourrait faire l'objet d'une autre recherche.

Duriez (2007) insiste particulièrement sur le caractère évolutif de l'affiliation, dépendant du moment, de la spécificité des systèmes du client, du thérapeute et de leur interaction. L'affiliation réussie, en constante évolution, est créatrice de nouveauté, de nouvelles hypothèses, de nouvelles significations, représentations du monde, que ce soit pour le client ou pour le thérapeute, engendrant des actions de part et d'autre des actions, qui vont à nouveau nourrir les systèmes du client et du thérapeute et les faire évoluer. Duriez parle ici de la thérapie de famille, mais cela, à notre avis, peut s'appliquer également au travail thérapeutique « individuel » mené en constellation.

Conclusion

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

Partie Méthodologique

La partie méthodologique

Introduction

La recherche en psychologie clinique est fondée sur une épistémologie, des objets et des méthodes. La partie pratique est très importante dans la recherche, car c'est la confrontation du savoir théorique, à la psychologie individuelle dans un contexte social bien précis. La particularité de notre objet d'étude fait que nous sommes tenus à la rigueur. Il faut passer par des étapes et suivre une méthodologie bien précise, pour ne pas nous éloigner des objectifs tracés dès le début de notre recherche, et arriver à recueillir le maximum d'informations concernant la réalité subjective de notre objet d'étude. Mais chaque objet d'étude a sa particularité, et il appartient aux chercheurs de choisir la meilleure méthodologie à suivre, et les moyens qui conviennent le mieux à leur recherche.

Partie Méthodologique

1-la démarche de la recherche:

La démarche de la recherche est définie par M. Angers comme : « l'ensemble des méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guide la démarche scientifique ». (ANGERS M., (1997), p 367).

2-La méthode utilisée :

Dans notre travail, on a adopté la méthode clinique dont toutes les recherches en psychologie cliniques font principalement appel, à savoir : l'observation, l'entretien, les groupes, les études de cas et les tests projectifs, à partir des problèmes spécifiques que chacune d'elles soulève. Olivier Douville (2014).

Parmi les méthodes cliniques, on a choisi l'étude de cas, qui consiste à une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. La méthode clinique est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Elle sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre des données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) à fin de mieux comprendre le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Guidere. M (2005)

3-La pré-enquête:

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales car elle permet de recueillir des idées et des informations vis-à-vis du thème de la recherche mais aussi avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de la recherche, de vérifier sa faisabilité.

Des rencontres ont été réalisées avec les personnes atteints d'une maladie chronique, qui ont donné leurs consentements pour la participation à cette recherche. Ensuite on les a informé sur notre thème de recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'une nouvelle technique thérapeutique suivie d'un guide d'entretien et échelle d'évaluation de qualité de vie afin d'étudier l'importance de la famille dans l'amélioration de leur symptôme et leur qualité de vie. Selon leur disponibilité, des rendez-vous ont été organisés pour réaliser cette technique et se qui suit au niveau de deux associations cancéreuses et diabétiques.

Partie Méthodologique

De cette façon, la pré-enquête nous a permis de cerner le cadre de la recherche, la démarche à adopter et explorer le problème à étudier afin de connaître les obstacles éventuels avant de commencer.

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, le consentement de personnes atteintes une maladie chronique était le premier pas à effectuer. De ce fait, leur rencontre était primordiale. Après avoir expliqué notre thème de recherche et nos objectifs, en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail, les personnes malades se sont montrées confiantes. Ces derniers nous ont assuré de leur aide et de leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées.

4- Le terrain de la recherche :

Notre étude s'est déroulée au niveau de deux lieux différents: Une Association des amis de cancéreux (vie et espoir) et l'Association d'espoir des malades diabétiques. Toutes les deux situées dans la ville de Tazmalt, Bejaia.

4-1- Présentation des lieux de la recherche:

4-1-1- Le Premier lieu : c'est une association d'espoir des diabétiques située à Tazmalt derrière L'APC, créée par des gens atteints du diabète dans le but non lucratif, sa mission est d'apporter l'aide et donner des soins pour ses malades sur le plan médical et psychologique, elle comporte un président qui est médecin, un psychologue, un secrétaire général, une secrétaire, et certaines personnes comme bénévoles, cette association reçoit tous les malades atteints de diabète et d'autres maladies chroniques.

4-1-2- Le deuxième lieu: c'est une association des amis des cancéreux créée par des gens motivés de statut social différent, dans le but non lucratif, son objectif est d'aider les gens atteints de cancéreux sur le plan médicamenteux, orientation et prise en charge psychologique. Située à Tazmalt derrière l'établissement de santé. Cette association est composée d'un président qui est médecin, un psychologue, une secrétaire et des gens entrants comme bénévoles. Cette association reçoit tous les malades cancéreux de Tazmalt et d'Ath-melikeche et les régions voisines de Tazmalt.

Partie Méthodologique

5-Le groupe d'étude :

Afin d'élaborer cette recherche, on a choisi cinq cas de personnes atteints d'une maladie chronique, Homme et Femme, ces personnes sont issus de différentes catégories sociales, qui sont tous admis aux deux associations.

5-1-Les critères de sélection :

- Les symptômes, la maladie chronique, doivent avoir été diagnostiqués par un médecin.
- Les participants acceptent de participer à la recherche; cela signifie qu'ils acceptent de remplir des questionnaires, répondre à des interviews de notre part, ceci sur une période de 2 mois.
- Les participants ont accès à leurs données.
- Les participants doivent faire une constellation au sujet de leur maladie chronique ou de leur symptôme associé. Une (seul science à la raison de la dure limite)
- Les participants sont Homme et femme adultes.

6-Les techniques et les outils de la recherche :

On a utilisé dans ce travail de recherche, Entretien semi-directif avant la constellation, échange entre le constellateur et le client pendant la constellation, entretien semi-directif deux mois après la constellation, et l'échelles cliniques (Evolution des scores du WHOQOL) puis Analyse des dynamiques dans la constellation. Dans le but est de recueillir le plus d'informations possible, afin de rester concentrées sur le vécu du client et sur notre population de la recherche.

6-1-L'entretien clinique de la recherche:

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre des disciplines de sciences humaines, particulièrement en psychologie clinique, pour objectifs de créer de connaissances nouvelles, de produire des données et de permettre des généralisations (Chahraoui KH., Benony H., (1999), p 61). Il représente un outil indispensable et irremplaçable, pour avoir accès aux informations subjectives des sujets. (Chahraoui KH., Benony H., (2003), p 114).

Partie Méthodologique

Selon A. Blanchet l'entretien clinique « permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de paroles lui-même [...] ». (Chahraoui KH., Benony H., (1999), p 64).

6-1-1L'entretien semi directif

C'est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simples pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien. (Lonescus.S et Blanchet.A, 2006).

Dans l'entretien semi directif le chercheur dispose ici d'un guide de l'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présente dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et un trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Benony. H, Chahraoui. Kh. 1999, PP17-19).

6-2-1-La conduite de l'entretien clinique de recherche :

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré où le chercheur formule à l'avance la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée. (Blanchet, 1985).

6-2-2-Le guide d'entretien pré-constellation

Notre guide d'entretien est composé de 5 axes. Chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur la personne atteinte d'une maladie chronique et sa relation avec la famille. Les questions posées sont de type directif et semi-directif, elles sont posées en langue française et en kabyle à fin d'assurer la bonne compréhension de celles-ci.

Axe1 : données personnelles, l'objectif est de recueillir les données sur la personne atteinte d'une maladie chronique et sa place avec la famille. Ces données seront d'une très grande importance dans l'analyse.

Partie Méthodologique

AXE 2 : la maladie et la perception du Malade, composé de cinq questions l'objectif de cet axe est de découvrir les ressentis et les réactions du malade dans cette période et ses attentes de cette dernière.

AXE 3 : la relation de la famille avec le malade, est composé de dix questions l'objectif est de savoir quelles réactions éprouvent la famille et leur relation envers le malade, c'est-à-dire (s'il y a le déni de réalité (situation), culpabilité, acceptation), ainsi les réactions de l'entourage (famille, amis... etc.)

Axe4 : le parcours du malade et les perceptions subjectives de la famille, est composé de cinq questions, dont la première est composée de trois sous questions et la deuxième d'une sous questions, cet axe vise à voir comment était le vécu du malade avec sa famille et l'entourage depuis la découverte de la maladie à jour-là.

Axe 5 : regard vers l'avenir, composé de trois questions, l'objectif de ce dernier axe est de savoir comment le malade envisage l'avenir de sa santé à l'égard de sa famille et Comment il voit son avenir avec une maladie chronique.

Et enfin on va les traces à trois domaines principales:

-Sa place et sa relation dans la famille origine et actuelle.

-Les événements important dans les deux familles.

-Sa vision future.

6-2-3-Le guide d'entretien post-constellation (entretien de suite):

Notre guide d'entretien est composé de 3 axes. Chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche posées pour recueillir plus d'informations possibles sur les changements induits après le travail de constellation. Les questions posées sont de type directif et semi-directif, elles sont posées en langue française et en kabyle à fin d'assurer la bonne compréhension de celles-ci.

Axe1 : les changements induit (place et la relation) dans la famille d'origine et actuelle, comporte six questions dans le but de savoir les différents changements induit dans le travail de constellation sur la place et la relation de malade dans sa famille d'origine et actuelle.

Partie Méthodologique

Axe2: les changements induits dans le ressenti et la perception et des évènements passé, comporte six questions dans le but de cerner les changements dû de travail de constellation sur les ressentis et les perceptions de de maladie de ses évènements passé.

Axe3: les changements induits dans la vision future, comporte trois questions sur les changements induit dans ses rêves et ses projets après le travail de constellation.

7-Les échelles cliniques:

Les échelles d'évaluation se distinguent des tests psychométriques car elles ne comparent pas les sujets les uns aux autres, mais donnent une note, et elles ne confrontent pas directement le sujet au matériel. Ces échelles existent sous deux formes : échelles d'hétéro évaluation, remplies par le clinicien, et d'auto-évaluation remplies par le sujet. (Pedinielli J. L., (2005), p 54).

Les informations issues des échelles cliniques ont pour objectif de préciser le diagnostic symptomatique ou syndromique, des caractéristiques psychologiques mais aussi le fonctionnement psychique singulier permettant l'identification des problèmes d'un sujet. (Chahraoui KH., Benony H., (2003), p 33).

Les échelles servent, en clinique comme en recherche, à qualifier et à quantifier, de manière standardisée et précise, un état ou un trait en vue d'un diagnostic, d'un examen, des effets d'un traitement ou d'une analyse des processus. (Pedinielli J. L., (2005), p 54).

7-1-L'échelle Le questionnaire standardisé par l'OMS, WHOQOL-BREF, est utilisé pour évaluer la perception de la qualité de vie.

Le WHOQOL-bref, version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto évaluation générique et multidimensionnel. Il contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100. Il évalue quatre facteurs de qualité de vie susceptible de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent: a) la santé physique, b) la santé psychologique, c) les relations sociales et d) l'environnement. Le WHOQOL-bref possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout-Extrêmement), la capacité (Pas du tout-Complètement), la fréquence (Jamais-Toujours) et l'évaluation (Très insatisfait/Très mauvais-Très satisfait/Très bon) variables en

Partie Méthodologique

fonction des items posés. La réponse aux vingt-six questions du WHOQOL-BREF, questionnaire sur la qualité de vie mis au point par l'OMS, avant la constellation, et deux mois après la constellation.

Les résultats à ces vingt-six questions sont ensuite regroupés en quatre domaines (World Health Organization, 1998, p 106) – physique, psychologique, relations sociales, environnement. Nous notons l'évolution de ces domaines deux mois après la constellation, en prenant comme point de référence une personne qui donnerait les scores maximum dans chacun de ces domaines. Cette information complète la perception que nous donne le client de son bien-être dans les entretiens.

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul présenté dans le calcul en bas font l'objet d'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Pour ramener les scores à une échelle de mesure standard, allant de 0 à 100, il convient d'appliquer la formule suivante:

$$\text{Score} = \frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine}) \times 100}{\text{Score possible au domaine}}$$

Score possible au domaine

Grille de calcul du WHOQOL-bref

$$\text{Santé physique} = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

$$\text{Santé psychologique} = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$$

$$\text{Relation sociale} = Q20 + Q21 + Q22$$

$$\text{Environnement} = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction des domaines

Domaines	Score le plus bas (A)	Score le plus haut(B)	Etendue des scores possibles (B-A)
Santé physique	7	35	28
Santé psychologique	6	30	24

Partie Méthodologique

Relation sociale	3	15	12
Environnement	8	40	32

8-Choix de l'étude de cas:

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

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

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

Partie Méthodologique

de la thérapie ou l'ensemble de la thérapie ?	la thérapie.
Quel est l'objectif de l'étude : Comprendre le contexte, le processus thérapeutique ou l'impact de la thérapie ?	Comprendre l'effet de la thérapie, et le lien possible avec le contexte du client ainsi que le processus thérapeutique. Formuler des hypothèses pour une recherche quantitative future

9-Quelles données sont recueillies ?

Les données recueillies sont de différents ordres :

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

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

- Modéliser le vécu du client par rapport à sa maladie, à sa famille, à son entourage, à ses projets, et le changement de ce vécu ;
- Comprendre comment des thèmes familiaux peuvent se retrouver symbolisés par la maladie

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

9-1 Les domaines de questions posées dans ces guides sont donnés ici :

Type d'entretien	Quand	Type de récolte des données	Domaines de questions

Partie Méthodologique

Entretien semi directive Pré-constellation	Un mois à quelques jours avant la constellation	Face à face	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la maladie • Sens de la maladie • Place dans la famille d'origine et famille actuelle • Evènements marquants, secrets • Vision et souhaits de vie future
Qualité de vie	Avant puis après la constellation	Par le client, papier crayon	<p>Questionnaire WHOQOL-BREF mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé, sur 4 domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La santé physique • L'état psychologique • Les relations sociales • L'environnement de la personne
Entretien de constellation		Face à face	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la maladie • Famille d'origine et famille actuelle • Evènements marquants
Entretien semi directive post-constellation	mois après la constellation	Face à face	<ul style="list-style-type: none"> • Evènements de vie sur la période de deux mois après la constellation • Changements perçus • Souvenirs et faits marquants de la constellation • Changements liés à la constellation • Niveau d'amélioration

10-Le déroulement de la pratique :

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de deux mois du 25 Mars au 25 mai. La première semaine a été consacrée à la recherche d'un lieu de stage adéquat, où nous pourrions trouver des personnes atteints d'une maladie chronique, et où on pourrait nous fournir un cadre

Partie Méthodologique

adéquat pour nos entretiens et la technique thérapeutique des constellations.

10-1-Les difficultés rencontrées :

Dans toute recherche scientifique, on rencontre des difficultés, surtout sur le terrain où les imprévus ne manquent pas, dans la nôtre ils ont été comme suit :

-la première difficulté rencontrée dans notre travail était de retrouver le lieu de stage pour de réaliser notre recherche.

-La deuxième difficulté était de trouver des personnes qui acceptent de participer à la recherche.

-La troisième difficulté était de trouver un cadre adéquat pour la pratique de la constellation.

Conclusion

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur une méthode descriptive s'articulant sur l'étude de cas. Pour la collecte des données de la recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien semi directif afin de recueillir le maximum d'éléments d'informations sur la représentation de la personne malade.

Notre étude s'est déroulée dans deux lieux différents, une association des amis des cancéreux et l'association d'espoir des malades diabétiques, toutes les deux situées dans la ville de Tazmalt, où nous avons rencontré cinq (5) cas Homme et femme, atteints d'une maladie chronique, et nous nous sommes entretenus avec eux, pendant leur visite dans l'association. Notre pratique s'est étalée sur une durée d'environ deux mois, les données recueillies seront décrites et analysées dans le chapitre suivant.

Etude de cas :

Les cinq cas présentés sont intéressants par leur diversité :

- Deux cas présentent une maladie de diabète.
- Deux cas présentent une maladie d'un cancer de sien.
- Un cas de présente une maladie de l'asthme.

A- Présentation et analyse des cas:**A-1-Analyse de premier cas: Mr Lounis****A-1-1-présentation**

Mr. Lounis Homme âgée de 65 ans marie avec 3 enfants 2 garçons et une fille, l'Ennis qui souffre aussi de la maladie de diabète, Mr Lounis retraite en journalisme, il est l'un des fondateurs de l'association de diabétique de tazmalt. Il souffre depuis la découverte de sa maladie (diabète) type 2 au 1998.

Mr Lounis s'est montrée coopérative avec nous, durant lesquels il a montré un bien-être, il était dynamique, souriant tout au long des séances, il était de bonne humeur ce qui témoigne du transfert positif de sa part.

Nous faisons en face à face, avec prise de notes, l'entretien semi-directif pré-constellation, l'entretien semi directif post-constellation et on passe a l'échelle de qualité de vie avant et après la constellation.

A-1-2-Informations issues de l'entretien avant la constellation:

Nous notons ici les informations complémentaires à ce qui a été présenté dans l'entretien

Place de Mr Lounis dans sa famille :

Il dit avoir « une bonne place » dans sa famille actuelle, et dans sa famille d'origine, il définit sa place par le fait d'« avoir été gâté par sa mère » et le fait qu'elle avait ce qu'il fallait. Il dit avoir aussi une bonne place comme père de sa petite famille <j'ai une épouse adorable et trois enfants qu'ont ma fierté> on voit que Mr Lounis a une bonne place comme enfant dans sa famille origine et une place d'un bon père et époux dans sa famille actuelle< je me manque de rien >

Les évènements marquants pour Mr Lounis, dans ses familles d'origine et actuelle:

Dans sa famille d'origine, les évènements marquants sont la mort de sa mère qu'elle a été une source de vie pour lui, d'avoir alors vu « sa mère à sa porte » ce qu'il a rendu triste et perdu sa place comme fils.

Dans sa famille actuelle, ce sont la découverte de sa maladie de diabète 1998 ce qui a bouleversé sa vie on pense à sa place comme père de famille. Le deuxième évènement c'est l'apparition soudaine de la maladie de diabète chez son fils Ennis, il dit < je me sens perdu le moment de la découverte de ma maladie et que mon fils aussi partage la même maladie. Alors il la cache sa maladie pendant 6 mois parce que il a peur de voir sa famille s'enquêter pour lui < je n'ai pas avoué ma maladie à ma famille parce que je ne veux pas voir ma famille stressé sur moi au même temps que mon fils est aussi malade... >

Comment Mr Lounis définit sa vie future:

Mr Lounis a beaucoup d'espoir dans sa vie future (« être là pour mes fils et mon épouse vivre c'est comme il n'est y a rien de grave, je veux vivre tous mes rêves avec ma famille»), il parle aussi de rêve de voir son fils Ennis diabétique penser comme lui et ne laisse pas la maladie le rendre comme handicapé (je veux le voir comme moi).

Je vois que on a suffisamment d'information pour faire une constellation et pour cela on s'occupe seulement de sa place dans sa famille d'origine et actuelle, les évènements vécus dans les deux familles et sa vision dans l'avenir pour sa maladie et lui dans sa famille.

On va faire une analyse globale après la constellation

A-1-3- Informations quantitatives:

Les informations quantitatives que nous avons est une évaluation de sa qualité de vie, sur quatre domaines, répartis en 26 questions du questionnaire WHOQOL :

A-1-3-1-des scores whoqol de cas

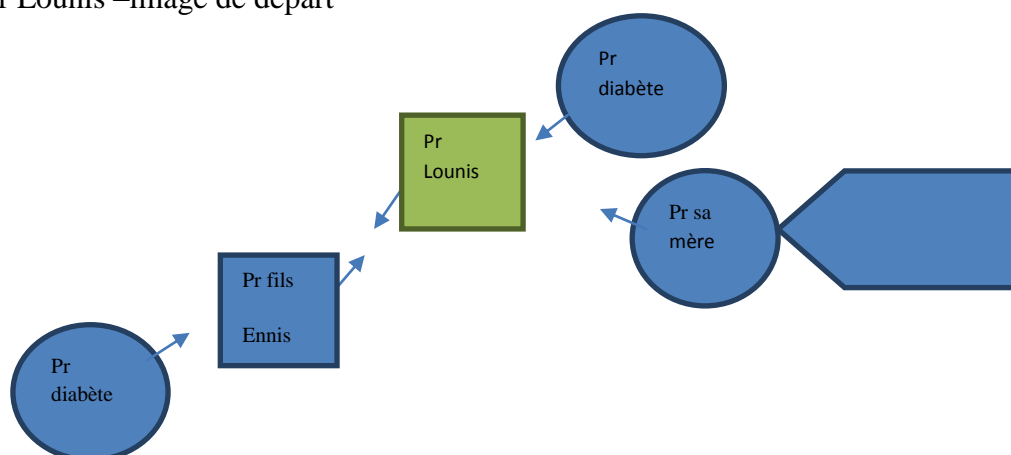
		Score aux domaines en %				Evaluation de score entre avant et après la constellation			
		physique	psychologique	Relation social	Environnement	Physique	psychologique	Relation social	Environnement
Mr Lounis	Avant la constellation	50%	87%	100%	88%				
	post 2 mois	50%	80%	100%	85%	0%	-7%	0%	-3%

Nous constatons que la perception qualité de vie dans les quatre domaines reste relativement stable pour Mr Lounis, avant et deux mois après la constellation. Le score du domaine des relations sociales est « parfait

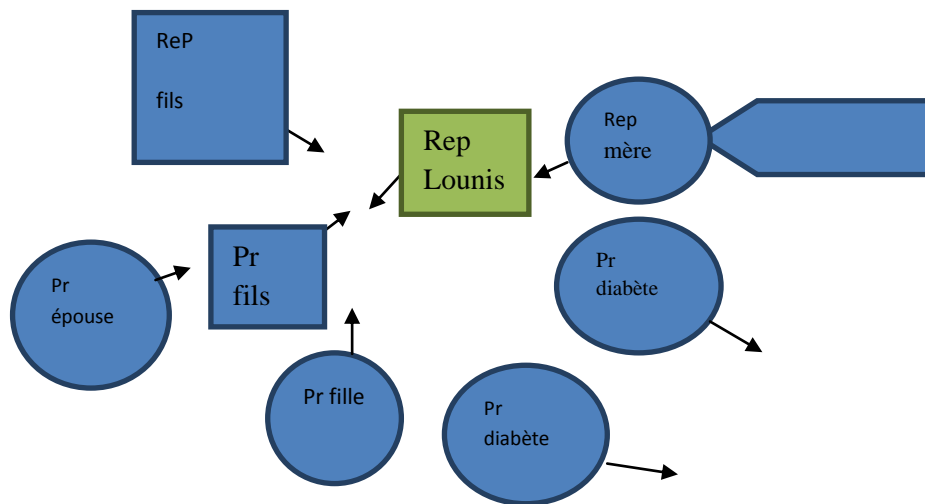
A-1-4-Eléments de la constellation:

Nous présentons ici l'image de départ et l'image finale de la constellation de Mr. Lounis, ainsi que les représentants pris pour cette constellation de Mr Lounis. Cela permet au lecteur d'avoir le contexte général.

Mr Lounis –image de départ



Mr Lounis –Image finale



Les représentants pris dans la constellation de Mr Lounis sont :

- représentant pour lui-même
- Deux représentants pour le diabète
- représentant pour son fils Ennis
- Une représentante pour son épouse
- Deux représentants pour la fille et son fils
- une représentante pour sa mère morte.

A-1-5-L'analyse globale de la constellation avec l'entretien:

Les catégories principales ayant émergé dans la constellation données sont:

- La culpabilité, symptôme de son diabète sur lequel Mr Lounis a travaillé en constellation
- La rigidité de Mr Lounis
- Les mécanismes de défense de Mr Lounis en vers sa famille, exactement sur son fils Ennis

La culpabilité de Mr Lounis sur la maladie de son fils Ennis est intense, dure depuis 8 ans depuis la découverte de la maladie de son fils. Cela empêche Mr Lounis d'entrer en communication sérieuse avec son fils chaque fois il le voit, il montre un attachement vers lui différent des autres enfants. Son intensité a diminué entre avant et deux mois après la constellation; c'est également corrélé au niveau de contact avec son fils et sa famille qui a augmenté, il a montré ça dans les résultats de l'échelle de qualité de vie qui est parfaite. Mr Lounis n'attribue pas ce contact et cette bonne relation avec sa famille à la constellation, mais surtout aux conseils de son épouse et ses collègues de travail. Il est intéressant de noter cependant que, d'une part, Mr Lounis prend ses médicaments régulièrement depuis la constellation.

Nous notons que la description de culpabilité faite par Mr Lounis est médicale, très précise, description qui nous donne l'impression que sa culpabilité est à côté de lui, qu'il la observe, clivage que nous retrouverons. Mr Lounis nie également le lien qu'il pourrait y avoir entre sa culpabilité et la maladie de son fils. Cela empêche à notre avis le travail d'élaboration qu'elle pourrait faire, en regardant ce qui se joue dans la constellation, symbole de la liaison entre sa culpabilité et la maladie de son fils Ennis.

La rigidité, c'est-à-dire le côté extrême de Mr Lounis, est présent à plusieurs niveaux :

- Le relationnel : Le soutien apporté par les membres de la famille, les médecins, les voisins, est très positif, sans ombre « [j'ai des] gentils voisins, et une famille qui me soutient. » « [J'ai] une épouse adorable; [mes fils] sont très gentils aussi ») Le niveau de confiance, extrême pour sa famille.
- Le vécu de la maladie: L'apparition de diabète a été soudaine pour moi et pour mon fils« j'ai travaillé toute ma vie, puis paf, diabète »), vécue comme un destin.
- Le sentiment d'incurabilité est extrême, tout du moins avant et pendant la constellation (Mr Lounis note qu'il est impossible que son état physique s'améliore, avec ou sans constellation, dans le questionnaire de l'échelle de la qualité de vie « ça n'ira pas mieux dans mon état physique, je me sens fatigué toujours ». Il y a quelques notes d'espoir, vite réprimées en banalisant. Nous notons qu'elle exprime cependant un peu d'espoir pour le futur, durant l'entretien post deux mois. « Il y a encore l'espoir à chaque fois que je vois ma petite famille »)
- Les changements : pour Mr Lounis, les seuls changements sont les contacts avec son fils dans un travail thérapeutique et aussi prendre des médicaments régulièrement « Qu'est ce qui a changé dans votre vie depuis votre Constellation ? Rien, je vous dis, ni mort ni naissance »)

et il attend une guérison « miraculeuse », instantanée du travail de constellation (à la fin de la constellation, il dit « eh bien [en montrant sa main et son bras], j'attends ! »)

L'attente de changements radicaux, miraculeux, ainsi que, de façon ambivalente, la perception extrême d'incurabilité sont des facteurs diminuant fortement l'adhésion à la méthode thérapeutique des constellations. D'autres facteurs renforcent son adhésion à cette méthode : Mr Lounis aime le travail en groupe « J'aimé, en groupe, quand ils il exprime leur sentiments » « Je lui dis, que, en groupe, cela lui fait pas du bien » ; et il aime l'expression d'émotions positive, car venant à l'encontre son système familiaux « quand je l'ai vue devant moi, je l'ai vue un peu triste, ça m'a gênée de voir mon fils comme ça. [...] moi j'ai l'impression que ça doit lui taper sur les nerfs ». D'autre part, à un niveau conscient, il n'accède pas à la dimension symbolique de ce qu'il voit se passer dans la constellation (déli du lien avec la culpabilité de la maladie de son fils; vision des représentants pour qui ils sont et non pas ce qu'ils; à un niveau inconscient, il nous semble cependant qu'un travail d'élaboration a démarré (il souvient uniquement de regarde son fils et voir sa petite famille dans un travail thérapeutique, et il montre de l'émotion dans la constellation principalement à l'évocation de sa mère morte.

Mr Lounis montre des mécanismes de défense qui semblent le protéger de revivre des évènements douloureux :

- Tout est positif ou banalisé « j'ai une bonne place [dans ma famille actuelle] « moi, j'oublie quand même [les choses atroces] » sa maladie: « J'ai été bonne toute ma vie. J'ai fait beaucoup. Je faisais du bien. Rien à me reprocher », « J'ai eu très peur [de la réaction de mon épouse et mes fils ...] Comme des enfants ont peur étant petits »); quand ce n'est pas positif, il s'agit de sa maladie et la peur de perdre sa relations intra familias épouse / mon fils Ennis, dans lequel il est fortement impliquée, comme si c'était toujours présent
- Il est altruiste, s'inquiète beaucoup pour les autres, notamment son fils, ce que nous notons comme possible projection de son angoisse.
- Les mort douloureuse sont exclues: il parle beaucoup de sa mère morte, son seul souhait est de la revoir, ne serait-ce qu'en rêve; il parle peu de son père (sa mort jeune n'apparaît pas dans les évènements marquants, sauf pour plaindre sa mère, il ne comprend pas qu'on mette un représentant pour son père dans la constellation, alors qu'il ne l'a pas parlé de lui.
- Un clivage s'est installé à plusieurs niveaux :
Clivage entre lui et sa maladie « malheureuse de me voir malade et je ne veux pas que ma famille me voir comme ça »

Clivage entre lui et son fils malade, (le déroulement de la constellation nous oriente vers cela une personne pour représenter une partie de lui, comme cela sera montré en fin de constellation, ainsi que l'émotion qu'il exprime de façon non-verbale à l'évocation de diabète.

Nous retrouvons à travers ce clivage la dissociation notée par Vannotti&Gennart, et Pedinielli, provoquée par la maladie entre nous-mêmes et la partie malade du corps. Ce clivage à plusieurs niveaux exprime aussi le déni de l'association entre la partie malade du corps et la culpabilité, évènement sur lequel Mr Lounis semble figée.

Nous voyons dans la représentation de la constellation comment Mr Lounis regarde avec émotion son fils servant d'association avec le clivage et la culpabilité (2ème image de la constellation: « regarde vers son fils »).

Les changements au niveau des symptômes ne sont pas flagrants, en tout cas ne pas notés consciemment par Mr Lounis:

- Un espoir de guérir, quand il se projette dans le futur dans l'entretien post-2 mois
- Une moindre intensité des douleurs.
- Une prise de médicaments régulière.
- Le bon contact avec son fils et la communication s'installe.

A-1-6-Dynamiques de la constellation

Dans la constellation de Mr Lounis, nous avons vu plusieurs intrications avec sa famille, à travers les sens qu'a pris successivement le symptôme de la maladie chronique: liaison entre Mr Lounis et son Fils (une partie de lui restait avec son fils), liaison entre Mr Lounis et la mère morte. Ces intrications amènent à une dynamique « je te suis » [dans la maladie], qui amène une partie de nous (ici une partie de la famille et douloureuse) à rester fixée vers son fils malade, sa mère morte. Pour sortir de cette dynamique, il est d'abord nécessaire de reconnaître le fait que cette partie est restée fixée sur autre chose, pour pouvoir mettre en place une dynamique plus saine. Mais cela ne suffit pas toujours : dans la constellation de Mr Lounis, il faut que la culpabilité de Mr Lounis soit reconnue pour qu'elle puisse reconnaître son fils ; il faut que le fils accepte d'être dans le même destin que son père pour que le symptôme des douleurs se transforme; il faut également que la partie actuelle de Mr Lounis soutienne la partie de lui fixe vers son fils pour que Mr Lounis se libère. Nous observons ici des intrications à plusieurs niveaux.

Ces dynamiques vues en constellation sont inconscientes ; le récit a posteriori du client peut nous indiquer les dynamiques qui l'ont marqué dans la constellation. Dans le cas de Mr

Lounis, il semblerait que la dynamique « je te suis » [dans la maladie] l'ai marquée, car son principal souvenir est celui de la maladie de son fils et la mort de sa mère.

L'ampleur des intrications révélées par la constellation nous amène à penser que le travail vers un apaisement des douleurs de Mr Lounis sera long, et sera rendu plus difficile de part les mécanismes de défense en place. Ceci va dans le même sens que les règles empiriques de Kutschera (2006, p 15), disant, plus la maladie est sérieuse, plus les intrications sont intenses, limitant le potentiel thérapeutique.

A travers ce qui est vu dans la constellation, nous retrouvons notamment une extension du modèle de Onnis, dans lequel des facteurs de choc émotionnels provenant du système familial et social (ici les évènements apparition soudain de la maladie chez lui et son fils et la mort de sa Mère) créent un symptôme somatique. Nous émettons l'hypothèse qu'un choc émotionnel arrivé à Mr Lounis pourrait avoir créé un désordre psychique intense. Nous émettons également l'hypothèse que ce choc émotionnels due à les évènements vécu ont fait se mettre en place une relation moins stable au début (le discours de Mr Lounis est relativement riche, les émotions sont fort), secondaire aux évènements, mécanisme de défense contre sa maladie et celle de son fils et même a la famille. Ce mécanisme de défense est aujourd'hui un facteur diminuant l'efficacité de la thérapie.

Dans le cas de Mr Lounis, la réponse à la question de recherche « quels sont les effets de l'utilisation de la méthode des constellations familiales à l'évolution des maladies chroniques» est en demi-teinte : pour Mr Lounis, cela n'a eu aucun effet, pour ses enfants, il y a eu des effets, minimes pour l'instant. Un début de travail inconscient d'élaboration semble s'être mis en place, mais prendra certainement beaucoup de temps, au regard des mécanismes de défense actuels de Mr Lounis.

A-2- Analyse de deuxième cas: Mr Rabah

A-2-1-Présentation de cas

Mr Rabah Homme âgée de 75 ans père et grand-père avec 6 enfants 5 garçons et 2 filles, Mr Rabah maintenant retraite dans la Police, il est l'un des fondateurs de l'association de diabétique de Tazmalt. Il souffre depuis la découverte de sa maladie (diabète) type 2 au2011, son niveau d'étude est fin d'étude dans la période de la colonisation française. Comme il nous a dit que son père aussi attient de diabète.

Mr Rabah représente lui-même pour notre recherche, durant lesquels il a montré un bien-être, il était dynamique, souriant tout au long des séances.

Nous faisons en face à face, avec prise de notes, l'entretien semi-directif pré-constellation, l'entretien semi directif post-constellation et passe l'échelle de qualité de vie avant et après la constellation.

A-2-2- Informations issues de l'entretien avant la constellation:

Place de Mr Rabah dans sa famille :

Il dit avoir « une place comme tout le monde » dans sa famille d'origine il résume sa place comme tous les jeune de sa génération sauf que il ya beaucoup de misère a cette époque, et dans sa famille actuelle, il définit sa place par le fait «d'avoir été un père et un grand père et le fait qu'elle avait ce qu'il fallait. Mais il définit la famille actuelle comme de grand changement dans les règles et le respect. <Il dit vous étés des psychologues vous pouvais voir ce changement...souri>

Les évènements marquants pour Mr Rabah, dans ses familles d'origine et actuelle:

Dans sa famille d'origine, les évènements marquants sont la misère de la période coloniale qui a touché toute son enfance et la mort de son père diabétique, et sans parler de cette vie mesureuse et les moments difficiles dans ma vie.

Dans sa famille actuelle, ce sont la découverte de sa maladie de diabète 2011 ce qui a bouleverse sa vie. Alors il a cache sa maladie pendant 4 mois parce que il a peur de voir sa famille s'enquête pour lui<je n'ai pas avoie ma maladie a ma famille parce que je ne veux pas voir ma famille stressé pour moia mon Age>.

Comment Mr Rabah définit sa vie future:

Mr Rabah n'a pas beaucoup d'espoir dans sa vie future (« être là pour mes fils et vivre c'est comme il n'est y a rien de grave»), il parle aussi de rêve de voir tous les diabétiques et tous les malades comme (il ne faut pas avoir peur de la mort... lemktub n Rebbit).

Je vois que on a suffisamment d'information pour faire une constellation et pour cela on suiffé seulement de sa place dans sa famille d'origine et actuelle, les évènements vécu dans les deux familles et sa vision dans l'avenir pour sa maladie et sa place dans sa famille.

A-2-3-Informations quantitatives:

Les informations quantitative que nous avons est une évaluation de sa qualité de vie, sur quatre domaines, répartis en 26 questions du questionnaire WHOQOL :

A-2-3-1-Evolution des scores whoqol de cas

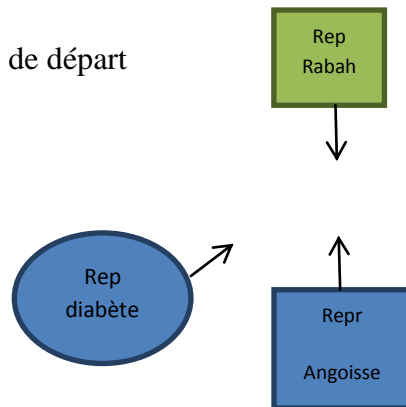
		Score aux domaines en%				Evaluation de score entre avant et apert la constellation			
		Physique	psychologique	Relation social	Environnent	physique	psychologique	Relation Social	Environnent
Mr Rabah	Avant la constellation	51%	67%	27%	38%				
	post 2 mois	51%	63%	47%	35%	0%	-4%	20%	-3%

Nous constatons que la perception de qualité de vie croît considérablement dans le domaine des relations sociales, domaine le plus faible avant la constellation ; signe positif par rapport à la perception d'isolement ressentie avant la constellation. Les trois autres domaines évoluent peu. Au vu de cela, nous pouvons déjà émettre l'hypothèse que l'effet de la constellation se voie sur le système social avant de se porter sur le système individuel (psychologique et physique).

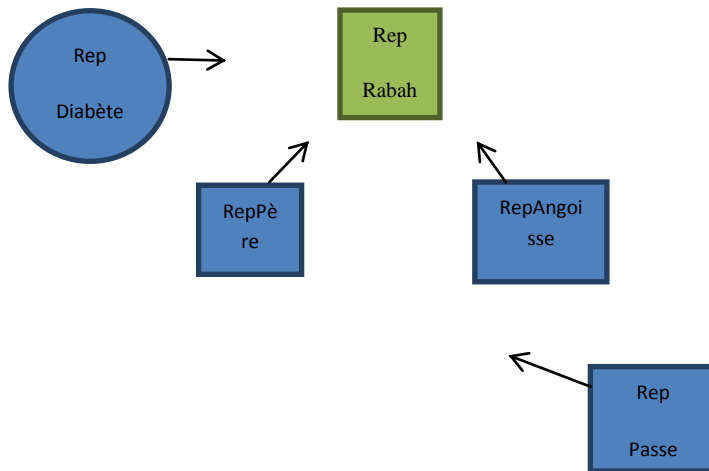
A-2-4-Eléments de la constellation:

Nous présentons ici l'image de départ et l'image finale de la constellation de Mr. Rabah, ainsi que les représentants pris pour cette constellation de Mr. Rabah. Cela permet au lecteur d'avoir le contexte général. Nous présenterons les dynamiques de la constellation dans la section «Discussion » de ce chapitre.

Mr Rabah –image de départ



Mr Rabah –Image final.



Les représentants de la constellation de Mr. Rabah sont :

- un représentant pour lui-même
- un représentant pour angoisse
- un représentant pour sa maladie
- un représentant pour son père
- un représentant pour le passe

A-2-5-L'analyse globale de la constellation avec l'entretien:

Les principales catégories que nous relevons dans le vécu de Mr. Rabah, sont :

- Porter l'histoire familiale
- Etre malade
- L'évolution des symptômes associés

Mr. Rabah a la perception de porter tout le poids de son histoire familiale, cause de sa maladie et ses angoisses de passe Ce poids vient des deux lignées : d'une part l'histoire vécu pendant la misère colonial, d'autre part, sa maladie présente aussi chez son père. Depuis il a également la perception d'avoir été un fardeau de l'absence de son père, et de s'être identifié à son père par amour (père qui a la même maladie que lui), pour combattre son passé angoisse

Cette perception évolue suite à la constellation, perception qu'il met au compte de la constellation :

Mr. Rabah, en parallèle de cette recherche, dans un mouvement d'éloignement (travail sur les générations lointaines) et de rapprochement, se focalise maintenant plus sur le travail sur le rapport infantile à ses parents, les blessures qui ont résulté "ma mère m'aimait malade" et le désir mégalomane de ses parents vis-à-vis de lui », qui vont l'amener à devenir le messager de ces informations dans sa famille, pour arriver à une prise de conscience familiale des causes de sa maladie. Il recherche la réalité de ces histoires familiales pressenties en constellations – réalité vers laquelle l'avait amené à l'isolement familial.

Mr. Rabah est donc passé d'un subir (porter l'histoire familiale) à un agir (être le messager de l'histoire familiale).

Pour Mr. Rabah, le fait d'être malade a plusieurs caractéristiques et implications: La seule cause pour lui de sa maladie est le fait qu'il soit porteur de son histoire familiale difficile.

- Les symptômes sont invalidants : phases de délire, pour lesquelles il a été hospitalisé plusieurs fois, phases de dépression, accompagnées d'une phobie sociale, peurs et angoisses, causes pour lui de fuites dans le délire; manque de confiance en lui; nous reviendrons plus en détail ultérieurement sur l'évolution de ces symptômes.

- Sa maladie implique un isolement vis-à-vis de sa famille – il a peur de perdre sa place dans la famille actuelle, et plus particulièrement vis-à-vis les femmes de ses enfants (vous saviez les femmes d'aujourd'hui...)

D'autres (sauf la dernière), ont été le plus dur à payer pour sa maladie. C'est aussi un isolement social : il ne peut plus travailler, et ses nombreuses fatigues l'isolent encore plus. Cet isolement, conséquence de sa maladie, vient également renforcer sa tendance dépressive et son manque de confiance en lui (causalité circulaire). Nous notons que ce sentiment d'isolement s'abaisse en constellation grâce à la relation qu'il a avec les autres personnes, qui lui donnent de la valeur; c'est certainement un facteur contribuant.

- Sa sphère relationnelle se réduit à sa compagne et ses collègues de l'association, importantes ressources pour lui. Il est intéressant de noter son positionnement vis-à-vis des collègues, sa famille et sa maladie: il se montre comme Co-thérapeute de lui-même, en position méta par rapport à lui-même, cherchant la logique et le sens de ses comportements symptomatiques ; il veut avoir prise sur la maladie, la contenir, surtout les délires, et il adopte une position méta qui lui semble maintenant naturelle, sans effort.

- La dernière implication associée au fait d'être malade est la prise de médicaments: il est capable de gérer ses prises, et de diminuer ses prises depuis la constellation qu'il a faite, et peut gérer sa prise de médicaments en crise de délire depuis la constellation, changement imputé à la constellation.

Les symptômes associés à sa maladie ont évolué depuis la constellation, évolution que Mr. Rabah met sur le compte de cette constellation :

- L'évolution la plus importante est celle de la relation avec sa famille actuelle il essaye de garder toujours sa place comme père idéal pour ses enfants et grand père pour ses petits-fils.

- Il a pris conscience du lien entre ses peurs, angoisses de la mort de son père et ses délires : les peurs et les angoisses l'amenaient auparavant à fuir dans le délire; le fait d'avoir pris conscience de ce lien l'amène à le défaire et à assumer l'existence de ces peurs et angoisses, plutôt que de s'en débarrasser.

- Le ressenti de ses peurs et angoisses est plus fort, et il accepte également comme lien à son passé, son histoire familiale, comme il avait vu et ressenti pendant sa constellation (image finale de constellation)

- Sa confiance en lui est plus grande, évolution qu'il met au compte pendant la constellation.

Nous notons que Mr. Rabah veut garder le contrôle de sa maladie : il compartimente, il contient – il s'occupe des délires, puis des peurs et angoisses, puis de la dépression, et passe d'un « chantier » à un autre.

Cela amène Mr. Rabah à avoir une meilleure approche de la réalité, comme ce qui est perçu dans l'entretien de suivi; il fait disparaître l'illusion de pouvoir se débarrasser de ses peurs et angoisses.

A travers cette modélisation du vécu du client, nous voyons que le changement chez Mr. Rabah s'est effectué à plusieurs niveaux :

- Au niveau de sa maladie: plus de délires, acceptation des peurs et des angoisses de mort, travail sur le pan dépressif;
- Au niveau de sa propre représentation: sa confiance en lui est plus grande, il est passé du subir à l'agir sur son histoire familiale. Au lieu de rejeter son histoire familiale, il l'accepte, notamment le passé familial révélé dans l'analyse de l'entretien.
- Au niveau de ses relations sociales: le changement se voit dans les données du WHOQOL sur le domaine des relations sociales, et est évoqué par Mr. Rabah dans l'entretien de suivi.

A-2-6-Dynamiques de la constellation

Le type de constellation que nous voyons ici est une constellation mettant d'abord uniquement en place un représentant du client et symptôme. Il semble y avoir une stabilité dans la relation entre le représentant et le symptôme (ici l'angoisse), stabilité qui restera tout au long de la constellation, même après l'inclusion de représentants familiaux, et d'éléments abstraits comme le passé.

Le sens du symptôme véhiculé par la constellation semble être une partie de Mr. Rabah, qui le rassure. Il évoluera comme lien avec le passé, lien qui ne semble pas être prêt à disparaître.

Grâce à cela, nous voyons plusieurs dynamiques dans la constellation :

- Nécessité de reconnaissance des angoisses associées.
- Nécessité de visualisation du passé, angoissant.

- Acceptation du lien qui fait l'angoisse avec le passé
- Cette reconnaissance apporte la possibilité de se tourner vers l'avenir et d'accepter de nouvelles responsabilités.
- Acceptation de l'angoisse comme élément stable de soi.

Mr. Rabah nous montre dans l'entretien de suivi qu'il a pris conscience de cet enchaînement de dynamiques.

Nous voyons illustré dans cette constellation comment la reconnaissance de quelque chose de douloureux, bloquant le système, doit passer avant la mise en place d'une dynamique plus appropriée. Nous pouvons faire ici un parallèle avec le travail de SFT (Sculptures Familiales Temporelles) d'Onnis: le temps était bloqué sur le passé ; il y avait besoin d'une acceptation du passé angoisse, pour pouvoir se tourner vers le temps de l'avenir.

Nous retrouvons dans cette constellation l'une des hypothèses de thèmes familiaux faite à partir de l'analyse se retrouve dans la constellation: maladie et passé angoisse.

Nous pourrions émettre l'hypothèse que Mr. Rabah est dans une dynamique « je prends ton destin », c'est-à-dire le destin des angoisses de passe et la maladie de son père, mais ce n'est pas clairement visualisé dans la constellation. Nous sommes plutôt dans un travail d'acceptation du passé, impliquant l'acceptation d'un des symptômes de la maladie.

L'effet du travail en constellation sur certains des symptômes de la maladie de Mr. Rabah a été positif à plusieurs niveaux : arrêt des phases de délire, acceptation de ses peurs et angoisses de mort, amélioration des relations sociales. Nous pensons qu'il faut cependant être prudent sur une conclusion définitive sur ce cas, Mr. Rabah vivant avec cette maladie depuis au moins 4ans ; nous nous demandons également comment Mr. Rabah va sortir de sa phase dépressive actuelle.

Sur un suivi de deux mois, les trois hypothèses de notre recherche sont confirmées. Nous notons dans ce cas le temps beaucoup plus important que dans les autres cas dévolu à l'entretien pendant la constellation.

A-3-Analyse de troisième cas: Mme Salima**A-3-1-Présentation de cas**

Mme Salima Femme âgée de 45 ans mariée avec 2 enfants 1 garçon et une fille, Mme Salima travaille comme avocate depuis 10 ans, mais elle est arrêtée d'exercer ce job depuis la découverte de sa maladie. Elle souffre depuis 4 ans du cancer de sein. Elle adhère à l'association depuis 3 ans de ça, et elle suit ses traitements régulièrement. Mme Salima s'est montrée fatiguée avec nous, elle était faible, tout au long des séances, elle était de mauvaise humeur ce qui témoigne sa souffrance au niveau physique et psychologique.

Nous faisons en face à face, avec prise de notes, l'entretien semi-directif pré-constellation, l'entretien semi-directif post-constellation et passe l'échelle de qualité de vie avant et après la constellation.

A-3-2-Informations issues de l'entretien avant la constellation:

Nous notons ici les informations complémentaires à ce qui a été présenté dans l'entretien

Place de Mme Salima dans sa famille:

Sa place dans ses familles d'origine :

Mme Salima a un attachement très fort à ses grands-mères des deux lignées maternelles et paternelles, en revanche elle a une relation difficile, distante avec sa mère, mais elle se rapproche d'elle quand celle-ci souffre de sa maladie. Mme Salima a un attachement fort à son père, après sa maladie de cancer, alors elle définit sa place et sa relation avec sa famille d'origine comme une bonne place sauf qu'elle a perdu ses relations avec ses grands-mères de cotes maternelle et paternelle. Elle dit < a part la mort de mes grands-mères ça va >

Sa place dans sa famille actuelle :

Et dans sa famille actuelle elle dit avoir aussi une bonne relation avec son mari et elle est une bonne maman pour ses deux petits-enfants, j'ai reçu aussi une bonne empathie de la part de la famille de mon mari <...alors rien à espérer à part ça >

Les évènements marquants pour Mme Salima, dans ses familles d'origine et actuelle:

Dans sa famille d'origine, les évènements marquants sont la mort de ses grands-mères paternelle et maternelle, et la misère vécu de son père cancéreux. Et principalement comme elle dit qu'une hérédité venant principalement de la branche maternelle, dont deux femmes ont eues un cancer du sein

Dans sa famille actuelle, les évènements marquants sont l'apparition de sa maladie de cancer et l'Arrée totale de toute activité professionnelle, ce que la rendre perdu et désespère, elle dit aussi que sa place comme une bonne mère commence à diminué. <Je ne peux pas prendre soin de ma petite famille comme d'habitude depuis ma maladie>

Comment Mme Salima définit sa vie future:

Mme Salima ressent le besoin d'un changement important, sinon « elle sera morte », elle ressent une adversité de la vie, mais a l'impression d'œuvrer pour le bien. Elle voudrait reprendre son travail et allé dans le futur avec sa petite famille sans pensée à ses difficultés: être vraiment heureuse, être vraiment elle. Elle dit <je veux vivre toute mes rêves avec ma famille>

Ses projets de vie future sont centrés essentiellement sur un mieux-être par rapport à elle. Tout au long des entretiens avec Mme Salima, nous notons une rigidité dans les propos: tout est horrible, catastrophique, ou magnifique ; rien n'est en demi-mesure. Mme Salima note d'ailleurs qu'elle a beaucoup de mal à gérer ses émotions.

Je vois que on a suffisamment d'information pour faire une constellation et pour cela on suiffe seulement de sa place dans sa famille d'origine et actuelle, les évènements vécu dans les deux familles et sa vision dans l'avenir pour sa maladie et sa place dans sa famille.

A-3-3-Informations quantitatives:

Les informations quantitative que nous avons est une évaluation de sa qualité de vie, sur quatre domaines, répartis en 26 questions du questionnaire WHOQOL:

A-3-3-1-Evolution des scores whoqol de cas

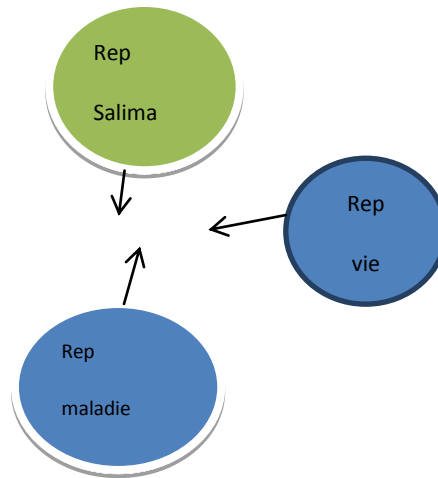
		Score aux domaines en				Evaluation de score entre avant et apert la constellation			
		physique	psychologique	Relation social	Environnement	physique	Psychologique	Relation social	Environnement
Mme Salima	Avant la constellation	69%	87%	67%	73%				
	post 2 mois	89%	90%	73%	73%	20%	3%	6%	0%

Nous constatons que la perception de qualité de vie s'améliore dans deux domaines principalement : le domaine physique, et le domaine des relations sociales, les deux domaines les plus bas avant la constellation.

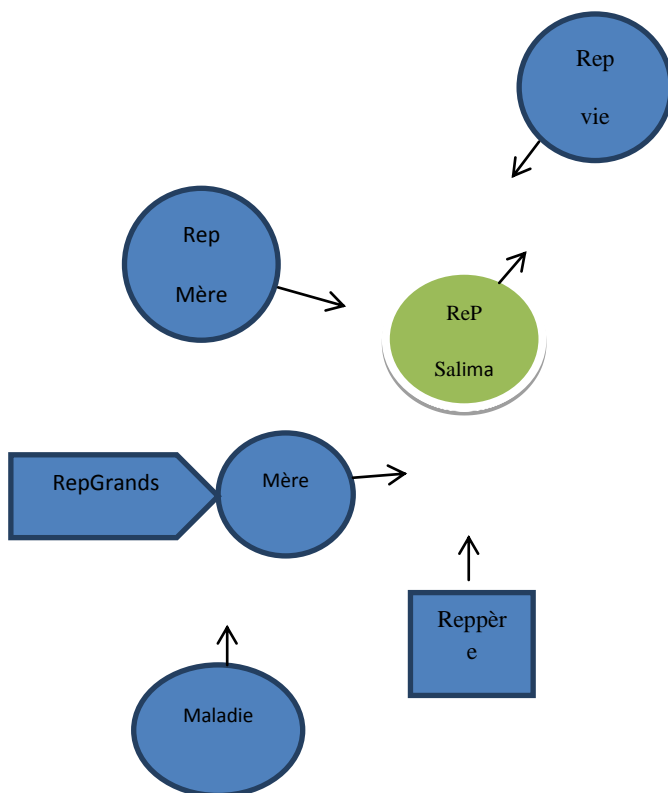
A-3-4-Eléments de la constellation:

Nous présentons ici l'image de départ et l'image finale de la constellation de Patiente, ainsi que les représentants pris pour cette constellation de Patiente. Cela permet au lecteur d'avoir le contexte général. Nous présenterons les dynamiques de la constellation dans la section «Discussion » de ce chapitre.

Mme Salima –image de départ



Mme Salima –Image finale



Les représentants pris dans la constellation de Mme Salima sont:

- Une représentante pour elle-même.
- Une représentante pour vie

- une représentante pour la maladie
- Une représentante pour sa grande mère
- Une représentante pour sa mère
- Un représentant pour son père

A-3-5-L'analyse globale de la constellation avec l'entretien:

Les principales catégories que nous relevons comme pivots du vécu de Mme Salima, sont :

- Être malade
- L'importance de l'histoire familiale
- La rigidité émotionnelle

Le fait d'être malade a plusieurs causes, pour Mme Salima

- Une hérédité venant principalement de la branche maternelle, dont plusieurs femmes ont eu un cancer du sein
- Le fait de ne pas être soi ; être vraiment soi est un projet majeur pour elle
- La mauvaise gestion de ses émotions, que nous traduisons par « rigidité émotionnelle », au vu des entretiens que nous avons eus avec elle
- Une mauvaise hygiène de vie
- L'état dépressif dans lequel elle est depuis 4 ans

Mme Salima a comme objectif de se libérer de son histoire familiale, c'est-à-dire du travail de réparation transgénérationnelle qu'elle a la perception de faire pour sa famille. Elle a également comme projet d'être vraiment elle, d'être vraiment heureuse, alors qu'aujourd'hui elle a l'impression de jouer à quelqu'un d'autre ; c'est une des causes de dépression et son dégoût de la vie. Pour elle, être vraiment elle se traduira par le fait de regarder sa maladie en face, c'est-à-dire de l'accepter. Mme Salima nous dit que cette acceptation est déjà là mais sa réaction pendant la constellation nous fait dire que cette acceptation de la maladie, liée à l'acceptation de soi, s'élabore encore.

Elle a besoin d'un changement important, c'est-à-dire, pour elle, de regarder sa vie en face, ce qui lui permettra d'être vraiment elle; la maladie, selon elle, lui sert à ne pas regarder sa vie en face, et ne pas être vraiment elle. Nous avons une causalité circulaire entre la maladie et le fait d'être soi. Au moment de sa constellation, Mme Salima nous dit que ce changement lui permettra d'être mieux dans ses relations avec sa famille actuelle et avec son entourage. Deux mois après la constellation, ce changement s'est réalisé au niveau de sa relation avec sa famille et ses réactions: elle est pleine d'énergie, le blocage s'est levé, même si elle a une peur normale de se lancer dans une activité professionnelle. Elle attribue ce changement à ses croyances en soi, et le soutien de sa famille.

Le fait d'être malade se caractérise par une gêne extrême, gêne qui restera au même niveau deux mois après la constellation. Elle est atteinte physiquement. Elle est également atteinte psychiquement : pour elle, sa maladie entraîne un état dépressif, dont les signes les plus forts sont une grande fatigue. L'état dépressif est cause et conséquence de la maladie, et Mme Salima le considère comme un signe précurseur d'une rechute. Nous avons de nouveau, comme pour le fait d'être soi, une causalité circulaire entre la maladie et la dépression.

Dans le mois qui a suivi la constellation, elle a retrouvé cet état dépressif, toujours accompagné d'une grande fatigue; de plus, elle a eu de nouveau un dérèglement hormonal, autre signe précurseur d'une rechute. Elle met ces symptômes au compte de la constellation. Cependant, les symptômes dépressifs disparaissent du jour au lendemain quand elle fait une constellation, au sujet d'un blocage dans son travail; cette constellation mettra d'ailleurs en scène des thèmes familiaux (exclusion du grand-père, indifférence au père) que nous avons déjà vus durant la constellation. Nous faisons ici l'hypothèse que le travail de reconnaissance et de guérison de l'histoire familiale a commencé à s'embalmer par une intensification temporaire des symptômes.

La peur de la rechute est présente chez Mme Salima, et ça continue après la constellation. Un symptôme d'angoisse, et se traduit par une difficulté à respirer au moment de travail en groupe, difficulté qu'elle avait quand elle était dépressive pendant 4 ans. Nous faisons l'hypothèse que cette angoisse est liée à la peur de rechute; cette peur a pu être aussi réactivée par le fait que son cancer se produise.

L'histoire familiale a une grande place dans le vécu de Mme Salima: c'est déjà, pour elle, une des causes de sa maladie (hérédité, et réparation des exclusions familiales).

Nous retrouvons certaines des hypothèses issues de l'analyse de l'entretien. D'autre part, Mme Salima semble avoir des liens très forts avec sa famille d'origine, notamment son père et ses grands-mères; elle a eu des relations très difficiles et douloureuses avec sa mère. Nous qualifions ces liens de relations à haut niveau émotionnel: en effet les qualificatifs qu'elle emploie pour les décrire sont tous extrêmes, jamais dans la demi-mesure. Nous faisons l'hypothèse que ce type de relations augmente l'identification que Mme Salima a eue avec une femme de sa famille qui souffre de cancer et avec ses parents et leur souffrance; mais c'est l'identification actuelle à son père, qui souffre de cancer de la prostate, qui est la plus intense; dans l'entretien de suivi, Mme Salima mélange son discours sur sa propre maladie au discours sur son père et sa maladie.

Nous avons mentionné précédemment la rigidité émotionnelle que Mme Salima semble avoir, cette rigidité est présente tout au long des entretiens par exemple, ses qualificatifs étant extrêmes au sujet de ses relations, de sa vision de soi, de sa vision de la gêne liée à la maladie et de l'effet de la méthode des constellations.

Cette rigidité est très présente dans ses demandes relationnelles: extrêmes quand elle parle de sa famille et de ses douleurs elle dit qu'elle va mal, mais le fait dans un contexte non favorable (au milieu de plusieurs personnes), et ne le redit pas. Mme Salima note également qu'elle ne sait pas faire des demandes par rapport aux autres, qu'elle ne prend pas sa place et qu'elle a sans doute tort de ne pas persévérer. Cette prise de conscience de la caractéristique de ses demandes serait-elle corrélée à l'amélioration de la qualité de vie dans ses relations sociales?

Cette rigidité émotionnelle a, selon nous, des effets sur la perception du suivi du travail en constellation, comme nous venons de le voir, et également sur l'intégration cognitive que Mme Salima a pu faire de ce qu'elle a vu et ressenti dans sa constellation. Cette rigidité, caractérisée par un niveau émotionnel très haut ressenti pendant la constellation entraverait l'intégration cognitive.

Mme Salima est a priori en cohérence avec le travail de constellation, travail qui peut aller chercher des intrications transgénérationnelles comme cause potentielle de maladie. Elle cherche à se libérer des mémoires familiales sur plusieurs générations. Mais, quand la constellation met en scène ces intrications, ce qu'en retient Mme Salima est très partiel; et le ressenti de ce qu'elle en a retenu est extrême (« ça m'a choquée [...] traumatisée »). Nous notons que ce qui reste prégnant dans sa mémoire au sujet de cette constellation, c'est la

proximité de la maladie vis-à-vis de sa représentante (alors que, dans la réalité, la maladie a été proche à de rares instants), et c'est le lien à son père. Il est étonnant de constater que là l'entretien qu'on a fait et la constellation, effectuée un mois après a un changement positif radical elle met cela sur le compte d'une prise de conscience (existence d'une élaboration cognitive) de la place de son projet de travail dans l'histoire familiale,

Au vu de ces expériences contrastées de constellation, nous émettons alors plusieurs hypothèses :

- Mme Salima cloisonne les différents domaines de vie (ici famille et maladie), ce qui lui permet d'avancer sur le domaine relationnelle avec sa famille, mais empêche vraisemblablement une progression plus professionnelle
- Quand il y a trop de résonance pour la personne dans ce qui se passe dans la constellation (ici la maladie, et l'identification au père et à sa maladie) et qu'il y a insuffisance d'élaboration cognitive (de par la rigidité émotionnelle ici), il n'y a pas d'effet perçus, ou il y a des effets négatifs perçus de la constellation

A partir de ce cas, nous émettons alors l'hypothèse que la méthode des constellations permet une élaboration cognitive (ce qu'a fait Mme Salima), mais demande un suivi – vraisemblablement pour des personnes à haut niveau émotionnel.

A travers cette modélisation du vécu de la patiente, nous voyons que le changement chez Mme Salima a été une prise de conscience de l'intrication entre les projets du domaine social et l'histoire familiale, et une diminution de l'état dépressif, après une aggravation temporaire de ses symptômes d'un mois, l'angoisse due à la peur d'une rechute est plus présente. Le travail sur la sphère émotionnelle, et l'arrêt de l'identification au père, semblent nécessaires pour obtenir un changement plus général et plus positif.

A-3-6-Dynamiques de la constellation

La constellation de Mme Salima met en scène des représentants d'éléments de sa famille, notamment le père, la grand-mère, elle met en scène également deux éléments plus abstraits, la maladie, et la vie. La vie représente l'objectif de Mme Salima, et se confond avec le fait d'être soi.

Nous trouvons dans cette constellation des dynamiques d'identification à plusieurs niveaux :

- Identification de Mme Salima à son père.
- Identification de la maladie de Salima à celle de son père.

Ces multiples identifications, dynamiques « je te suis », et « je prends ta place », déjà identifiées de façon empirique par Hellinger (2004) et Kutschera (2006), empêchent Mme Salima de vivre complètement (symbolisé par le fait que sa représentante ne tient pas debout dans la majeure partie de la constellation). Mme Salima peut enfin vivre complètement et regarder la vie en face quand la reconnaissance de ces identifications est faite.

Ces identifications à plusieurs niveaux générationnels expliquent sans doute le mal qu'a Mme Salima à se libérer de sa maladie.

Ces observations nous permettent de faire l'hypothèse que la libération attendue par Mme Salima doit passer par la reconnaissance de l'histoire familiale, ainsi que par l'arrêt de l'identification de sa maladie à la maladie de son père, cette libération passera aussi par la reconnaissance de la maladie.

Dans le cas de Mme Salima, de nombreux symptômes ont été évacués. Des changements positifs sont apparus dans le domaine social, mais Mme Salima les lie à l'effet de sa relation positive avec son épouse et la belle famille.

La rigidité émotionnelle de Mme Salima, ainsi que l'identification de sa maladie à celle de son père, semblent entraver les changements, et ne permettent pas suffisamment d'élaboration cognitive de ce qui est vu et ressenti en constellation.

A-4-Analyse de quatrième cas Karim

A-4-1-Présentation

M. Karim est un jeune homme de 28 ans célibataire maintenant il est en chômage à prêt 5 de travail comme pinteriez dans une entreprise prive, il est le deuxième enfant de ces 4 enfants. M. Karim souffre de sa maladie (l'asthme) à près sa découverte en 2002. Son niveau d'étude est fin d'étude secondaire (bac).

M Karim s'est montrée coopérative avec nous, durant lesquels il a montré un bien-être, il était dynamique, souriant tout au long des séances.

Nous faisons en face à face, avec prise de notes, l'entretien semi-directif pré-constellation, l'entretien semi directif post-constellation et passe l'échelle de qualité de vie avant et après la constellation.

A-4-2-Informations issues de l'entretien avant la constellation:

Nous notons ici les informations complémentaires à ce qui a été présenté dans l'entretien.

Place et la relation de M. Karim dans sa famille d'origine et actuelle.

Sa place et sa relation dans sa famille d'origine.

Il dit avoir « une bonne place » dans sa famille d'origine de côté paternelle, il a un fort attachement avec sa grande mère de côté de père qui la voit comme sa deuxième mère <s'est-elle qui m'a élevé...d yemma tessenat.> et aucun rapprochement avec sa famille d'origine de côté de la mère.

Sa place et sa relation dans la famille actuelle.

Dans sa famille actuelle, il définit sa place par le fait d'« avoir été gâtée par sa mère » et le fait qu'elle avait ce qu'il fallait. Il dit avoir aussi une bonne place dans sa fratrie < on se respect entre nous>on vit bien il ne manque rien...mais un manque de contact avec son père.

Les événements marquants pour M Karim, dans ses familles d'origine et actuelle:

Dans sa famille d'origine, les événements marquants sont la mort de ses grands-parents de côtés paternelle et maternelle et le manque de relation avec la famille d'origine de côté de son père. <Un mauvais contact>.

Dans sa famille actuelle, c'est la découverte de sa maladie de l'asthme en 2002 qui a bouleversé sa vie on pense à sa vie future. Il dit < je me sens perdu le moment de la découverte de ma maladie,... j'ai le même âge que vous à mon avis... t-fahmem-iyi-d>.

Comment M. Karim définit sa vie future:

M. Karim a beaucoup d'espoir dans sa vie future (« être là toujours comme s'est il n'est y a rien de grave, je veux vivre tous mes rêves de jeunesse avec ma famille»), il parle aussi de rêve d'avoir un travail pour oublier et pour ne pas être un handicapé pour sa famille.

Je vois que on a suffisamment d'information pour faire une constellation et pour cela on a suiffé seulement de sa place dans sa famille d'origine et actuelle, les évènements vécu dans les deux familles et sa vision dans l'avenir pour sa maladie et sa place dans sa famille.

On va faire une analyse globale après la constellation.

A-4-3-Informations quantitatives:

Les informations quantitative que nous avons est une évaluation de sa qualité de vie, sur quatre domaines, répartis en 26 questions du questionnaire WHOQOL:

A-4-3-1-Evolution des scores whoqol de cas

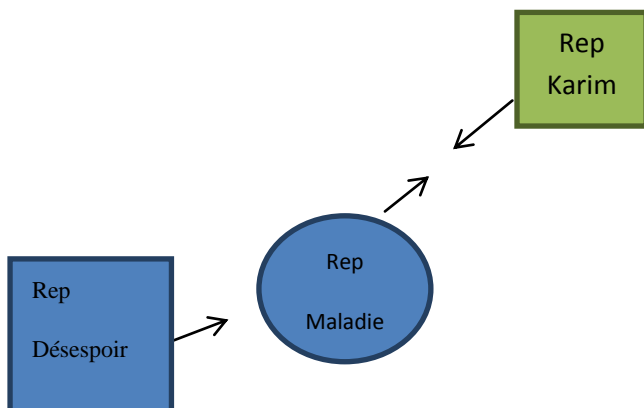
		Score aux domaines en%				Evaluation de score entre avant et apert la constellation			
		physique	psychologique	Relation social	Environnement	physique	psychologique	Relation social	Environnement
M Karim	Avant la constellation	54%	70%	75%	82%				
	post 2 mois	55%	80%	86%	89%	1%	10%	11%	7%

Nous constatons que la perception qualité de vie dans les quatre domaines reste relativement stable dans le domaine physique, avant et deux mois après la constellation. Sauf les trois domaines psychologie, relation social et environnement qu'on observe une augmentation positive.

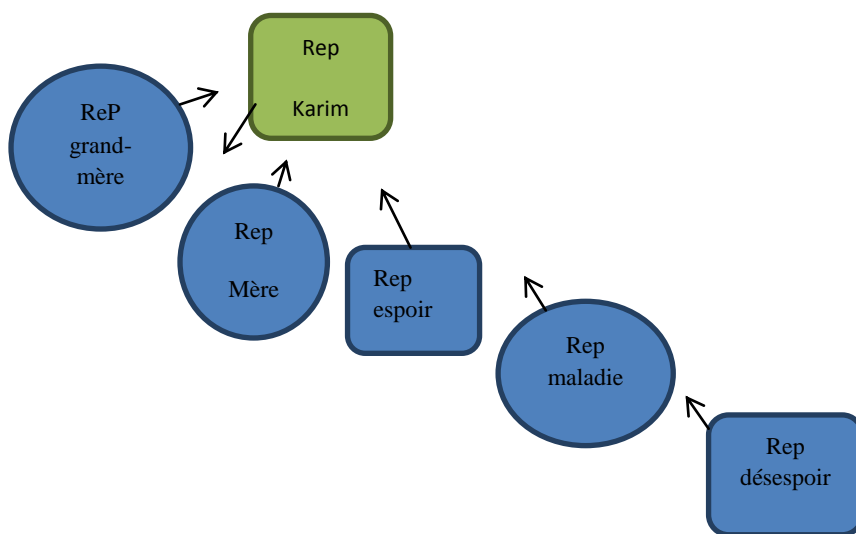
A-4-4-Eléments de la constellation:

Nous présentons ici l'image de départ et l'image finale de la constellation de M. Karim, ainsi que les représentants pris pour cette constellation de M. Karim. Cela permet au lecteur d'avoir le contexte général.

M. Karim –image de départ



M. Karim –Image finale



Les représentants pris dans la constellation de M. Karim sont :

- Un représentant pour lui-même.
- Une représentante pour sa maladie.
- Un représentant pour de désespoir de la vie.
- Une représente pour sa grande mère.

- Une représentante pour sa mère.
- Un représentant pour l'espoir de la vie.

A-4-5-L'analyse globale de la constellation avec l'entretien:

Les principales catégories, pivots du changement, que nous relevons dans le vécu de M. Karim, sont:

- Le désespoir accumulé pendant la découverte de sa maladie.
- Le relationnel, qui se concentre sur la famille actuelle et sa grande mère paternelle avant et pendant la constellation.
- La vision de sa vie future.
- L'amélioration des symptômes.

« Désespoir » nous parlons de désespoir pour Mr. Karim, car il dit avoir été dans un enfermement, une peur de voir sa vie de jeunesse perdue entre ses mains, une immobilité et un désespoir important depuis la découverte de sa maladie brutale en 2002, inattendue, ce désespoir qui a un peu diminué dans le temps. Il mentionne que ce désespoir s'est accumulé au cours de plusieurs éléments douloureux: ma découverte de la maladie, l'arrêt total de travail (mon métier de pinteriez)...je me sens handicapé à l'égard de moi-même. Mr Karim veut faire un point de responsabilité. A la lecture des entretiens, les événements marquants de sa famille d'origine l'on marquant aussi aucun contact ou relation avec sa famille d'origine de côté de sa mère, nous faisons l'hypothèse que cet état de désespoir a également une cause de ce conflit, ce que nous notons comme « nombre d'événements douloureux de la famille ». Mr. Karim nous dit que, pour lui, ce désespoir a été une des conséquences de sa maladie.

Ce désespoir a engendré un arrêt de pensée et un dégoût de la vie en début de la découverte de sa maladie. Ce désespoir de sa vie future comme personne malade semble diminuer depuis la constellation, au vu des nouveaux projets de mouvement qu'il a pensé de faire bien tôt < chercher un travail et ne pas être handicapé les bras croisés...toute ma famille me surveille... Je n'aime pas ça >

Ce désespoir, selon nous, génère également une expression émotionnelle limitée, que nous rencontrons au cours du premier entretien et de l'entretien durant la constellation; il est d'ailleurs intéressant de voir comment sa représentante dans la constellation parle de son

ressenti mis à distance pour ne rien éprouver; Mr. Karim note d'ailleurs a posteriori sa difficulté à « se lâcher dans les émotions ». Cette expression émotionnelle limitée vient sans doute également d'une façon d'être familiale: Mr. Karim parle des non-dits, du fait qu'on ne parle pas dans sa famille.

Nous remarquons dans l'entretien de suivi que cette expression émotionnelle a changé: la voix de Mr. Karim est plus rythmée, il parle des sujets diversifiés, il finit ses phrases, il y a plus de qualificatifs d'émotions.

Nous émettons l'hypothèse que Mr. Karim, à la suite de la constellation, a laissé de côté ses sentiments désespoir. C'est sans doute un bon facteur pour l'évolution de la maladie de Mr. Karim.

Le relationnel se concentre sur la famille actuelle et sa grande mère de cote paternelle avant et pendant la constellation.

La sphère relationnelle familiale a plusieurs caractéristiques :

- Un déséquilibre relationnelle entre sa famille actuelle et sa famille d'origine de cote maternelle: il n'y a pas de lien avec la lignée maternelle, dont est exclu la famille de cote maternelle; Mr. Karim a répondu par une exclusion de la branche maternelle; quand Mr. Karim parle de sa famille, si nous ne lui posons pas explicitement de question sur la branche maternelle, il parle de la branche paternelle qu'a un fort attachement à sa grande mère de côté paternelle. Ce déséquilibre se remarque également quand Mr Karim parle trop de sa grande mère et sa famille actuelle, il ignore sa famille maternelle...on constate que il y un grand conflit entre sa famille actuelle et sa famille d'origine côte maternelle.

- Une protection et soutien durant sa maladie venu de sa famille actuelle et sa grande mère qui la considère comme sa deuxième mère. Cette protection, ce soutien qu'on voit apparaître dans la constellation (où la famille sert de soutien à la protection), est, à notre avis, liée à la demande de protection du clan familial, perçue comme présent (« j'ai toujours dit que ma famille et là toujours dernier moi»)

Cette sphère relationnelle familiale a un peu évolué après la constellation :

- Sa grande mère elle sera toujours là, le lien fusionnel sera donc plus fort; Mr. Karim semble toucher par cette attachement.

- désespoir qui diminue: à rendre compte de la protection du clan familiaux, mais cela c'est comme si la protection de sa famille travaillée pendant la constellation, s'est déplacée vers la protection de lui-même.
- Il renonce à explorer la lignée maternelle, confirmation de l'hypothèse de l'exclusion de cette lignée. La différence maintenant, c'est que Mr. Karim exclue consciemment, et non plus inconsciemment cette lignée maternelle.

La sphère relationnelle s'ouvre à sa famille et ses amis après la constellation. L'effet est bénéfique en qualité de vie (11 points de plus en pourcentage dans le domaine des relations sociales du questionnaire WHOQOL entre avant et deux mois après la constellation). Mr. Karim note d'ailleurs cela comme un effet direct de la constellation. Il arrive à lâcher dès son désespoir, il rencontre également des amis d'enfance perdues de vue depuis sa maladie, relations renouvelées et durables, qui lui procurent beaucoup de plaisir.

Ces constats amènent une bonne transition avec la catégorie de la vision de la vie future de Mr. Karim, il est étonnant de voir comment la vision de sa vie future, telle qu'il l'avait exprimé dans l'entretien avant la constellation (« Elle serait plutôt calme, après un gros travail sur moi, avec des moments plus ou moins heureux, des retrouvailles agréables, et plein de projets. »

- Les retrouvailles agréables avec sa famille et ses amis se sont passées; et il a le projet de trouver un travail plus au moins stable.
- IL a plein de projets, qu'il a déjà initiés, se former dans divers domaines, faire de sport comme d'habitude et habitue en a mon traitement quotidienne. Tout est plus clair pour lui, il n'hésite plus : le mot « désespoir » absent dans l'entretien de suite.

Nous abordons maintenant la catégorie « amélioration des symptômes », le vécu de la maladie est meilleur deux mois après la constellation: Mr. Karim note une amélioration générale de ses symptômes, amélioration qu'il lie à la constellation et le fait de rendre comptes de soutien de sa famille, cette amélioration est corrélée avec les informations quantitatives récoltés (10 point dans le domaine psychologique, 11 point dans le domaine relation social et 7 point dans le domaine environnement)

Ses désespoirs sont moins intenses, moins permanentes. Nous notons qu'une petite période d'aggravation des symptômes, s'est produite, mais maintenant il peut faire de sport avec

plaisir, alors qu'avant c'était pénible et elle a de l'énergie toute la journée, alors qu'elle avait avant des gros coups de fatigue et devait se coucher à 21h.

A travers cette modélisation du vécu du client, nous voyons que le changement chez Mr. Karim a été positif, à plusieurs niveaux:

- Au niveau des relations sociales.
- Au niveau du travail sur soi: lâcher prise et meilleure expression émotionnelle.
- Au niveau des symptômes de sa maladie

Mr. Karim impute ce changement en grande partie au travail de soutien de sa famille.

A-4-6-Dynamiques de la constellation

Des événements à plusieurs niveaux et des dynamiques associées apparaissent dans la constellation de Mme Claire, en liaison avec sa maladie:

- La maladie de Mr. Karim, est un événement beaucoup présentant dans la constellation; on notera la similitude avec ce que Mr. Karim avait dit dans l'entretien avant la constellation); et le besoin pour la responsabilité de reconnaître la souffrance associée, afin de la libérer d'une dynamique « je te suis là », et de se libérer lui-même de la fixation à cet événement désespérant. La famille est là pour la soutenir face à cet événement et le regarder: «je voulais qu'elles les voient. J'ai envie qu'elles me voient ».
- La représentante de la maladie s'en va quand il y a reconnaissance que le ressenti d'écrasement du désespoir était partagé par amour par Mr. Karim: sans cette reconnaissance (qui est une dynamique «je suis là »), avec cette reconnaissance, il peut alors s'éloigner de désespoir.
- Il s'en va aussi quand le soutien du représentant de la mère de Mr. Karim et sa grande mère est assuré par la présence de l'espoir.
- Un besoin de travail de reprendre le travail et de ne pas rester handicapé aux yeux de sa famille, qui suscite beaucoup de réactions de sa part. Mais le travail reste centré sur Mr. Karim, et donc se focalise sur l'arrêt de désespoir de sa vie future. Nous pourrions émettre l'hypothèse qu'il y avait un travail au niveau de la lignée familiales en parallèle du travail au niveau de sa confiance en soi.

En fin on peut dire que l'étude de ce cas montre des effets de l'utilisation de la méthode des constellations à l'amélioration des maladies chroniques: l'amélioration est présente à plusieurs niveaux, au niveau des relations sociales, du travail sur soi, des projets, et des symptômes de la maladie. Elle se traduit par une réalisation des projets de vie qu'avait émis Mr. Karim lors de notre premier entretien. Cette amélioration est due également à des caractéristiques spécifiques du patient.

A-5-Analyse de cinquième cas : Mme Fatiha

A-5-1-Présentation de cas

Mme Fatiha est âgée de 43 ans, éducatrice dans une école primaire, elle est divorcée de son mari plus de 4ans, dont elle a eu une fille, de 22 ans mariée à l'étranger.

Elle souffre de sa maladie cancéreuse (cancer du sein) depuis 2015, maladie qui a été diagnostiquée trois mois après, depuis, elle a un suivi médical continu par un spécialiste

Le premier entretien semi-directif pré-constellation se passe quelques heures avant la mise en place de sa constellation, en face-à-face. Elle est venue toute seule.

Le deuxième entretien semi-directif post-constellation se passe deux mois après sa constellation.

A-5-2-Information issues de l'entretien avant la constellation

Sa place et les relations dans sa famille:

Dans sa famille actuelle, elle semble n'avoir pas eu de place grâce au divorce avec son mariée (« je ne comptais pas bien, je suis juste une mère d'une fille mariée à l'étranger »).

Dans sa famille d'origine, elle a été ignorée par son père a cause de son immigration en France, elle est la fille unique de sa mère avec son grand frère, sa mère elle est mort 5 ans après le mariage de Mme Fatiha.

Les évènements marquants pour Mme Fatiha, dans ses familles d'origine et actuelle:

Dans sa famille d'origine, c'est l'immigration de son père depuis longtemps en France et le fait que son père vivait loin d'elle.et une mère morte. D'avoir alors vu « sa morts à sa porte » elle a des bonnes relations avec son unique frère.

Dans sa famille actuelle, Mme Fatiha a du mal à parler de sa famille actuelle, car maintenant elle vit dans sa famille d'origine (avec son frère).

L'apparition soudaine de cancer du sein chez elle, elle dit « j'étais vraiment effrayée le moment de la découverte de ma maladie. Le ressenti toujours présent de son ex-mari, et l'immigration de sa seule fille est particulièrement marquant, ainsi que la peur de son entourage vis-à-vis de sa maladie. Déjà pointe l'isolement familial et social.

Comment Mme Fatiha définit sa vie future:

Mme Fatiha n'a pas d'espoir dans sa vie future (« ça n'ira pas mieux dans le future »). Elle veut guérir de sa maladie, sa vie change, se réinsérer socialement, le rêve qu'elle a serait c'est d'avoir sa fille dans une famille heureuse stable et loin des conflits.

A-5-3- Informations quantitatives

Les informations quantitatives que nous avons est une évaluation de sa qualité de vie, sur quatre domaines, répartis en 26 questions du questionnaire WHOQOL :

A-5-3-1- Evolution des scores whoqol de Mme Fatiha :

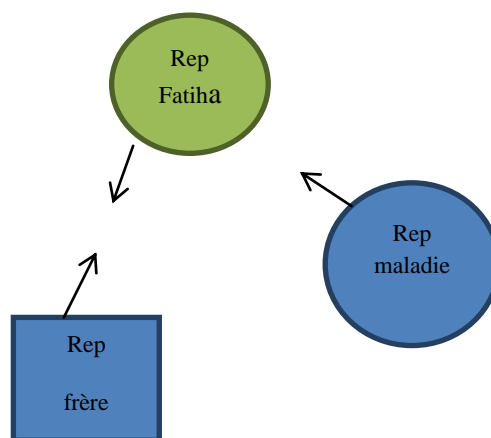
		Scores domaines en %				Evolution des scores entre avant et après la constellation			
		physique	psychologique	Relations sociales	Environnement	Physique	psychologique	Relations sociales	Environnement
Mme Fatiha	avant	43 %	30%	30%	53%				
	Post 2 mois	49 %	60%	75%	61%	6%	30%	45%	8%

Nous constatons que la perception qualité de vie augmente dans tous les domaines, avec une très bonne amélioration des relations sociales et une bonne amélioration sur les domaines psychiques.

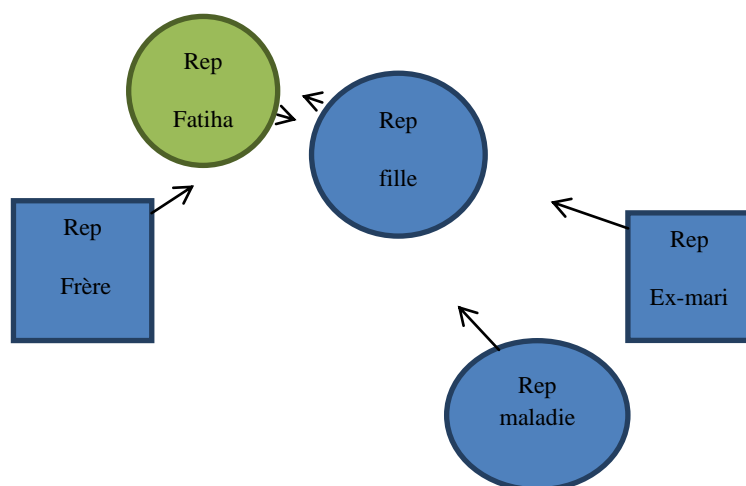
A-5-4-Eléments de la constellation

Nous présentons ici l'image de départ et l'image finale de la constellation de Mme Fatiha, ainsi que les représentants pris pour cette constellation de Mme Fatiha. Cela permet au lecteur d'avoir le contexte général. Nous présenterons les dynamiques de la constellation dans la section «Discussion» de ce chapitre.

Mme Fatiha –image de départ



Mme Fatiha –image finale



Les représentants choisis pour la constellation sont :

- Une représentante pour Mme Fatiha
- Une représentante pour sa fille.
- Un représentant pour son Ex-mari.
- Un représentant pour son frère.
- Une représentante pour sa maladie.

A-5-5-L'analyse globale de la constellation avec l'entretien:

- Etre malade.
- Le relationnel, qui se concentre sur la famille avant et pendant et après la constellation.
- L'amélioration des symptômes.

Le fait d'être malade, d'un cancer de sein, est arrivé soudainement : Mme Fatiha a découvert sa maladie par l'association des amis cancéreux qui ont passé par sa maison dans le but d'un dépistage précoce du cancer du sein.

Nous pouvons imaginer l'angoisse que cela a pu générer chez elle. Mme Fatiha attribue sa maladie à des causes inconnues.

Etre malade a également impliqué une prise de médicaments importante, prise que Mme Fatiha a décidé d'arrêter après le travail de constellation, arrêt que nous lui demandons de superviser par un médecin.

Le fait d'être malade a plusieurs conséquences, pour Mme Fatiha :

- Le fait de ne pas être soi ; être vraiment soi est un projet majeur pour elle.
- La mauvaise gestion de ses émotions, que nous traduisons par « rigidité émotionnelle », au vu des entretiens que nous avons eus avec elle.
- Une mauvaise hygiène de vie.
- L'état dépressif dans lequel elle est depuis qu'elle a tombé malade.

Mme Fatiha elle a également comme projet d'être vraiment elle, d'être vraiment heureuse, alors qu'aujourd'hui elle a l'impression de jouer à quelqu'un d'autre ; c'est une des conséquences de sa maladie. Pour elle, être vraiment elle se traduira par le fait de regarder sa maladie en face, c'est-à-dire de l'accepter. Mme Fatiha nous dit que cette acceptation est déjà là, mais sa réaction pendant la constellation nous fait dire que cette acceptation de la maladie, liée à l'acceptation de soi, s'élabore encore.

Elle a besoin d'un changement important, c'est-à-dire, pour elle, de regarder sa vie en face, ce qui lui permettra d'être vraiment elle. La maladie, selon elle, lui sert à ne pas regarder sa vie en face, et ne pas être vraiment elle. Nous avons une causalité circulaire entre la maladie et le fait d'être soi. Au moment de sa constellation, Mme Fatiha nous dit que ce changement lui permettra d'être mieux dans ses relations avec sa famille actuelle et avec son travail. Deux mois après la constellation, ce changement s'est réalisé au niveau du travail : elle est pleine d'énergie, le blocage s'est levé, même si elle a une peur normale de se lancer dans son activité. Elle attribue ce changement à travers le travail de constellation.

Le fait d'être malade se caractérise par une gêne extrême, gêne qui restera au même niveau Un mois après la constellation. Elle est atteinte physiquement : ses seins et le col de l'utérus la font souffrir, Elle est également atteinte psychologiquement : pour elle, sa maladie entraîne un état dépressif, dont les signes les plus forts sont une grande fatigue. L'état dépressif est

Conséquence de la maladie, et Mme Fatiha le considère comme un signe précurseur d'une rechute. Nous avons de nouveau, comme pour le fait d'être soi, une causalité circulaire entre la maladie et la dépression.

Dans la constellation, elle a retrouvé cet état dépressif, toujours accompagné d'une grande fatigue de plus, elle a eu de nouveau un dérèglement hormonal, autre signe précurseur d'une rechute. Cependant, les symptômes dépressifs disparaissent du jour au lendemain quand elle fait une constellation.

La peur de la rechute est présente chez Mme Fatiha, avant la constellation. Et un symptôme d'angoisse, se traduit par une difficulté à respirer, difficulté qu'elle avait quand elle était dépressive pendant la production de sa maladie. Nous faisons l'hypothèse que cette angoisse est liée à la peur de rechute ; cette peur a pu être aussi réactivée par le fait que son cancer se produit.

Le relationnel se concentre sur la famille avant et pendant la constellation. La sphère relationnelle familiale a plusieurs caractéristiques :

- Un déséquilibre homme / femme : il n'y a pas de relation avec la branche paternelle, dont est exclu le père après l'émigration en France ; Mme Fatiha a répondu par une exclusion de la branche paternelle à l'exclusion de son père par cette branche ; quand Mme Fatiha parle de sa famille, si nous ne lui posons pas explicitement de question sur la branche paternelle, elle parle de la branche maternelle (« la naissance de ma fille, seule petite fille. ». Ce déséquilibre se remarque également quand Mme Fatiha parle de son Ex-mari, il était en conflit avec elle, l'a fait souffrir longtemps, et est maintenant exclu (« il n'a pas participé à l'éducation de ma fille. »).
- Une protection de son frère : Mme Fatiha elle est prise en charge de sa maladie par son frère, il protège sa fille en habitant avec elle. Cette protection, ce soutien qu'on voit apparaître dans la constellation, à notre avis, liée à la demande de protection du clan familial, perçue comme présent (« j'ai toujours soutenu, nous sommes unis, soudé, un clan sur lequel je peux compter quoiqu'il arrive. »)
- Une proximité avec les autres femmes : elle est en lien fusionnel avec sa fille, elle sert de lien à ses deux voisines.

Cette sphère relationnelle familiale a un peu évolué après la constellation :

- Sa fille partie quand elle est mariée, le lien fusionnel il est donc atténué ; Mme Fatiha semble touchée par cette perspective.
- Elle n'a pas vu son père depuis 15 ans, mais doit être maintenant soutenu par son frère (c'est arrivé après la constellation) : il œuvre ainsi à la protection du clan, mais cela la fatigue c'est comme si la protection de père, travaillée pendant la constellation, s'est déplacée vers la protection de frère.
- Elle renonce à explorer la branche paternelle, confirmation de l'hypothèse de l'exclusion de cette branche. La différence maintenant, c'est que Mme Fatiha exclue consciemment, et non plus inconsciemment cette branche paternelle.

Cette sphère relationnelle familiale, autour de son frère, semble être un axe de travail futur, pour libérer Mme Fatiha de la demande de soutien de son père. Cela se corrèle avec ce que

nous avons vu dans la constellation. Mme Fatiha émet d'ailleurs le souhait de faire une constellation prochainement sur sa branche maternelle.

L'effet est bénéfique en qualité de vie (l'amélioration dans le domaine des relations sociales du questionnaire WHOQOL entre avant et deux mois après la constellation). Mme Fatiha note d'ailleurs cela comme un effet direct de la constellation : en face de nous, elle arrive à lâcher prise sur le fait que cette nouvelle relation se passe bien ou pas ; et elle arrive aussi à initier la relation.

Après le travail de constellation Mme Fatiha elle a rencontré des amies perdues de vue depuis 6mois, relations renouvelées et durables, qui lui procurent beaucoup de plaisir.

Nous abordons maintenant la catégorie « amélioration des symptômes ». Le vécu de la maladie est meilleur deux mois après la constellation: Mme Fatiha note une amélioration générale de ses symptômes, amélioration qu'elle lie à la constellation.

Cette amélioration est corrélée avec les informations quantitatives récoltées (une amélioration sur le domaine psychique du WHOQOL); une prise de conscience de l'intrication entre les projets du domaine social et familiale, et une diminution de l'état dépressif, après une aggravation temporaire de ses symptômes d'un mois ; le dérèglement hormonal subsiste encore, dérèglement qu'elle met sur le compte de la constellation. L'angoisse due à la peur d'une rechute est plus présente, et elle a de l'énergie toute la journée, alors qu'elle avait avant des coups de fatigue.

Le travail sur la sphère émotionnelle, semble nécessaire pour obtenir un changement plus général et plus positif. Un espoir de construire une nouvelle famille avec plaisir, alors qu'avant c'était impossible.

A travers cette modélisation du vécu du client, nous voyons que le changement chez Mme Fatiha a été positif, à plusieurs niveaux:

- Au niveau des domaines psychiques : meilleure expression émotionnelle
- Au niveau des relations sociales
- Au niveau des symptômes de sa maladie

Mme Fatiha impute ce changement en grande partie au travail en constellation.

A-5-6-Dynamique de la constellation

Des évènements à plusieurs niveaux et des dynamiques associées apparaissent dans la constellation de Mme Fatiha, en liaison avec sa maladie:

- Le divorce de Mme Fatiha, l'évènement de trop comme le dira Mme Fatiha ; on notera la similitude avec ce que Mme Fatiha avait dit dans l'entretien avant la constellation) ; et le besoin pour le responsable de reconnaître la souffrance associée de Mme Fatiha, afin de la libérer d'une dynamique « je te suis dans la mort », et de se libérer lui-même de la fixation à cet évènement.

- Le besoin de reconnaissance d'évènements familiaux durs au niveau paternelle (exclusion du père), et son mari qui été exclu (le divorce avec son mari). Cette non-reconnaissance des exclus amenait vraisemblablement un mouvement « je te suis » ou « plutôt moi que toi ».

La présentation de son frère protège la présentation de Mme Fatiha il a soutenu, et également il se met entre elle et sa maladie.

- La présentation de la maladie s'en va quand il y a la représentation de la fille reconnaissance était partagée par amour par Mme Fatiha : sans cette reconnaissance (qui est une dynamique) la présentation de la maladie se sent forte, avec cette reconnaissance, elle peut alors s'éloigner.

Elle s'en va aussi quand le soutien de la présentation du frère de Mme Fatiha est assuré.

La maladie, dans la constellation, a pris plusieurs rôles : faire voir le travail à faire sur la branche paternelle, protéger la cliente du secret familiale, et surtout soutenir la cliente, contre la fatigue, L'état dépressif, le manque d'envie de vivre créé par son ex-mari, le manque de soutien.

Tenant compte sur l'étude de ce cas montre des effets de l'utilisation de la méthode des constellations à l'amélioration des maladies chroniques : l'amélioration a été positif à plusieurs niveaux, au niveau des relations sociales, du travail sur soi, des projets, et des symptômes de la maladie. La constellation a eu un effet miroir révélateur, elle se traduit par une réalisation des projets de vie qu'avait émis Mme Fatiha lors de notre deuxième entretien. Cette amélioration est due également à des caractéristiques spécifiques du client.

B- Synthèse et analyse générale des cas :

Les résultats obtenus en très peu de temps sont majoritairement très positifs en ce qui concerne l'efficacité et le champ d'action de la Constellation Familiale. Ceux-ci tendent à prouver que la Constellation Familiale est une méthode très efficace pour résoudre des problèmes de tous ordres à partir de clarifications des liens familiaux. En effet, toutes les hypothèses que nous put proposer sont validées par les données obtenues de l'échantillon.

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

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

Les intrications que nous avons vues dans la constellation sont complexes, à plusieurs niveaux. Dans deux cas sur les trois présentés, apparaît alors une dynamique « je te suis », confirmant les observations empiriques faites par Hellinger et Essl.

On peut déduire que mettre en place sa Constellation Familiale peut aider le patient à :

- Prendre sa place dans la vie ou avoir une idée plus précise de sa place au sein de sa famille, ce que nous avons vu dans le cas de Mme Fatiha. Et le cas de Mr Karim.
- Ne plus avoir l'impression qu'il porte une charge qui ne lui appartient pas ou ne plus éprouver de sentiments qui semblent n'avoir aucun rapport avec sa propre vie, le cas de Mr Lounis, et le cas aussi de Mr Rabah.
- Ne plus avoir le sentiment de ne pas être à la hauteur dans son rôle de parent ou l'impression que son enfant a trop tendance à s'occuper de lui, le cas de Mr Lounis.
- Ne plus avoir le sentiment de ne pas être elle-même ou ne plus avoir l'impression d'être occasionnellement dirigée par quelque chose d'extérieur, ce que nous avons vu dans le cas de Mme Fatiha.

Les évolutions à deux mois du vécu de chaque participant par rapport à sa maladie sont toujours sur plusieurs niveaux : relations sociales, travail sur soi, évolution des symptômes.

C'est là un des effets majeurs de l'utilisation de cette méthode des constellations ; cela confirme le travail systémique multidimensionnel à effectuer quand on travaille à l'évolution de maladies, quelles qu'elles soient, comme l'avait déjà souligné Onnis.

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

D'après les résultats obtenus dans ces (05) cinq cas, la qualité des liens de ces patients avec les membres de leurs familles s'améliore après la mise en place d'une Constellation. L'amélioration est d'autant plus significative pour les relations à la famille actuelle que pour la famille d'origine. On peut penser que cela est dû à la plus grande flexibilité du système actuel plus récent. De plus, une partie des membres de la famille d'origine des patients est décédée, il est donc plus difficile de constater une évolution de ce système dans la réalité.

Une amélioration extrême des symptômes est attribuée au travail en constellation sur quatre cas sur cinq, dans plusieurs domaines, tel que les relations sociales, psychologiques et environnementales, après souvent une dégradation temporaire des symptômes. La seule personne ne ressentant pas d'amélioration présente une rigidité émotionnelle ; cela semble être un facteur empêchant un effet positif de l'utilisation de la méthode des constellations. D'autres facteurs tels que l'absence de capacité de symbolisation, et l'absence d'adhésion à la méthode thérapeutique semblent également empêcher une évolution positive, comme dans le cas de Mme Salima.

Nous ajouterions également une analyse de l'adhésion à la méthode thérapeutique, des mécanismes de défense, de la rigidité émotionnelle, de la capacité de symbolisation du patient, et de la transposition du rôle inconscient de la maladie dans des domaines de vie autres que ceux de la santé.

C- Discussion

Dans cette partie de discussion nous présentons notre réflexion sur l'efficacité de la méthode des constellations dans les cinq cas étudiés sur les trois hypothèses posées.

C-1-Réflexion sur l'efficacité de la méthode des constellations

C-1-2-Hypothèses de recherche

L'hypothèse 1 nous semble confirmée: la méthode des constellations améliore l'effet d'évolution de maladies chroniques.

Si nous reprenons le modèle de Hannah et Ritchie sur les habiletés du client au changement :

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

Nous ne constatons que ces cinq cas bénéficient de toutes les habiletés, on le voit dans la première habileté -sentiment qu'un changement est nécessaire- qui est apparue dans tous ces cas, dans l'amélioration des domaines des relations sociales, Nous noterons aussi particulièrement le point de la prise de conscience dans les cinq cas étudiés, qui rappelle un des résultats de la recherche de GertHöppner sur l'efficacité des constellations : des améliorations de l'état du client interviennent dès que sa situation familiale est représentée dans la constellation.

L'hypothèse 2 : Le changement induit par la constellation va permettre une transformation du vécu du client de sa maladie, et, plus largement, des modifications de ses relations avec son système familial et social.

Confirmée dans quatre cas sur cinq; les mécanismes de défense sont trop importants dans le cas de Mr. Lounispour que la constellation induise un changement. Elle est partiellement confirmée dans le cas de Mme Salimasur le plan de percevoir et de prendre conscience des changements nécessaires, et La prise de conscience du blocage est suivie d'un changement au niveau de la perception des symptômes de sa maladie, et son système social La prise de conscience semble être le pivot de la transformation MmeSalimaà un progrès significatif.

L'hypothèse 3: La prise de conscience des dynamiques familiales dans lesquelles la maladie intervient est un facteur d'amélioration du client.

Est partiellement confirmée, car la prise de conscience des dynamiques familiales liées à la maladie est partielle, la prise de conscience est inexistante dans les cinq cas. L'état des patientes, au lieu de s'améliorer, se dégrade temporairement, jusqu'à la prise de conscience du lien entre maladie et histoire familiale.

Conclusion générale

Conclusion

Ce mémoire constitue le premier essai académique à ce sujet en langue française. Il fallait donc se garder de devenir trop spécifique pour ne pas négliger le devoir d'introduire à la matière. La méthode d'étude de cas semblait un bon outil pour donner une idée globale de l'intérêt clinique et présenter quelques énoncés théoriques sous-jacents.

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

Une constellation est une sorte de « méditation collective » qui donne accès à une intelligence (collective), à un savoir implicite, à une connaissance « intuitive » en se référant à Eric Berne. La force de vie émerge du silence, du calme et contient le potentiel pour un changement positif sur le plan personnel, relationnel et sociétal.

L'essentiel devient perceptible grâce à la **sensibilité**, qui d'une certaine manière permet de « **Laisser parler le corps pour donner du corps à la parole** ».

Les effets des éléments du système deviennent visibles et montrent leur dynamique d'interaction dans une situation actuelle. De cette manière il devient possible d'utiliser la dynamique du conflit pour trouver des perspectives et solutions nouvelles. C'est un processus exigeant, particulièrement par la nécessité d'arriver à « relier » la préoccupation du client à des réponses qui se situent à un niveau de résolution potentiel profondément implicite.

On pourrait dire que la thérapie des constellations familiales constitue la variante énergéto-quantique du précepte « Aime même tes ennemis ». En termes simples, elle ne semble pas différer de toutes ses semblables qui visent à aider les patients à voir leurs problèmes d'une façon qui les aidera à les traiter efficacement. On amène le patient à accepter la validité de certaines notions métaphysiques, en lui disant qu'elles ont un effet positif sur lui.

Les croyances ont un effet sur le comportement et les sentiments, et la thérapie qui amène un changement dans la façon de penser du client peut très bien modifier son comportement, du moins dans certains cas, même si le traitement encourage le client à croire des mythes, des illusions ou des idées délirantes. Il s'agit simplement d'aider le patient à éprouver moins

Conclusion générale

d'angoisse et de vivre mieux en société. Une bonne partie de ce genre de traitements repose en fin de compte sur la validation subjective.

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

Nous émettons le souhait que notre recherche elle sera prise en considération par d'autre chercheur qui vont effectues des études sur différentes problématiques de la famille.

La liste bibliographique :

Ouvrages

1-Ancelin-Schutzenberger, A. (2007), Psychogénéalogie, guérir les blessures familiales et se retrouver soi, Paris, Payot, pp 11, 24, 25

2-Anger. M, (1997), « Initiation à la méthodologie des sciences humaines », Québec, C.E.C in C.

3- Hellinger, B. (2006), La Constellation familiale, psychothérapie et cure d'âme, édition Dervy.

4-Bertold, U. (2005), Manuel des constellations familiales, introduction à la pratique de la thérapie systémique de Bert Hellinger, éditions Jouvence.

5-Cook-Darzens, S. (2002), Thérapie familiale de l'adolescent anorexique, Paris, Dunod, pp 10-11, 51-53

6-Elkaim, M. (sous la direction de) (2007), Comprendre et traiter la souffrance psychique, Seuil, pp 388, 391

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

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

9-Lavarde. A.M, (2008), « Guide Méthodologique de la Recherche en Psychologie »

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

11-Potschka-Lang, C., Engel, M. (2006), Constellations systémiques, pratiques et perspectives, Gap, Le Souffle d'Or, pp 21-40, 59-69, 87, 273 -287

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

13-Trombini, G. & Baldoni, F. (2005), Psychosomatique, In Press, Paris, pp 13-16, 23-87, 110-130, 133, 138, 142, 145, 148, 149, 219, 223

Dictionnaires

1- Miermont J. et al (1987) : Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Paris : Payot.

2-Ybert, E., Juvain, Y., Roux, P., (2001), Petit dictionnaire Larousse de la médecine, 2ème édition, Paris, Larousse Bordas, 2001, pp 559, 895

Thèses

1-Duriez, N. (2007), Vers une théorisation du changement en thérapie systémique familiale, thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologique, Université Paris Descartes, Ecole doctorale 26.

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

Articles téléchargés de l'internet

1-Gunthard,W . (2006), publication du projet « SISC », consulté le 15/02/2015, in site internet www.arte-systemica.com/-Recherche-.html

2-Fonagy, (2000), traduit par Thurin J.M., Sous l'égide de l'IPA (2000), Une revue ouverte des études de résultat en psychanalyse, consulté le 20/03/2015 à 18h30, in site internet <http://psydocfr.broca.inserm.fr/Recherche/Psychanalyse/OpendoorSectD.html>

3-Hellinger, B. (1995) : Constellations familiales avec des malades. Cours pour des malades, leurs thérapeutes et médecins enregistré en vidéo (Sur youtube, deux heures). Heidelberg : Carl-Auer Verlag, consulté le 02/04/2015 à 11h00

4- Hellinger, B. (1996) : Bert Hellinger travaille avec des cancéreux. Cours pour des malades, leurs familles, et leurs thérapeutes et médecins enregistré en vidéo (Sur youtube : une heure et demi). Heidelberg : Carl-Auer Verlag, consulté le 02/04/2015 à 13h00

5-Thurin, J.M. (2005), pour l'évaluation des pratiques thérapeutiques, Recherches centrées sur le patient, évolution intra-sujet, consulté le 14/04/2015 à 22h15, in site internet <http://www.techniquespsychotherapiques.org/Documentation/ArticlesAccesLibre/articlesJMT>

6-Vannotti, M. & Gennart, M. (2006), la phénoménologie : son intérêt dans une conception systémique de l'homme malade, Centre de recherche familiale et systémique, cours en ligne, consulté le 21/04/2015 à 00h30, <http://www.cerfasy.ch/cours.php>

7-Vannotti, M. & Gennart, M. (2006), Serious disease and the family. A sick body, a person who suffers, a family distressed. Médecine face to face with a complex reality, Centre de recherche familiale et systémique, cours en ligne, consulté le 22/04/2015 à 00h50, <http://www.cerfasy.ch/cours.php>

Les sites internet consultés

1-<http://www.constellationsfamiliales.net/>

2-[http : //www.constellations-lahore.com](http://www.constellations-lahore.com)

Annexes

Annexe:

Annexe 1

Le guide d'entretien pré- constellation: comporte cinq axes

Axe1 : les données personnelles :

Age :

Sexe : Homme Femme

Situation matrimoniale : qui appartient au mariage

Profession :

Son niveau d'étude :

Localité : rurale : semi rural urbain : semi urbain :

Nombre d'enfant :

Sa position dans la famille:

Situation familiale: Célibataire Marié(e) Divorcé(e) veuf/veuve

Sa religion :

Date d'admission à l'association :

AXE 2 : la maladie et la perception du Malade

- 1- Que représente pour vous le fait d'avoir une Maladie chronique ?
- 2- Quelles étaient vos réactions vis à vis cette Maladie ?
- 3- Comment s'est déroulée cette période ?
- 4- Pouvez-vous nous parler de votre relation familiale durant cette période?
- 5- Comment vous imaginez votre place avec la famille à cette période-là ?

AXE 3 : la relation de la famille avec le malade:

- 1- Pouvez-vous nous parler de la façon dont vous avez pris connaissance de votre maladie a votre famille?
- 2-Comment ils ont réagi à ce moment-là ?
- 3-Qu'avez-vous ressenti ?
- 4-Que vous a-ton dit ? (par exemple : qui il faudrait consulter, un Spécialiste, un psychologue, qu'il ne fallait pas s'inquiéter, qu'il ne faut plus rien espérer,...)

Annexes

- 5- Quelle est leurs sentiments suite à cette découverte ?
- 6-Quelle est la réaction de votre (époux, épouse) suite à cette découverte ?
- 7- Quelle(s) information(s) et quelle orientation(s) vous a-ton donnée (s) ?
- 8-Qu'est-ce que disent les gens sur votre maladie (la famille, les amis,...) ?
- 9-Comment le regardent-ils ? Est-ce une situation dérangeante pour vous ?
- 10-Avez-vous une idée de la façon dont les autres malades vivent leur difficulté ?

Axe4 : le parcours du malade et les perceptions subjectives de la famille:

- 1-Quelle sont les changements les plus importantes dans votre vie familiale ?
 - A-Comment décrivez-vous ce changement ?
 - B-Comment avez-vous vécu ce changement ?
 - C-Etes-vous satisfait de ces changements ?
- 2-Est-ce que votre famille a rencontré des difficultés durant cette période?
 - A-Est-ce que ces difficultés ont été résolues ? Si oui comment ?
- 3-Comment vous vous organisez pour assurer au quotidien le suivi de votre santé ?
- 4-Quel est le rôle de votre conjoint ?
- 5-A ce moment-là, quelles sont les aides et les orientations dont vous avez pu bénéficier ?

AXE4 : le regard vers l'avenir :

- 1Comment envisagez-vous l'avenir de votre santé à l'égard de votre famille ?
- 2-Comment voyez-vous votre avenir avec une maladie chronique ?
- 3-Souhaitez-vous nous aborder d'autres questions soulevées dans cet entretien ?

Ce guide d'entretien se résume en trois questions:

- 1- Sa place et sa relation avec sa famille origine et actuelle.
- 2- Les événements importants dans sa famille origine et actuelle.
- 3- Sa vision future.

Annexes

Annexe 2

L'échelle WHOQOL-BREF (mesure la qualité de vie chez les malades atteints d'une maladie chronique).

Dans le cadre d'une étude universitaire portant sur l'utilisation de la technique de constellation familiale à l'amélioration du symptôme de la maladie chronique chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, nous souhaitons avoir votre contribution et votre aide.

Pour nous aider à bien mener cette étude, veuillez répondre aux items ci-après et remplir la grille ci-joint.

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui décrit à chaque item.

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	Très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie?					

	Très insatisfait(e)	insatisfait(e)	Ni satisfait(e) Ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?					

Annexes

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?					
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?					
5 Aimez-vous votre vie ?					
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?					
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?					
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?					
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?					
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?					
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?					
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?					
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?					
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?					

	Très difficilement	difficilement	Assez facilement	facilement	Très facilement
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?					

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	Très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?					
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?					

Annexes

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?					
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?					
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?					
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?					
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?					
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?					
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?					
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?					

	jamais très	parfois	assez souvent	assez souvent	tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?					

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation.

Annexes

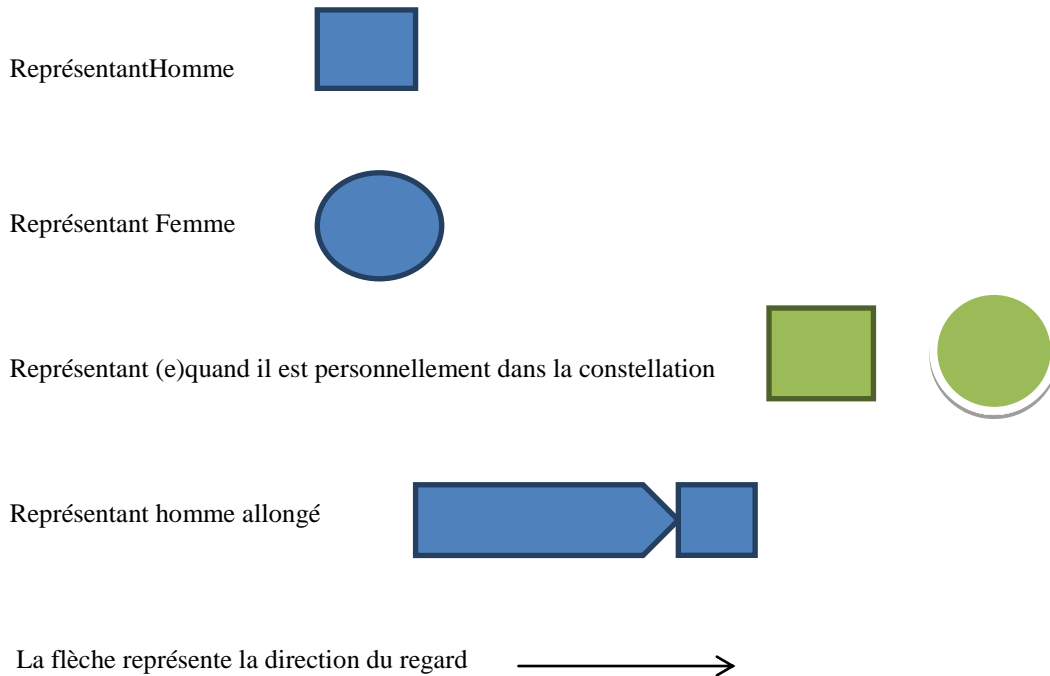
Annexe 3

Légende de transcription de la constellation

Elément de la constellation:

La mise en scène de la constellation est représentée dans la transcription de la constellation. A chaque fois qu'un des représentants bouge notablement, ou qu'un nouveau représentant est introduit, un nouveau dessin de la mise en scène est fait. Les dessins donnent une image de la place des représentants.

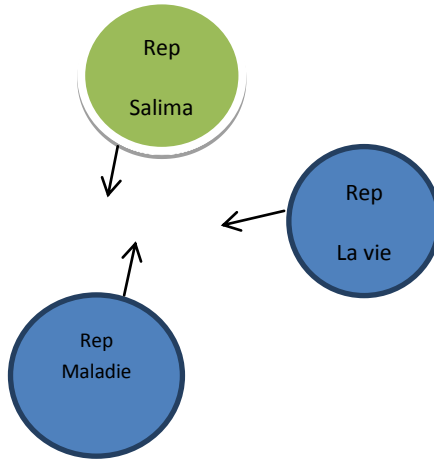
Les représentants sont représentés par des symboles bleus, le client par un symbole jaune quand il est personnellement dans la constellation



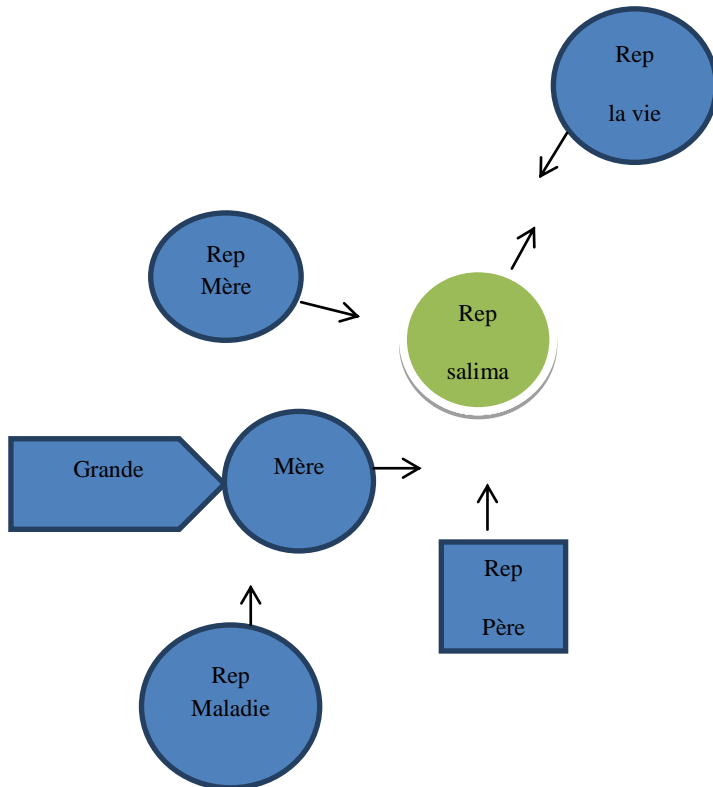
Annexes

Voici en exemple l'image de départ et l'image de fin de la constellation de Mme Salima, telles que retranscrites dans la constellation de Mme Salima:

Mme Salima –image de départ



Mme Salima –Image finale



Annexes

Annexe 4

L'entretien post- Constellation: comporte 3 axes

Axe1: les changements induit (place et la relation) dans la famille d'origine et actuelle:

- 1- Comment vous voyez ce travail de constellation sur vos relations ?
- 2- Il Ya-t-il un effet sur vous ?
- 3- Que ce il a changé chez vous et chez votre famille?
- 4- Comme vous définit vos relation avec la famille d'origine/ actuelle depuis ta constellation ?
- 5- Il y-t-il des changements dans votre place depuis votre constellation ?
- 6- D'après vous, vous induit ses changements à la constellation ?

Axe2 : les changements induits dans le ressenti et la perception et des évènements passé

- 1- Comment vous définit vos évènements passe aprèsle travail de constellation ?
- 2- Il y-t-il un changement ? si oui sur quel plan ?
- 3- Le changement induit, vous le classe à quel point ?
- 4- Vous constate que ce changement renvoi au travail de constellation ?
- 5- Il y-t-il une prise de conscience de vos évènements depuis la constellation ?
- 6- Quel sont les souvenirs de vos évènements après ce travail de constellation?

Axe3: les changements induits dans la vision future:

- 1- Comment vous voyez votre vie future aprèsvotre constellation?
- 2- Si il y-t-il un changement ? c'est à quel degré vous les classe?
- 3- Il y-t-il une différence entre vos rêves avant et après le travail de constellation?