

**Aux confins de la systémique:
un entretien avec Harlene Anderson.
Les points forts d'une approche collaborative.**
(Kuenzli-Monard, F. & Kuenzli, A.)

Cette interview a été réalisée au mois de février 1999 avec Harlene Anderson¹ au Houston Galveston Institute (Houston, Texas). Harlene Anderson est aujourd'hui reconnue internationalement pour son travail dans les approches postmodernes et la contribution qu'elle a apportée au monde thérapeutique. Avec le regretté Harry Goolishian, ils sont les fondateurs de l'approche collaborative. Harlene Anderson travaille activement au Houston Galveston Institute, dont elle a été à la tête durant de nombreuses années². Elle y forme toujours des thérapeutes venus des quatre coins du monde et maintient un intérêt constant pour la recherche appliquée.

Le Houston Galveston Institute est un institut de formation et de consultations thérapeutiques. Il a gardé son ancien nom pour ne pas être confondu, mais il est situé dans une magnifique maison victorienne au coeur de Houston, Texas. Le Houston Galveston Institute reçoit surtout des populations réputées difficiles. L'institut a un mandat de travail important avec les services de protection de la jeunesse (situations de maltraitance, d'abus, de négligence...). Les thérapeutes du Houston Galveston Institute travaillent, dans l'approche collaborative, avec des clients qui n'ont aucune envie de venir consulter et qui y sont forcés par le système juridique ou social. L'alternative étant que la garde de leurs enfants pourrait, le cas échéant leur être retirée. Cette parenthèse nous semblait importante pour montrer avec quel type de population cette approche thérapeutique est appliquée.

Harlene, pourrais-tu en quelques mots retracer pour les lecteurs de "Thérapie Familiale" l'histoire de la thérapie collaborative³ ? Comment en es-tu arrivé jusque ici?

Ma première entrée en matière avec la thérapie de famille remonte aux années 70. A cette époque, j'ai rencontré un petit groupe de professionnels qui commençaient à se faire connaître sous le nom du *Galveston Group*⁴. Je suis ainsi entrée au Département de Psychiatrie de l' Ecole de médecine où se développait le *Galveston Group*. La personne la plus marquante du *Galveston Group* était incontestablement Harry Goolishian. Il était plus jeune que je ne le suis maintenant et avait déjà accompli dans sa carrière plus que la plupart d'entre nous n'oserait en rêver dans leur vie entière. Un peu plus tard, j'ai rencontré Georges Pulliam, un homme humble et d'une sagesse évidente. A cette époque, Georges venait de rejoindre la Faculté de Psychiatrie pour apprendre à aborder les problèmes par de multiples

¹ Cette interview a été réalisée par Fabienne Kuenzli-Monard (Dipl. Psych. Psychothérapeute FSP, M.A.) et André Kuenzli (Dipl. Psych. Psychothérapeute FSP, M.A.) au cours d'une année passée à travailler en tant que psychothérapeute au Houston Galveston Institute. Il poursuivent actuellement leur travail à Los Angeles, Californie.

² C'est Susan Levin qui est aujourd'hui directrice du Houston Galveston Institute.

³ *Collaborative Language System* ou *Collaborative approach* est aussi traduit en français par système collaborant dans le langage (traduction de C. van der Borgh et E. Goldbeter, in Cahiers critiques de la thérapie familiale et pratique de réseaux. Constructivisme et constructionisme social: Aux limites de la systémique, no 19, 1997/2).

⁴ Galveston est une presqu'île du Golfe du Mexique située au sud de Houston.

perspectives. Je fus immédiatement transportée par leur enthousiasme pour la thérapie de famille. Aujourd'hui, quand j'y pense, je réalise à quel point j'ai eu de la chance. J'avais mis le pied, par pur hasard, dans l'un des instituts pionniers de la thérapie de famille. A cette époque, le *Galveston Group* était basé sur les idées de la *Multiple Impact Therapy* (MIT) ou thérapie multifocale⁵, qui a connu son développement vers la fin des années 50. La MIT était surtout utilisé avec des situations cliniques difficiles (psychoses ou délinquance), mais aussi comme un modèle pour l'enseignement et la formation. Le *Galveston Group* incluait déjà dans leur pratiques, (comme le font les approches de la thérapie familiale aujourd'hui) l'utilisation du miroir sans tain, le travail d'équipes, ainsi que l'utilisation de consultants. Au point de vue théorique, les idées qui ont influencé le *Galveston Group* étaient celle des travaux de Bateson et Jackson, ainsi que les premiers travaux de Salvador Minuchin.

Harlene, Pourrais-tu nous en dire un peu plus sur le Multiple Impact Therapy, comment est né ce groupe, quelle est son histoire? Y a-t-il des concepts clés qui ont influencé tes idées?

Le MIT s'est développé à la fin des années 50. C'était un groupe interdisciplinaire qui a développé une approche spécifique de la famille. Le traitement se voulait avant tout bref. Il était mené sur une période de 2 à 3 jours. Le but était d'aider une famille confrontée à la crise de leur adolescent à passer le cap. L'idée originale du MIT était d'inclure dans le traitement toute personne considérée comme importante dans le déroulement de la thérapie (un membre du système familial élargi, un ami, un professionnel). Compte tenu de l'étendue du Texas, les membres de l'équipe roulaient parfois plusieurs heures pour se rendre à Galveston. L'accent était mis sur la capacité qu'à la famille de se réhabiliter par eux-mêmes⁶. Le MIT est basé sur l'idée que si la famille devient partenaire en thérapie, il y a plus d'énergie déployée pour résoudre cette tâche. Le MIT commençait par une réunion où chaque participant était invité à donner sa définition du problème et sa perspective de la situation. Comme je le vois maintenant, cette idée était à l'origine de "chaque conversation informe la suivante". Le but de ces trois jours était, *a priori*, de réunir toutes ces personnes, pour obtenir les informations les plus pertinentes possible, sur le patient pour générer le meilleur diagnostic et la meilleure indication, pour avoir le meilleur plan de traitement (et par voie de conséquence le plus efficace). Ce qui finit par arriver, c'est que dans beaucoup de situations, **ces trois jours furent le processus thérapeutique**. Après ce traitement intensif, les familles et les adolescents ne semblaient, pour la plupart, plus avoir besoin de thérapie. Ces trois jours furent transformants pour la plupart des participants à ce projet adolescents et leurs familles qui ont participé à ce projet.

Comme d'ailleurs tant d'autres projets de la thérapie de famille, le MIT a jaillit d'une pratique essentiellement clinique. Les explications théoriques vinrent *a posteriori*, lorsque le groupe tenta de comprendre et d'expliquer la nature de leur travail. Pour les pionniers de la thérapie de famille, les seules théories disponibles pour comprendre et décrire les familles

⁵ Nous nous permettons d'emprunter la traduction de Mony Elkaïm dans Résonance no 9 p.37.

⁶ Ndlr. En anglais: *Family Self-rehabilitative process*.

étaient le langage et les concepts psychanalytiques. Dans l'approche du MIT, je peux voir la trace des graines qui ont fait éclore mon travail d'aujourd'hui, nommément:

- Une approche non-pathologique en équipe, où l'équipe est un concept plus large que le nombre des professionnels de différentes disciplines.
- Elle met en valeur la capacité intrinsèque qu'ont les humains à fonctionner, en gardant l'idée que la créativité et l'ingéniosité des humains est sans limite.
- Le rôle de l'équipe est vue comme mobilisateur des ressources, plutôt que comme la source des ressources. (Le client est l'expert).
- L'équipe croit en l'importance de la réflexion sur elle-même et le changement de chaque personne faisant partie du système thérapeutique. L'équipe apprend ensemble **avec** la famille.
- L'équipe attache de l'importance à la diversité des voix. Il est utile de comprendre un point de vue différent, plutôt que de le condamner.
- L'importance est mise sur l'individu **et** son système relationnel.

Quand nous avons créé le *Galveston Family Institute* en 1978, nous avons hérités de ces valeurs, par exemple cet engagement dans le processus d'apprentissage et une réflexion sur notre propre pratique. Nous avons toujours eu des étudiants ce qui nous a forcé à expliquer et à décrire notre travail.

Même si nous nous définissions comme thérapeute de famille, nous avons commencé à penser que le **langage d'une famille** n'existait pas en tant que tel. Comme nous essayions attentivement d'apprendre leur langage, nous réalisons que nous parlions intensément avec chaque membre de la famille, plus ou moins chacun à son tour, et nous attachions une grande importance à leurs mots, leurs significations. Peu à peu, les autres membres de la famille commencèrent eux aussi à écouter différemment de manière "non-défensive". Ils disaient par exemple: "je n'avais jamais entendu cela avant". Comme si, tout à coup, ils entendaient la même histoire différemment. Les membres de la famille interrompaient moins. Les thérapeutes n'avaient plus la pression constante de travailler si dur et de venir avec des interventions "sur mesure". La thérapie se transforme en un processus mutuel d'histoires racontées, un processus où les participants à la thérapie mettent au point, transforment ajoutent, rééditent les histoires. Ces différentes voix mises ensemble créent une nouvelle histoire.

Ces différents langages nous ont amenés à nous intéresser au langage de différents points de vue. Nous avons étudiés les idées d' Humberto Maturana et Francisco Varela (Maturana 1978, Maturana et Varela 1980) et leurs concepts de communication et de langage en tant que comportement coordonnés dans les domaines linguistiques. Plus tard, nous nous sommes intéressés aux perspectives herméneutiques (Gadamer, 1975, Rorty 1979, Harre 1986,) principalement sur l'émergence de la signification dans le langage et la multiplicité des significations. Simultanément, nous avons aussi étudié la notions des systèmes changeants, de hasard et d'ordre dans le chaos (Prigogine et Stengers 1978, 1984). Nous nous sommes aussi intéressés aux narrations même hors du contexte purement thérapeutique (Braten, 1986, Bruner 1990, Polkinghorne 1983, Geertz 1983) . Les socio-constructionnistes

Kenneth Gergen et John Shotter ont aussi influencé notre travail (Shotter 1991, Shotter et Gergen 1989).

Et les thérapies conversationnelles, comment en définirais-tu les prémices?

Ces thérapies sont basées sur les philosophies postmodernes et en particulier sur les idées socio-constructionnistes et l'herméneutique contemporaine. Comme je les vois, ce sont des philosophies qui invitent une critique ou une réflexion continue des aspects sociaux, culturels et historiques de nos vies. Les sujets de prédilection sont les notions de langage et connaissance. La connaissance et le langage sont vu comme relationnels et génératifs. Ce qui relie ces différentes approches c'est les notions de relationnel, dialogique ainsi que la nature génératrice du langage. En bref, cela signifie que les narratives et les vérités sur les êtres humains sont construits socialement et donc relationnels. La connaissance est construite dans le langage. Le langage prend du sens à travers sa propre utilisation. Une multiplicité de descriptions, d'explications et de compréhensions d'un même phénomène sont attendus.

Les perspectives postmodernes informent des thérapies où l'humain est vu comme un système générant du langage et du sens et s'unit à d'autres autour d'une pertinence qui les a amenés ensemble. Le partenariat d'un système thérapeutique est mutuel, il est intrinsèquement défini par les participants. Ce partenariat est fluide comme l'est chaque conversation thérapeutique, et chaque conversation à propos de la thérapie détermine les participants aux futures conversations.

Ces perspectives informent une thérapie basée sur un processus dialogique d'une recherche partagée ou collaborative, invitant une co-exploration du connu et du familier (souvent appelé problème) ainsi que le co-développement de l'inconnu et des nouvelles possibilités (habituellement référées à la **dissolution** du problème ou à la solution). Par dialogique, j'entends que la conversation est active, fluide, participative. C'est un processus d'aller et retour où chaque participant à la conversation parle **avec** chacun plutôt qu'à chacun. Ces perspectives informent une thérapie où la relation client-thérapeute est plus mutuelle et moins hiérarchique. La manière dont je pense cette relation est celle d'un partenariat conversationnel qui compte sur l'expertise les ressources et la contribution de tous les participants.

En terme de la position du thérapeute, je pense souvent à comment me positionner, de telle façon que je respecte les expériences de vie ainsi que l'expertise de chaque participant à la conversation. Mon expertise est de faciliter et de créer un certain type conversation ou de système relationnel. J'aime transmettre par mon attitude ou par le ton de ma voix une position qui invite l'autre dans "un type de conversation, où les gens ont l'impression de faire partie."⁷ je cite ici John Shotter.

Pourrai-tu aussi, Harlene nous dire en quelques mots ce que tu définis comme langage. Il semble que ce terme est souvent compris dans un sens restrictif?

⁷ Ndlr. en anglais: *a conversation where people feel they belong.*

Le langage est pour moi n'importe quel canal par lequel nous communiquons avec nous-même et avec les autres. Cela peut inclure le langage oral, l'écrit, les signes, les symboles, les gestes, les mouvements. Le langage englobe tout cela. Une chose qui est pour moi importante c'est le risque de faire des interprétations un peu trop rapides (ou même des interprétations tout court) sur ce type de langage que l'on appelle souvent "non-verbal". Ce que j'essaie dans mon travail est de faire en sorte que mes collègues n'assument pas qu'ils savent ce que signifie tel ou tel comportement, mais plutôt qu'il gardent une position ouverte. Eviter d'interpréter les comportements des autres à partir de ma propre carte, mais plutôt le faire de manière interactive, dans un processus avec l'autre. Ne pas assumer le sens qu'à un geste, une position, un mouvement, est à mon sens très important. Par exemple, si j'avais une question ou une idée sur une observation que j'ai faite en séance ma préférence serait au lieu de la souligner de demander au client qu'est-ce que ce geste (attitude) signifie pour lui, de contrôler le sens de ce langage avec le client, plutôt que d'assumer que mes présupposés sont justes.

Comment définirais-tu le changement en thérapie? Comment penses-tu que le changement se manifeste en thérapie? Quelle est, de ton point de vue, la responsabilité du thérapeute dans le changement?

C'est certainement une des questions les plus importantes, mais aussi une des plus difficiles à traiter. La première chose à laquelle je pense est comment les thérapeutes pensent au changement. Dans la plupart des approches théoriques, vous trouverez comme réponse à cette question l'idée qu'un changement plutôt dramatique devrait se produire en thérapie et aussi l'idée fréquente que le thérapeute change le client. Une des choses que disait Harry quand je l'ai rencontré c'est: "la seule personne que vous pouvez changer c'est vous-même". Je ne pense pas que le thérapeute soit un agent du changement ou une personne qui change d'autres personnes. Le thérapeute est avec le client engagé dans un processus de co-transformation.

Récemment dans mon travail, j'ai fait référence au concept de **transformation**. Je préfère ce terme à celui de changement. Il a une connotation plus fluide et continue plutôt que les présupposés linéaires qui vont souvent avec la notion de changement. D'ailleurs, quand je parle oralement de mon travail comme je le fais avec vous maintenant ou quand je le fais à travers mes publications, j'essaie d'utiliser un mot différent pour articuler au mieux la singularité de mon travail.

Quand sais-tu quand la transformation a lieu, Harlene? Comment sais-tu quand une transformation est entrain de se produire?

Bon, je vous répondrais de deux manières, d'abord ma propre transformation car je pense que le thérapeute est constamment modifié par les rencontres qu'il fait avec les clients. Souvent nous (thérapeutes) pensons que le changement ou la transformation se produit dans la séance. Je ne partage pas cette position. En fait je pense que la plupart des transformations des clients sont un continuum ou un développement de la conversation thérapeutique.

Modestement, j'aime penser à mon travail et essayer de parler avec mes clients comme disait Tom Andersen "d'une manière dont ils n'ont jamais parlés ensemble ou avec eux-mêmes auparavant". Je ne pense pas non plus que seuls les thérapeutes ont le monopole de pouvoir déterminer si oui ou non, il y a changement. Souvent pour les clients, les changements ou transformations peuvent être différents de l'idée que s'en font les thérapeutes.

Harlene, que penses-tu de l'effet de la thérapie sur la vie des clients ? Quel est, à ton avis, l'impact d'une thérapie sur la vie des clients?

Je me réfère souvent à l'idée qu'une conversation mène à une autre conversation (conversations génératrices). En thérapie, je conçois les conversations comme des invitations, comme des tremplins, des brèches pour d'autres types de conversation **hors de la séance**. Ces conversations peuvent être intérieures (ou des conversations silencieuses) ou avec d'autres personnes (à haute voix). Quand je revois le client, je n'assume jamais qu'il devrait y avoir un continuum avec la conversation précédente. Je pense que la transformation se produit dans un dialogue. Il est important pour le thérapeute de trouver un moyen pour que le client et le thérapeute puisse parler de façon à ce qu'il soit créé une opportunité pour quelque chose de différent. Comme je le dis souvent, il est important que les gens parlent du familier de manière nouvelle. Les gens attachent un sens différent aux conversations qui les libèrent, qui leur permettent d'avoir une nouvelle idée, qui leur permettent de faire des actions différentes, qui leur permettent d'avoir des sentiments différents, qui leur permettent d'avoir le sentiment d'être leur propre agent⁸.

Harlene, tu es à de nombreux points de vue une pionnière, une avant-gardiste dans le domaine thérapeutique, quels sont tes projets, tes rêves pour l'avenir?

Je pense que je suis et serais pour un temps au milieu d'une phase d'approfondissement et d'épanouissement de mes idées. Je continue d'explorer comment les prémices postmodernes peuvent nous aider à approfondir et élargir le rang du possible. Ce qui m'intéresse est d'étendre le registre du possible, d'approcher et de comprendre notre travail avec des systèmes humains, au delà du système psychothérapeutique. Mon intérêt s'étend aux organisations de travail (contexte et processus) et aux systèmes d'éducation.

Je suis aussi très intéressée par le continuel défi que représente l'évolution de notre tradition de thérapeutes⁹:

Comment la thérapie peut être plus proche de la vie de tous les jours?

Comment les thérapeutes peuvent-ils se démarquer et dépasser les traditions thérapeutiques qui minimisent les possibilités?

Comment combiner professionnalisme et humanisme?

Comment les thérapeutes peuvent-ils intégrer la recherche dans leur pratique quotidienne?

⁸ Ndlr. en anglais *self-agency* .

⁹ Pour plus de développements, le lecteur peut s'en référer au texte original en anglais (Anderson, 1999).

Bien sûr, je m' intéresse toujours autant aux *feedback* et aux défis lancés par mes collègues pour savoir comment articuler et transmettre au mieux mes idées et l' expérience que j' ai de la thérapie.

J'aimerais vous remercier, Fabienne et André, pour l'intérêt que vous portez à mon travail. J'ai vraiment apprécié l' opportunité de discuter avec vous mon travail et mes idées. J'apprécie votre généreuse participation à cet entretien pour que je puisse partager mes idées avec d'autres collègues.

Chère Harlene, c'est à nous de te remercier pour la fabuleuse opportunité d'avoir pu travailler à tes côtés et apprendre plus sur ce métier fascinant. Nous nous réjouissons de suivre l'évolution de tes idées durant le nouveau millénaire. Nous aimerions encore te remercier d'avoir échangé tes idées avec les lecteurs de Thérapie Familiale.