

THERAPIE FAMILIALE Vol. 1 - 1980 - No 2

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. COLLOMB : Pour une psychiatrie sociale	99
2. BRODEUR : Peut-on éviter de passer par l'inconscient ?	109
3. MUCCHIELLI : La dislocation de la famille dans le monde occidental d'aujourd'hui	117
4. NEUBURGER : Aspects de la demande : La demande en psychanalyse et en thérapie familiale	133
5. X. PINA PRATA : Analyse différentielle du système rigide de l'anorexie mentale dans l'optique systémique de la thérapie familiale	145
6. FIVAZ : Analyse systémique d'une famille à haut risque	165
7. DEMAY : Une expérience de soin à domicile	181

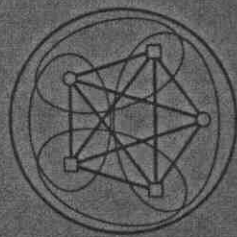
CONTENTS

ORIGINALS

1. COLLOMB : For a social psychiatry	99
2. BRODEUR : Can we avoid using the subconscious ?	109
3. MUCCHIELLI : Family dislocation in western world of to-day	117
4. NEUBURGER : Aspects of the demand. The demand in psychoanalysis and family therapy	133
5. X. PINA PRATA : Differential analysis of a rigid system of anorexia nervosa from a systemic point of view of family therapy	145
6. FIVAZ : Systemic analysis of a high-risk family	165
7. DEMAY : An experience in home care	181

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



m+h Genève

Vol. 1 - 1980 - No 2

POUR UNE PSYCHIATRIE SOCIALE

H. COLLOMB †*

Nous sommes très heureux de pouvoir présenter dans ce premier numéro un article de H. Collomb. C'est l'occasion d'ouvrir nos colonnes aux francophones d'Afrique et de présenter une approche thérapeutique qui était systématique sans le savoir et qui depuis longtemps inclut la famille et son environnement. C'est l'occasion également de saluer la mémoire de ce grand homme et de ce grand médecin, l'un des fondateurs de l'ethnopsychiatrie, dont l'ouverture d'esprit nous a permis de découvrir toute la richesse des pratiques thérapeutiques africaines. Si le titre ne semble pas concerner directement les thérapies familiales, le texte justifiera pleinement la parution dans cette revue.

L'histoire de la psychiatrie, au cours des derniers siècles, pèse lourdement sur son actuel statut.

Le fou a été libéré de ses chaînes pour être traité comme un malade à l'image des autres maladies ; c'est-à-dire des maladies du corps dont les modèles anatomo cliniques, puis étiologiques et physiopathologiques rendaient un compte qui se voulait définitif. Rarement et accessoirement, quelques allusions étaient faites aux facteurs psychologiques ou sociaux.

Aujourd'hui encore, cette image médicale du malade mental détermine les attitudes et le comportement des soignants comme la forme et l'architecture des institutions de soins, asiles, hôpitaux, dispensaires. L'individu, conduit par des circuits d'autorité auxquels il ne peut échapper jusqu'au lieu de "soins", est l'objet d'une attention médicale : pyjama ou uniforme de malade, obligation de rester au lit ou dans sa chambre, prises de sang, examens divers... qui mobilisent inutilement le personnel, entraînent des dépenses considérables, contraignent l'individu et le condamnent au statut de malade.

Or dans la plupart des cas, il n'est pas malade au sens médical du terme. Les examens biologiques seront tous négatifs. Mais ces premiers contacts avec les organismes de soins ne rassurent pas ; au contraire ils ne peuvent susciter que suspicion ou révolte. Le "malade" sait bien qu'il y a malentendu et il s'évertue à l'exprimer dans son comportement ou dans son discours ; comportement et discours qui restent sans

* Prof. H. Collomb †, Dakar, Sénégal.
Texte publié originellement in *Social Science and Medicine*.

Comité de rédaction : Guy AUSLOOS, Lausanne — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — Jean-Jacques EISENRING, Genève — Jacqueline PRUD'HOMME, Montréal.

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal, Ph. CAILLE, Oslo, M. DEMANGEAT, Bordeaux, A. DESTANDAU, Menton, J. DUSS-von WERDT, Zürich, P. FONTAINE, Bruxelles, L. KAUFMANN, Lausanne, J. KELLERHALS, Genève, S. LEOVICI, Paris, J.-G. LEMAIRE, Versailles, D. MASSON, Lausanne, A. MENTHONNEX, Genève, R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer, R. NEUBURGER, Paris, Y. PELICIER, Paris, R.P. PERRONE, St Etienne, F.X. PINA PRATA, Lisbonne, J. RUDRAUF, Paris, P. SEGOND, Vaucresson, J. SUTTER, Marseille, M. WAJEMAN, Paris, P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

Dr J.-J. Eisenring
8, rue du XXXI Décembre
CH 1207 Genève (Suisse)

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène

Case postale 229
CH 1211 Genève 4 (Suisse)

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements ordinaires : SFR. 55.— FF. 135.—
Bibliothèques et abonnements collectifs : SFR. 65.— FF. 160.—

Pour Paiements :

- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, agence des Eaux-Vives, 1211 Genève 6 — Compte No C 2 622 803.
- Au compte No 824828 02 198 de Médecine et Hygiène, à la Société Savoisienne de Crédit, Annemasse (Siège social : La Roche-sur-Foron). Compte de chèques postaux de la Banque : Lyon 35.66 (chèque postal ou virement bancaire exclusivement).

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1980 by Thérapie Familiale, Geneva, Switzerland. Edité en Suisse.

réponse ou qui déterminent une plus grande contrainte à l'endroit du malade. Le désaccord augmente et conduit à un rapport de forces qui dégrade la relation médecin-malade. Le médecin, protégé par le système scientifique et le pouvoir médical, s'en tire au maximum avec un vague malaise dont il ne cherchera pas la cause. Le malade fait tous les frais ; les troubles augmentent, la guérison s'éloigne.

Pourquoi en serait-il autrement ? Les protestations du malade ne peuvent être reçues. Il s'agit d'un malade mental : ses propos sont incohérents, n'ont pas de sens, ou la seule signification de symptômes qui signent la maladie. S'il y a trop d'agitation, les neuroleptiques la réduiront rapidement ; l'inflation des doses assure une réduction rapide des protestations. Le modèle médical, renforcé par les progrès de la psychopharmacologie, légitime au regard du médecin l'utilisation du médicament spécifique qui justifie à postériori la maladie. Les semaines ou les mois passent : le malade s'adapte à la prison hospitalière, il devient tranquille, ses symptômes s'effacent et un jour il sort. Il sort apparemment guéri, guéri parce que son comportement s'est normalisé en ce sens qu'il n'engage pas de polémique avec son entourage, compagnons de chambre ou personnel soignant.

Il sort et, toujours selon le modèle médical, la maladie est terminée ; la plupart des malades ont une fin heureuse ou malheureuse. Généralement une prescription de neuroleptiques ou d'antidépresseurs à doses réduites rassure le personnel soignant.

Où va le malade et que va-t-il retrouver ? Cette question n'est généralement pas posée puisque la sortie de l'hôpital équivaut à la guérison. Il n'est pas question de s'en occuper, encore moins question de s'occuper de son environnement, de sa personne ou de ses problèmes, comme il n'a pas été question d'élucider les causes ou la série de facteurs qui ont déterminé sa mise sur le circuit de soins.

Si son hospitalisation n'a pas augmenté ses troubles, le désaccord entre lui et les autres ou, pour parler médicalement, aggravé sa maladie au point de la rendre chronique et difficile à guérir... il reviendra au même endroit ou dans d'autres endroits identiques. La ronde hospitalière l'enfermera dans son statut de malade. Dans les pays occidentaux le système d'assistance sociale fera de lui un invalide à qui sera attribuée une pension. Désormais le cycle est achevé, le statut de malade est pérennisé. Les neuroleptiques et la pension consacrent la détérioration progressive.

Le modèle médical et les circuits de soins, l'assistance sociale médicalisée, ont rempli leur fonction.

Le modèle médical secrète son propre langage : symptômes, syndrome, maladie, thérapeutique, médicaments. La parole de l'autre non malade (médecin ou non) utilise ce langage pour définir l'individu

malade qui devient ainsi le délirant chronique, le schizophrène, le psychopathe. Il n'est plus question d'un individu avec son histoire, son milieu, ses problèmes, son devenir et ses projets mais d'un objet maladie. Puissance des mots qui font de la réalité, c'est-à-dire de l'être sensible, existant dans des relations difficiles au monde et aux autres, un sujet mort transformé en cette abstraction qui a nom schizophrénie ou autre étiquette. Le rapport qui pourrait s'établir avec les autres sera toujours entravé sinon rendu impossible par les mots qui désignent la maladie. Lit d'hôpital anonyme, étiquette anonyme, assistance retranchée derrière l'anonymat du médicament, interdisent toute évolution vers ce qui serait la guérison c'est-à-dire l'homme achevé, intégré dans son milieu et heureux de l'être.

Que le modèle médical s'applique efficacement (plus ou moins) au niveau biologique de l'organisation humaine, personne ne le contestera sérieusement. Encore qu'il soit difficile de séparer chez un individu les différents niveaux ou systèmes d'organisation lorsqu'il s'agit de comprendre ses difficultés qui s'exprimeront tantôt au niveau du corps, tantôt au niveau des conduites ou du vécu. L'important lorsque l'on considère ou lorsque l'on utilise le modèle médical, c'est d'en connaître les limites.

Or précisément, du fait des conquêtes technologiques de la médecine ou pour d'autres raisons, ce modèle envahit la totalité du champ de la médecine, en particulier le champ de la psychiatrie. L'histoire à court terme clame les succès des neuroleptiques. L'histoire à plus long terme saura faire le procès de la déviation dont ils sont responsables.

Depuis quelques décennies les services de psychiatrie ont été intégrés dans les hôpitaux généraux. L'intention qui a déterminé ce mouvement était motivé par le souci de ne pas différencier les malades mentaux des autres malades. C'est ainsi que les services de psychiatrie ont été soumis aux mêmes règles administratives sans que pour cela le règlement plus contraignant, appliqué à ces services, ne soit en rien modifié. Double contrainte qui limite encore la liberté et méconnaît les besoins spécifiques de ces services ; il en résulte l'assimilation des malades mentaux aux malades organiques pour lesquels le lit, ou à la rigueur la chambre, est le seul espace de vie et de socialisation. L'obligation de rentabilité administrative et les demandes d'hospitalisation de plus en plus nombreuses aboutissent au confinement, à l'inaction, sources de mal être, d'agitation et d'angoisse. Le malade comme l'animal dans sa cage tourne en rond, se frottant douloureusement aux autres malades et au personnel soignant.

Intégrer le service de psychiatrie dans un hôpital général peut se concevoir dans deux conditions :

— hospitalisations courtes pour quelques jours de soins intensifs.

— dispositions particulières au lieu psychiatrique pour ce qui concerne l'espace, la socialisation, les occupations et les diverses activités.

Il faut constater que dans la majorité des cas, ces conditions ne sont pas remplies et que la proximité des autres services ne fait que renforcer l'application du modèle médical.

Si le modèle médical envahit avec autant de force et de succès le champ de la psychiatrie, c'est qu'il doit satisfaire une demande ; demande qu'il faut tenter d'élucider en éclairant les avantages et non plus les inconvénients. Le besoin fondamental d'ordonner, de se représenter la "réalité" aboutit au modèle qui explique, permet de comprendre, d'agir et de prévoir. Le modèle est une construction provisoire, déterminé par le type de rapport de l'homme à son milieu ; il est susceptible de variation selon le temps et l'espace géographique, les connaissances techniques.

Le modèle médical peut être considéré comme relativement spécifique des cultures occidentales. Les autres cultures ont élaboré d'autres modèles pour rendre compte de la maladie physique, psychosomatique ou psychique.

La validité d'un modèle se mesure, en particulier, à son efficacité opératoire. Appliqué à la maladie mentale, le modèle médical n'est pas fondé par son efficacité mesurée aux succès thérapeutiques. Ses avantages sont ailleurs.

Le premier tient au fait que le psychiatre est médecin et qu'il ne peut abandonner son pouvoir médical sans être mis en question dans son statut. L'indépendance de la psychiatrie par rapport à la médecine générale lui poserait certains problèmes, en particulier celui de ce savoir que lui ont conféré des années d'études dogmatiques. L'enseignement de la médecine est généralement conçu comme distribution d'une vérité qui se veut absolue. Le maître sait, sa parole n'est pas discutée. L'histoire de la médecine enseigne cependant que les vérités d'un jour seront reconnues erreurs le lendemain, que les conceptions changent... mais, et c'est là le propre de l'enseignement médical, le maître ne saurait se tromper. Le hiérarchie impose le savoir : l'ordre médical est le prototype de l'ordre hiérarchique. Ses rites quotidiens sont là pour l'attester et le répéter. On pourrait se demander si la fonction de ces rites n'est pas de faire croire, précisément parce que la vérité n'est pas évidente et que le doute ne serait pas supportable. Quoiqu'il en soit, le

médecin nourri de science et de hiérarchie médicale n'est pas préparé à se mettre en question. Le modèle médical le renforce dans son attitude et lui évite l'angoisse du doute.

Le deuxième avantage est plus général en ce sens qu'il intéresse tout le monde. Réduire la folie à la maladie c'est supprimer la folie en tant qu'objet de scandale. C'est éviter de reconnaître à la folie sa dimension humaine, ce qui la rendrait insupportable. C'est aussi mettre entre l'homme normal et le malade mental la science médicale, écran qui évite le face à face intolérable. La folie questionne douloureusement l'homme dit normal, soumis aux contraintes sociales. Elle est émergence d'une autre vérité plus réelle que la réalité reconnue par les autres, imposée par l'ordre social. Elle est aussi liberté, liberté absolue qui refuse l'ordre social. D'où sa fascination et la peur qu'elle inspire. L'individu comme la société ont la nécessité de se protéger contre ce danger qui mettrait en péril l'un et l'autre. Le modèle médical en réduisant la folie au silence des symptômes lui enlève toute signification. Le fou est un insensé ; son discours et son comportement ne sauraient avoir de sens ; ce qui est dit ou fait ou perçu ou éprouvé n'est que la conséquence de la maladie qui détruit les fonctions spécifiques de l'homme. Cela rassure et évite le dialogue, sinon l'écoute.

Soumission au pouvoir médical, hantise de la folie, expliquent la fortune du modèle médical dans le champ de la psychiatrie.

Quelques considérations simples invitent à situer la pathologie mentale dans le champ social.

La première est d'ordre essentiellement pratique. En faisant abstraction de ce qui a pu conduire un individu à la maladie mentale, il faut reconnaître que le devenir de cet individu (et de la maladie) dépend étroitement du milieu social, de ses valeurs, des données culturelles. S'il est reconnu par la société comme aliéné et traité comme tel, il sera rejeté, condamné définitivement à être malade, inutile dangereux. La ségrégation dont il sera l'objet ne peut que le séparer de plus en plus du milieu social et la seule solution pour lui est d'accepter ce qui lui est proposé, à savoir la marque définitive de la folie. Il s'en suit une aggravation progressive des troubles ; c'est ce qui était observé dans les asiles et décrit comme "évolution naturelle" dans les anciens traités de psychiatrie. Les sociétés technologiques n'offrent aucun choix ; il n'y a pas de place pour le déviant.

Au contraire si l'expérience initiale de la folie, quelles que soient les voies qui y conduisent, est considérée comme expérience existentielle qui menace tout être humain parce que tout être humain contient la folie, les attitudes et les comportements à l'égard du "malade" seront différents. L'assistance dans l'épreuve remplacera le rejet et

l'isolement. Dans les cultures traditionnellement non technologiques, les cultures africaines en particulier, le malade mental a encore cette place privilégiée ; il fait encore partie du groupe à part entière. Reconnaître le malade comme personne non différente des autres quant à l'essentiel, c'est aussi lui reconnaître une liberté et une existence sociale. Ce n'est plus l'aliéné au sens classique du terme, mais un être sujet qui vit une expérience particulière intéressant la communauté. Dans ces conditions, l'expérience qui le singularise a toutes les chances d'évoluer ; le changement qui conduit à la guérison reste possible. C'est pour cela que dans les sociétés africaines traditionnelles les maladies mentales chroniques (du type psychose chronique) étaient rares ou pratiquement inconnues ; le type même de la maladie mentale était la bouffée délirante.

Quelle que soit la position théorique quant à la genèse de la maladie mentale, il apparaît que son évolution vers la chronicité ou la guérison dépend de l'attitude et du comportement des autres à l'endroit du malade.

Cette conclusion peut paraître un peu simpliste. Elle semble ignorer les techniques de soins administrés par des spécialistes de la santé mentale. Cependant elle se vérifie dans la réalité quotidienne. Par ailleurs, l'utilité des spécialistes et de leurs techniques, face à cette autre réalité plus déterminante qui est le renfermement et le rejet, n'a-t-elle pas été mise en question et cela de tout temps ?

La deuxième considération est d'ordre plus théorique. Elle met en question le concept de maladie mentale en tant que maladie médicale. Il suffira de remarquer que l'homme ne naît pas homme, porteur d'un déterminisme qui le fera adulte intégré dans la société à l'image du déterminisme biologique qui fixe les limites de l'espèce. L'homme devient homme, intégré dans la vie sociale, avec l'aide de son milieu ou sous la contrainte de ce milieu. Les échecs, c'est-à-dire la maladie ou la déviance, seront déterminés par l'environnement social. Il n'est pas question de nier l'importance des premières relations de l'enfant, le rôle de la mère et le rôle du triangle oedipien en particulier, mais d'en réduire le déterminisme trop rigoureux. De toute façon, les parents sont aussi façonnés par leur expérience historique du milieu et se comportent, dans l'ici maintenant, selon les normes et les valeurs du milieu social. La maladie mentale devient dans sa genèse et son devenir une maladie sociale.

Une troisième considération plus philosophique, nous est proposée par les cultures traditionnelles africaines et par certains mouvements anti-psychiatriques.

Dans les cultures africaines il est reconnu, comme évidence, que tout individu peut être victime des forces d'agression, symboliquement ou imaginativement (imaginaire collectif), véhiculées par un homme vivant (le sorcier anthropophage) ou par un esprit des ancêtres ou esprit religieux). La mise en forme socialisée des deux types de situation conflictuelle que tout homme rencontre nécessairement (à savoir conflit avec l'autre qui s'origine dans la relation mère-enfant et conflit avec l'ordre social) se traduit par les représentations traditionnelles des maladies mentales. Cette mise en forme, en situant l'agresseur hors l'individu ou la famille, déculpabilise le malade et, en même temps, implique le groupe ou la communauté. La maladie de l'individu n'est alors que la conséquence d'un désordre social ou d'une façon plus précise, le résultat des forces agressives développées dans la communauté : la maladie est un fait social ; son traitement ne peut être que social, c'est-à-dire qu'il doit nécessairement faire intervenir la communauté sous des formes diversifiées (participation active ou symbolique).

L'anti-psychiatrie dans ses formes extrêmes pose la maladie comme résultant de l'action de la société sur l'individu : c'est la société aliénante qui aliène l'individu. Ce qui est mis en cause ici, c'est le type même des sociétés occidentales qui valorisent l'avoir et le profit aux dépens de l'être. Ce qui signifierait que dans d'autres sociétés aux valeurs différentes, la maladie mentale, tout au moins dans sa forme grave chronique, n'existerait pas. Dans une certaine mesure ce fait est vérifié pour les sociétés dans lesquelles la solidarité prime sur la contrainte. Ce n'est pas le cas des sociétés industrielles technologiquement développées.

Le rapport individu-société organise l'être humain en exerçant obligatoirement une action contraignante sur l'individu. Le premier mot que prononce l'enfant est "non". Quel que soit le type de société, l'homme sera toujours en position de conflit. On peut donc supposer que la folie, résultat de ce conflit, est une dimension anthropologique fondamentale, elle est caractéristique de l'homme, qu'elle reste à l'état potentiel ou qu'elle s'actualise par des comportements déviants. On pourrait alors définir la folie comme cette part de l'individu qui résiste à la socialisation ; part que tout le monde possède à des degrés divers en fonction de l'action érosive de l'ordre social.

Considérer la folie comme maladie sociale implique, par rapport au modèle médical, un changement radical. Le regard n'est plus le même ; il éclaire le phénomène de toute autre façon.

Dans sa forme caricaturale, mais cependant habituelle, la maladie est atteinte d'un organe ou d'une fonction : un foie, un poumon, un cœur, le cerveau pour la psychose, etc. De l'homme il n'est pas ques-

tion. Dans une conception moins mécaniciste, l'homme sera reconnu avant ou en même temps que l'organe malade. Mais il reste qu'il s'agit toujours de l'*individu* malade. Intégrer l'environnement social et lui donner la priorité, sinon la seule responsabilité, pour ce qui concerne la maladie, mentale exige une véritable mutation qui, au-delà des mots, modifie fondamentalement la perception et l'approche des phénomènes. Mais la mutation n'est pas facile, surtout pour ceux qui ont subi la formation médicale. Une meilleure préparation serait sans aucun doute l'étude des sciences humaines.

Dans la pratique quotidienne l'homme malade est alors saisi comme symptôme de son environnement. Ce qui est questionné, ce ne sont plus les signes psychiques ou psychosomatiques, mais, au-delà de l'individu, le milieu dans lequel il vit ici maintenant et le milieu qui l'a constitué. Le lieu de la maladie se déplace à l'extérieur de l'individu malade. On rejoint ici les conceptions traditionnelles de cultures africaines qui font de la maladie une agression par des forces humaines ou spirituelles extérieures à l'homme malade.

Si le lieu de la maladie est déplacé, le lieu thérapeutique doit l'être aussi. Il ne s'agit plus de considérer le seul traitement chimiothérapique ou même le seul traitement psychologique (même dans son intensité analytique) mais d'intervenir sur l'environnement ou de constituer un environnement propre au changement, à l'évolution du malade, vers ce qui est appelé guérison parce qu'intégration sans trop de souffrance dans la société. Cela signifie en particulier qu'il n'est pas possible d'être thérapeute en écartant la famille, les proches, amis ou employeurs, en n'accordant pas une priorité au cadre de soins qui est l'environnement social du malade pendant le temps d'hospitalisation ou de vie en institution. Les guérisseurs africains avaient, consciemment ou spontanément comme chose allant de soi, reconstitué un environnement social à la fois sécurisant et tolérant, suscitant le changement et l'évolution vers la guérison en réalisant de véritables villages thérapeutiques.

Qu'il me soit permis une dernière réflexion. En Europe, les institutions soignantes, hôpitaux psychiatriques, services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux... ont pour fonction de normaliser les comportements des malades, sans y réussir souvent. L'intention thérapeutique exprimée à chaque niveau de soins est de restituer l'individu — malade ou marginal — à la société alors que cet individu est malade précisément parce qu'il a refusé la société. Le soignant n'appartient pas à la marginalité ; il appartient à la majorité, il est du côté de ceux qui ont choisi la raison contre la folie. C'est tout du moins la règle générale. Peut-il dans cette position aider le marginal (c'est-à-dire le malade mental) à réintégrer la société ?

La question ainsi posée pourrait se formuler différemment. La maladie mentale ou la marginalité sont des modes d'existence opposés, dangereusement, au mode d'existence reconnu comme valable par la société. Il s'agit pour le thérapeute d'opérer une réconciliation. S'il appartient à l'un ou l'autre parti, lui est-il possible d'être neutre pour être le bon médiateur, c'est-à-dire le bon thérapeute ?

Mais peut-on à la fois accepter les deux situations, celle de l'ordre social et celle de la folie ; être à la fois intégré et marginal ? Là encore, les cultures africaines avaient trouvé la solution. Le guérisseur était à la fois :

- l'être marginal parce qu'il avait généralement fait l'expérience initiatique de la maladie mentale et parce qu'il avait accès aux forces spirituelles ou humaines qui échappaient aux autres,
- l'être intégré dans la communauté qui lui reconnaissait un statut et un rôle des plus utiles.

Les philosophies ou les cosmogonies africaines permettaient le dépassement de la contradiction inhérente au thérapeute occidental.

INFORMATIONS

CENTRE D'ETUDE DE LA FAMILLE

Adresse : Hôpital de Cery, 1008 PRILLY
 Direction : Prof. Luc Kaufmann
 Responsables : E. Fivaz, E. Pancheri
 Participants : 18 (6 médecins, 6 psychologues, 6 travailleurs sociaux)
 Durée : 2 ans
 Prochain cycle : octobre 1980 - octobre 1982
 Inscriptions et renseignements : E. Fivaz

GENEVE : Formation en Thérapie familiale

L'Institut d'Etudes Sociales de Genève (CEFOC) après un premier cycle (1977-1980) qui vient de se terminer, organise un nouveau cycle de formation (1980-1983) en thérapie familiale. Ce cycle est ouvert aux travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, psychologues, psychiatres, susceptibles de pratiquer la thérapie familiale dans l'exercice de leur profession. Le nombre de places est limité à 21.
 La formation se base sur l'approche systémique et alterne formation théorique et personnelle et pratique supervisée de la thérapie familiale. Elle comprend environ 550 heures de formation et de supervision en 3 ans.
 Elle est animée par Guy Ausloos, psychiatre et thérapeute de famille et Claire-Lise Cuendet, sociologue, assistante sociale et thérapeute de famille.

L'A.L.T.F. RECOIT VIRGINIA SATIR le 25 septembre 1980

Traduite en France par Alla Destandau (Nice) et Mathilde Du Ranquet (Clermont-Ferrand), Virginia Satir est à l'origine de notions capitales en thérapie de famille. Le rayonnement de sa personne et son activité infatigable à travers le monde, la force de sa prestation aux cérémonies anniversaires de Don Jackson à Palo Alto en 1979, sont des indices d'une personnalité exceptionnelle.
 Alla Destandau assumera la traduction consécutive.

Lieu : Centre de réunions et de séminaires
 VILETTE D'ANTHON
 38230 Pont de Chery
 Tél. (7) 831 08 38
 Le Centre se trouve à 20 km de Lyon. Accès par la route : Lyon-Satolas-D6-D55 Limite du département de l'Ain, dans la boucle du Rhône entre Jonage et Pont de Chery.
 Frais d'inscriptions (déjeuner du 25 inclus)
 Adhérents A.L.T.F. 300 FF Non Adhérents 350 FF

Clôture des inscriptions : le 15 août 1980 dans la limite des places disponibles.
 Association Lyonnaise de Thérapie Familiale - Centre Hospitalier Spécialisé
 rue J.B. Perret
 69450 St-Cyr-au Mont-d'Or
 Tél. (7) 847 25 67

PEUT-ON EVITER DE PASSER PAR L'INCONSCIENT ?

Claude BRODEUR*

Dans une certaine école de pensée américaine en thérapie familiale, l'Ecole de Palo Alto, on identifie l'inconscient, non sans un certain mépris, à toutes ces pensées qui sont contenues dans une "black box".

Puisqu'on ne peut savoir avec certitude ce qui se passe dans les inconscients des individus qui composent une famille, il faut éviter, pensent les auteurs de cette école, de considérer les messages en circulation dans cette famille en rapport avec des pensées qui proviennent de cet obscur lieu de l'inconscient des individus. On doit plutôt les considérer d'un point de vue strictement mécanique, du point de vue de la transmission des messages en termes d'entrées ("input") et de sorties ("output") des informations.**

Nous comprenons assez bien que ces auteurs chassent de leur champ d'analyse et d'intervention les inconscients des individus dont est formée la famille. Ce qui, à notre avis, leur échappe, c'est que, en plus des inconscients des individus, il existe un véritable inconscient familial. Et nous nous demandons si, cette distinction étant faite entre inconscient individuel et inconscient familial, les mêmes auteurs continueraient de maintenir dans sa "black box" un tel inconscient familial.

Bien que, à la rigueur, on puisse mettre de côté les inconscients individuels en thérapie familiale, demandons-nous, en conséquence, si l'on peut éviter de passer par un inconscient collectif ou familial dans une pratique un peu profonde de la thérapie familiale.

1. Il existe un inconscient familial analogue à l'inconscient individuel

Dans sa première théorie de l'organisme psychique, Freud nous dit très clairement qu'il ne faut pas considérer les trois systèmes Inconscient, Préconscient et Perception-Conscience comme trois lieux ou trois boîtes dans lesquelles seraient emmagasinées ou "stockées" des informations.

* Professeur à l'Université de Montréal, Wiseman 361, H2V 317 Montréal, Québec, Canada.
 ** Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., Jackson, D., Une logique de la communication, Editions du Seuil, Paris, p. 38-39, 1972.

“Remplaçons ces métaphores (les lieux du conscient, du préconscient et de l'inconscient), écrit-il, par quelque chose qui semble mieux correspondre à la réalité, et disons à la place qu'un investissement d'énergie a été attaché ou retiré de quelque formation mentale particulière, de sorte que la structure en question s'est trouvée sous la domination d'une agence particulière ou a été retirée d'elle. Ce que nous faisons ici c'est (...) remplacer une manière topographique de représenter les choses par une manière dynamique.”*

S'il en est ainsi, l'inconscient n'est plus cette “black box” qu'on peut ignorer à volonté, à condition que les messages qui sont à la surface de la conscience circulent de manière fonctionnelle d'un point à l'autre ou d'un personnage à l'autre du système familial. Dès que, en effet, l'inconscient devient, dans tout message ou discours, cette région du sens dont l'investissement ne parvient pas à se manifester en pleine conscience en raison d'une résistance ou d'un contre-investissement interne au message lui-même, dès que tout discours se trouve ainsi lourdement affecté d'inconscience, on ne peut plus bêtement ignorer l'inconscient, le tenir à l'écart.

Après avoir cru s'être définitivement débarrassé de l'inconscient, les auteurs de l'École de Palo Alto, dans la mesure où l'inconscient est présent à toute formation de discours, qu'elle soit individuelle ou familiale, le voient réapparaître, à leur insu et à leur corps défendant, chaque fois qu'ils abordent une famille. En effet, à partir du moment où ils découvrent des règles de la communication, méconnues de la famille et pratiquement méconnaissables par celle-ci, ils mettent eux-mêmes en place un véritable inconscient familial.

Dans le même moment où ils rejettent ainsi l'inconscient, sous sa modalité d'inconscient individuel, par la porte d'en avant, ils le réintroduisent donc, par la porte d'en arrière, sous la modalité d'un inconscient familial. D'ailleurs, on sait bien comment, par une espèce de subterfuge, la pensée inconsciente elle-même utilise la négation pour mettre en place son contraire : “nous ne nous occupons pas de ce qui se passe dans la “black box”, mais nous nous intéressons aux règles (inconscientes) qui commandent le système familial des communications”.

S'il existe, malgré tout, des différences importantes entre une pratique de la thérapie familiale chez les thérapeutes psychanalystes et ceux qui relèvent de l'École de Palo Alto, ce n'est donc pas sur l'existence ou non d'un inconscient familial. C'est sur la méthode pour saisir cet inconscient et le traiter.

* Freud, S., S.E., V, 611.

2. Comment traiter un inconscient familial ?

Après avoir deviné l'existence d'un inconscient, Freud était impatient d'en inventorier le contenu. Il commence donc par en forcer l'expression au moyen d'une méthode artificielle : l'hypnose. Il réussit alors à faire sortir, cette fois-là comme d'une boîte magique (la “black box”), des pensées étonnantes. Mais comme il avait précisément tiré de force des pensées hors de leur contexte, celles-ci demeuraient inopérantes pour le sujet en analyse.

Il n'eût guère plus de succès par la méthode, plus naturelle mais impérative, de la suggestion. Le patient en analyse produisait, à la demande parfois très pressante de Freud, des chaînes associatives d'idées et d'images. Il faisait ainsi apparaître des morceaux de discours inconscient, mais là encore ceux-ci prenaient difficilement sens pour le sujet, lui paraissaient étrangers, parce qu'ils ne faisaient pas partie, ne participaient pas au cours régulier de ses pensées et de son propre discours. Ils demeuraient, en conséquence, aussi inefficaces que les pensées obtenues sous hypnose.

Cette double expérience du fondateur de la psychanalyse devrait être suffisante pour bien démontrer que l'inconscient n'est pas un univers étranger, un étrange monde en dehors de la circulation habituelle des idées ou des images dans un discours. Dès que, artificiellement ou de force, on le sort du discours le plus concret, il devient vide de sens pour le sujet, il perd toute vitalité, toute efficacité.

Jusque là, Freud n'avait donc fait, dans sa recherche de l'inconscient, que du travail de dissection : l'organisme vivant lui échappait encore, le discours dans son expression la plus vive.

Comme il arrive encore aujourd'hui lorsque nous faisons des interventions intempestives, ce sont ses patients qui progressivement imposèrent silence à Freud. C'est dans le mouvement le plus naturel, le plus concret que s'exprime une pensée inconsciente. Et il ne faut pas gêner le déroulement de cette pensée par quelque artifice que ce soit.

Freud se mit donc à l'écoute du discours pour en saisir la couche inconsciente. Mais, cette fois encore, il fit fausse route : à la place d'entendre de l'inconscient tout le long d'un discours, il attendait alors la révélation troublante d'un événement traumatique, de cet événement ou cette série d'événements qui, à cause de son caractère particulièrement éprouvant, avait dû marquer toute une existence. Plus ou moins conscients de cette attente de leur analyste, les patients de Freud lui servaient alors très volontiers de l'événement traumatique ; et ils le faisaient habituellement de manière extrêmement dramatique. Par la méthode de l'abréaction, Freud espérait ensuite libérer ou soulager

ceux-ci de ce lourd poids d'un événement aussi cruel pour eux, les vider de tous les affects attachés au souvenir de cet événement.

Dans les premiers temps de cette découverte, Freud croyait très fort à l'authenticité de ces événements qu'on lui racontait ; d'ailleurs, une expérience d'abréaction calma vraiment la plupart de ses patients.

Il en fut, toutefois, bientôt profondément déçu ; à tel point qu'il fallit alors mettre fin à ses recherches. Il dû, en effet, réaliser que, malgré un réel soulagement immédiat, ses patients retombaient, peu de temps après, dans leurs malaises habituels, retrouvaient leurs symptômes. Bien plus, certains d'entre eux, devait-il constater, au lieu de lui découvrir un événement réel de leur vie, lui avaient raconté des histoires : par exemple, ces histoires scabreuses de viol par un père ou un oncle au cours de l'enfance étaient habituellement fausses en tout point.

Fort heureusement, ce fut, pour Freud, l'occasion d'élaborer une nouvelle et dernière théorie de l'inconscient : celui-ci n'est plus essentiellement constitué des traces mnésiques d'événements traumatiques ; il est bien plutôt formé de "constructions mentales" ou de scénarios fabriqués à même les événements de la vie infantile, mais toujours agissant sur l'ensemble de la pensée et de l'agir actuel ("hic et nunc"), à la manière de systèmes moteurs et directeurs.

On sait comment, à partir de sa propre analyse et de celles de ses premiers clients, Freud fit la découverte du scénario oedipien ; d'autres scénarios furent découverts par lui-même et ses successeurs. On n'a sans doute pas fini d'inventorier ce champ nouveau du discours inconscient.

C'est au cours de ce long et sinueux chemin fait par Freud à la découverte de l'inconscient que devait se préciser la méthode analytique.

L'inconscient, ainsi qu'on l'a vu, ce n'est pas un discours, situé hors du cours régulier d'une activité discursive, qu'on peut amener à la surface par le moyen de pressions artificielles (hypnose) ou même naturelles (suggestion) ; ce n'est pas davantage un événement ou une série d'événements traumatiques racontés incidemment dans un discours libre. L'inconscient, c'est un véritable système langagier ou symbolique organisateur de la pensée humaine. En conséquence, l'analyste doit être non directif ; il doit plutôt attendre, sans aucun préjugé scientifique, culturel ou intimentement personnel, que se manifeste, ainsi qu'une règle fondamentale, le système organisationnel profond d'un discours particulier.

La seule consigne vraiment essentielle en analyse devrait être celle-ci : "dîtes". Que ce soit un "dire" verbal plutôt que gestuel ou comportemental, cela nous paraît accessoire : l'inconscient se dit en

effet dans toutes les modalités du langage humain. A côté de l'expression onirique dont Freud prétend qu'elle est la "voie royale" vers l'inconscient, toutes les autres voies conduisent à l'inconscient.

Il en est ainsi, à plus forte raison, des autres éléments qui composent le rituel analytique : position couchée, longueur des séances, paiement, etc. Cela n'empêche pas tous ces accessoires d'être extrêmement utiles ; et je pense que les psychanalystes qui travaillent avec des individus ont raison d'y tenir ferme, puisqu'ils leur facilitent grandement la tâche. Mais cela ne doit jamais être pris que d'un point de vue strictement technique.

Si nous avons ainsi suivi Freud dans ses échecs et ses épreuves, c'est pour dénoncer les fausses interprétations sur sa méthode et dégager les éléments essentiels de cette dernière.

Comprise de cette manière, la méthode analytique appliquée aux individus nous paraît facilement transposable sur le discours de la famille.

Dès lors, l'inconscient familial n'est plus, comme on le pense, dans quelque région obscure du cerveau des membres de la famille. Ce n'est pas davantage quelques échappées inopportunes d'une expression symbolique ou d'un lapsus dans le cours d'un échange entre les personnes. Il est dans le tissu même du discours ; c'est le canevas qui commande son expression la plus profonde et fondamentale.

Il existe, toutefois, deux attitudes différentes vis-à-vis de cette manifestation d'une pensée inconsciente. On peut, comme l'a fait Freud, attendre patiemment que chaque sujet, individuel ou collectif, révèle lui-même et suivant le processus le plus naturel possible, le mode organisationnel inconscient de sa propre pensée, le scénario qui la sous-tend. Par ailleurs, on peut chercher, dans un domaine scientifique déjà constitué, un modèle qui permette de saisir cette dernière pensée inconsciente ou de la comprendre plus vite au moment même de son émergence.

Beaucoup d'analystes, à la place de refaire chaque fois le dur chemin emprunté par Freud, appliquent les découvertes freudiennes à la manière d'un modèle d'analyse. Cela peut être d'un grand secours ; mais, le plus souvent, ces analystes imposent à l'expression de la pensée inconsciente une interprétation étrangère à ses dires : par exemple, ils voient partout de l'oedipe, alors que l'inconscient est capable de produire bien d'autres scénarios que celui-là. Trop pressés, ils introduisent ainsi de graves distorsions dans leur savoir sur la pensée inconsciente d'un sujet ; et cela peut entraîner de graves conséquences d'un point de vue thérapeutique.

Les auteurs de l'École interactionniste dont nous parlons dans ce texte ont plutôt choisi de construire leur modèle d'interprétation et d'intervention à partir de la cybernétique ou de la science des communications. Ils ont parfaitement raison, dans la mesure où les machines à communiquer sont construites pour fonctionner à la manière des langages, c'est-à-dire conformément à un certain code : elles reproduisent ainsi des systèmes de communication tout à fait analogues aux communications entre hommes. On est justifié, dès lors, d'appliquer au discours familial les mêmes règles que celles qui régissent le discours des machines à fabriquer et communiquer du savoir.

Il s'agit alors, toutefois, d'une opération relativement périlleuse.

Ceux qui l'accomplissent peuvent, bien sûr, encourir le même reproche qu'on fait à tant de psychanalystes, celui d'imposer à n'importe quel discours un même modèle d'interprétation : par exemple, on trouve de la double contrainte ("double bind") partout, ainsi qu'on apercevait de l'œdipe dans toute expression de pensée.

La limite la plus importante de l'approche interactionniste nous paraît, cependant, provenir du fait que le modèle utilisé demeure, nous semble-t-il, relativement simpliste, puisque les machines, malgré leur énorme potentiel à accumuler du savoir, n'ont pas, et de loin, la souplesse et la complexité d'une pensée qui trouve sa source dans une activité immédiatement humaine. Une interprétation mécaniciste du système des communications d'une famille n'est-elle pas ainsi fortement réductrice de la pensée consciente et inconsciente de cette dernière ?

Reprenons le même exemple du "double-bind". Un double message contraire ne nous semble pas avoir toujours ce même caractère absolument contraignant qu'il détiend dans un discours familial psychotique. Si un tel message demeure chaque fois l'expression d'une certaine contrariété, la qualité même de cette contrariété prendra, toutefois, des modalités fort différentes d'un type de discours à un autre. Mais il faut alors se donner les moyens de décrire et de définir différentes figures ou constellations du discours familial ; et nous doutons que les règles de fonctionnement d'une machine ne soient pour cette opération d'une grande utilité.

Du point de vue des résultats thérapeutiques, il se peut que les apparences donnent raison aux thérapeutes qui travaillent avec un tel instrument : est-ce qu'ils n'obtiennent pas des résultats plus rapides que ce pauvre psychanalyste qui manque d'outils et d'instruments ?

Ne faut-il pas alors vérifier si de tels thérapeutes ne produisent pas souvent, par leur méthode, un simple conditionnement de la famille à fonctionner aussi parfaitement qu'une machine bien rodée. Se sont-ils

jamais posé la question du désir profondément inscrit au cœur du discours de cette famille, et du système organisationnel vraiment propre à l'expression de ce dernier ?

Pour notre part, nous privilégions, avec une famille comme avec l'individu, la méthode qui consiste à écouter patiemment et attentivement un discours particulier sans jamais en contraindre le cours d'aucune façon. C'est ce dernier discours qui, beaucoup plus rapidement qu'on ne le pense, révélera son organisation interne, son système propre. Les praticiens qui n'ont pas l'habitude de cette approche sont très souvent frappés de la charge en affects et de la masse énorme d'informations que nous livre un discours familial, dès la première heure, lorsqu'on ne lui impose pas d'entraves.

Si le chercheur et le thérapeute a, comme il est naturel, la connaissance d'un certain nombre de figures du langage inconscient déjà inventoriées par ses prédécesseurs ou lui-même, il ne devra donc pas les utiliser ainsi qu'une grille d'analyse. Mais, laissant alors parler en premier le discours familial et aussi longtemps qu'il le faut, il maintiendra ses connaissances antérieures dans un constant dialogue ou un mouvement dialectique extrêmement actif avec la réalité même du discours.

C'est, selon nous, la méthode et la voie la plus sûre pour découvrir les règles fondamentales du système de communication d'une famille, et pour intervenir efficacement auprès de cette dernière.

Claude Brodeur

RESUME

Après avoir assimilé la boîte noire de l'École de Palo Alto à l'inconscient familial, l'auteur rappelle les étapes (suggestion, hypnose, cure orthodoxe) par lesquelles Freud a affiné un modèle dynamique de l'inconscient. Si le rêve reste la voie royale, tous les chemins mènent à cet inconscient. Toujours dans une optique de décryptage de l'inconscient collectif, l'auteur rappelle aux thérapeutes les risques d'un éventail de typologies trop réduit.

(Résumé de la Rédaction, le temps et les communications transatlantiques n'ayant pas permis de joindre l'auteur dans les délais requis).

After integrating the black box of the Palo Alto school into the family's unconscious, the author recalls the stages (suggestion, hypnosis, orthodox treatment) by which Freud refined his dynamic model of the unconscious. Although dreams remain as the royal road, all roads lead to the unconscious. In an effort to understand the collective unconscious, the author reminds therapists of the dangers of employing only a limited array of typologies.

INFORMATION

Université catholique de Louvain
Centre Chapelle aux Champs
1200 Bruxelles
Clos Chapelle aux Champs 30 - Bte 3049

FORMATION A LA THERAPIE FAMILIALE

POST - GRADUEE

Année Académique : octobre 1980-1981

FORMATION A LA THERAPIE FAMILIALE (Thérapeutes familiaux) 1/15 jour

- formation post-graduée
- s'adresse aux psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmières psychiatriques, soit externes soit internes au Service
- à raison de 1 jour tous les 15 jours : séminaires, jeux de rôle, discussions, supervision de groupe; entretiens cliniques avec des familles
- avec supervision sur le vif à raison de : 1h30 toutes les 3 semaines pour la première année et 1h30 toutes les 2 semaines pour la 2ème année
- dont les buts portent sur la compréhension et l'intégration de l'approche systémique du thérapeute
 - dans son cadre de travail
 - dans sa propre famille
 - avec les familles en traitement
- 1ère séance : jeudi 9 octobre 1980 de 9h15 à 17 h.

FORMATION MENSUELLE

S'adresse aux psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmières psychiatriques qui, en fonction de leur choix, désirent se familiariser à l'approche systémique et familiale dans le cadre de leur travail actuel.
Elle se réalise au moyen de séminaires, jeux de rôle, discussions, supervisions de groupe, entretiens cliniques avec des familles.
1ère séance : 23 octobre 1980 de 9h15 à 17h. Un jeudi par mois.

RESPONSABLE POUR LE CENTRE CHAPELLE AUX CHAMPS :

Dr. L. Cassiers
37, rue E. Picard
1180 Bruxelles

LA DISLOCATION DE LA FAMILLE
DANS LE MONDE OCCIDENTAL D'AUJOURD'HUI

Roger MUCCHIELLI 1

On est en droit d'espérer qu'antérieurement aux problèmes de méthodes d'intervention et de choix d'une méthode, les thérapeutes de la Famille se posent ou se sont posés la question de la finalité de leurs efforts. Puisqu'ils ont, par définition, à intervenir sur des situations familiales pathologiques ou pathogènes avec, pour objectif, la modification de cette situation dans le sens d'un état de moindre souffrance ou de moindre nocivité pour ses membres, nous devons préalablement admettre qu'ils savent ce qu'est "une famille saine", puisque cette visée constitue non seulement la justification de leur action mais aussi la ligne directrice de leurs interventions quelle que soit la méthode qu'ils ont choisi d'employer.

Beaucoup d'entre nos thérapeutes familiaux seraient déjà gênés par cette façon de poser le problème. Ils s'imaginent sans doute qu'une référence à une *théorie de la famille* suffit pour fonder leurs objectifs. Raisonnablement cette façon de voir est injustifiable ; les théories de la Famille n'apportent *aucun support valable pour une entreprise thérapeutique*, quoiqu'elles puissent constituer un motif du choix méthodologique. Ces théories sont *sociologiques* dans leur grande majorité, tentant (souvent avec bonheur) de définir les variables influençant la vie et le développement de la famille, caractérisant ses formes socioculturelles, analysant les rapports complexes de cette entité anthropologique avec les systèmes sociaux ambiants, classant les types de comportements des membres et fournissant les moyens de l'analyse interactionnelle des comportements de rôle etc..., mais à aucun moment elles ne sont *axiologiques*, sinon par des présupposés idéologiques implicites qui justement ne relèvent plus de la sociologie comme telle.

La liste et le mode d'action de tous les facteurs objectifs en rapport avec la Famille dans tel type de culture ne nous donnera jamais la définition de la "Famille saine", quoique la sociologie de la Famille soit irremplaçable pour fournir aux thérapeutes familiaux les données leur permettant de *situer* telle ou telle famille (objet de leurs soins) dans son contexte originel ou socio-culturel, pour connaître et comprendre la "biographie familiale".

Dans son récent livre intitulé *Au delà des différences*, l'éthologiste contemporain Iraneus Eibl-Eibesfeldt a retrouvé à travers des tribus très diverses et très éloignées les unes des autres, des comportements parentaux et familiaux dont la constance devient vite évidente sous la variété des *rituels sociaux* qui sont justement d'essence sociologique et dont l'étude directe relève de l'anthropologie culturelle.

L'éthologie d'ailleurs nous invite à chercher dans la vie animale, les modèles de comportements familiaux, et donc à les fonder *non sur la sociologie mais sur la biologie*.

En nous enracinant dans cette certitude, nous devons repenser les innombrables études de sociologie familiale, et rechercher dans une toute autre direction le paradigme de la Famille humaine. Nous regrouperons dans cette perspective quatre points essentiels en interrelation :

- La Famille humaine, groupe primaire naturel, ...
- Ayant des fonctions spécifiques par rapport à ses membres, ...
- Sous-système de la Société humaine, ...
- Est une réalité évolutive ayant un début, des cycles ou des stades, et une fin.

C'est seulement après avoir défini la Famille saine et en état d'équilibre interne/externe, que nous pourrions étudier les forces de dislocation qui agissent sur elle dans le Monde occidental, et esquisser une étiologie sociologique des troubles généraux de la Famille dans le contexte socio-politico-économique aujourd'hui en Occident. De même que les psychologues se demandent si tel malade n'est pas la résultante des types de pression qui s'exercent ou se sont exercés sur lui dans son milieu de vie (au lieu de chercher traditionnellement les causes purement internes de son état psychopathologique), de même nous voudrions orienter l'attention sur les causes sociales contextuelles des maladies familiales, au lieu de les chercher traditionnellement dans les relations purement internes du groupe-famille.

I. Éléments pour une définition de la famille saine normale

1. La Famille comme groupe primaire naturel

On sait que l'expression "groupe primaire", proposée par le psycho-sociologue américain Cooley, désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face-à-face, par opposition aux "groupes

secondaires" où l'inter-connaissance n'est que potentielle et où les relations sont de type indirect ou contractuel, du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale.

Groupe primaire, la Famille est, en outre, un groupe primaire *naturel* en ceci que les liens entre les membres sont fondés sur la *parenté*, ... qu'elle constitue un groupe d'appartenance, ayant une unité d'implantation territoriale, une existence groupale relativement close et affectivement chargée, et enfin doté d'un ordre interne, ensemble de rôles et statuts personnalisés. Chacun de ces aspects mérite un bref commentaire :

1.1. La *parenté* est à la fois une donnée biologique et sociale, et son fondement (biologique) est d'abord la consanguinité. C'est en effet secondairement que la parenté-par-consanguinité devient sociale par le jeu de la règle fondamentale de l'interdiction de l'inceste, disons plus exactement (pour ne pas nous laisser piéger par l'odeur psychanalytique de cette formulation) par le jeu de l'*obligation d'exogamie*. Claude Lévi-Strauss a démontré que sous la variété des systèmes de mariages autorisés/interdits se dégage la règle universelle d'exogamie grâce à laquelle les liens consanguins se complètent par des liens sociaux *d'alliance*, ce qui opère la *mutation sociale* proprement dite du type de relations familiales. Par cet aspect originel et fondamental, le clan consanguin s'ouvre à l'échange et à la communication (échange et communication des valeurs et des biens) ce qui institue la règle sociale et l'existence même de la Société.*

1.2. La *famille est un groupe d'appartenance et de référence en même temps*, c'est-à-dire que ses membres font partie d'un "nous" (*in-group*) et partagent les mêmes valeurs (ce que symbolise ce que l'on a appelé le totémisme primitif). Par l'appartenance, les individus-membres s'identifient (la famille, lieu d'identification) et sont identifiés par "les autres" (*out-group*). Le "nom de famille" matérialise institutionnellement cette appartenance. Par la "référence", les individus-membres cimentent leur cohésion et leur unité morale en adhérant aux mêmes valeurs.

1.3. La *famille est une unité d'implantation*; elle a un lieu d'habitation commune, des racines géographiques et un "territoire". L'être-

* "Les règles de mariage (définissant les unions prohibées et les unions préférentielles)" écrit Cl. Lévi-Strauss "sont des modalités des lois de l'échange. Elles représentent autant de façons de remplacer un système de relations consanguines d'origine biologique par un système sociologique d'alliance".

dé-quelque-part fait partie de l'essence familiale, et l'enracinement géographique corrobore l'identification personnelle, tout en marquant la totalité familiale de caractéristiques particulières dues aux influences du terroir sur les personnalités (aspect de mentalité partagé évidemment avec les autres habitants du même milieu géo-physique).

1.4. *Le groupe familial est un système relativement clos.* Quoi qu'il en soit sur la société ambiante (et nous avons vu ci-dessus la première de ses dimensions sociales à propos de la règle d'exogamie), le groupe familial est un milieu clos dans la mesure où les interactions y sont intégrées (et c'est cet aspect qui sert de support à la conception "systémique" de la Famille), où les relations impliquent tous les membres, et où se développe un champ affectif chargé, les tensions s'y nouent et s'y déchargeant "en vase clos". Cette "intimité" familiale peut prendre des tonalités émotionnelles très diverses dans la vie quotidienne ; elle est manifeste à l'occasion de certains événements, spécialement des fêtes et des deuils familiaux.

1.5. *La famille est un ensemble de rôles et statuts personnalisés,* constituant un certain ordre (figurables par un graphe) entre ses membres. Les fonctions, dans cette organisation spécifique, portent un nom (père, mère, grands-parents, enfants, alliés etc.) qui les caractérise et elles correspondent à des normes de comportement dont le contenu est variable selon les cultures. Cependant au-delà des différences socio-culturelles, ces rôles exigent des conduites bien particulières et la preuve en est qu'on peut les concevoir comme des *archétypes*. "Le bon père", "la bonne mère", "le bon fils" etc... sont autre chose que des conventions sociales relatives et arbitraires : la notion jungienne d'"archétype" rend bien compte de ce phénomène, et chacun s'y réfère implicitement dans ses réactions émotionnelles ou ses jugements en présence de cas d'"enfants-martyrs", de "père démissionnaire" ou de "mère dénutrée". Cet aspect va se préciser au cours de l'analyse de la seconde variable annoncée, celle de la spécificité des fonctions de la famille par rapport à ses membres.

2. La Famille comme ensemble de fonctions par rapport à ses membres

Le groupe primaire naturel dont nous venons de détailler les divers aspects, accompli dans son ensemble et par les rôles de chacun de ses membres, des fonctions irremplaçables.

2.1. *Lieu protégé,* lieu de soins et de soutien, lieu d'échanges et de communication, lieu d'apaisement des tensions d'origine extérieure ou

de décharge de ces tensions, la famille normale représente, pour ses membres, un refuge et un havre. Elle a une fonction sécurisante et réparatrice ; elle est une sorte de "sanctuaire" où l'on se réfugie, où l'on "se retrouve" à tous les sens de cette expression, par rapport aux difficultés et aux risques de l'aventure extérieure. La fonction d'échanges et de communication domine cette variable, dans la mesure même où les autres aspects (soins, soutien, apaisement, etc...) la supposent. Le "récit" et la confiance, la souffrance exprimée, la frustration exogène,... impliquent la confiance dans ce milieu d'accueil, et l'abaissement des défenses sociales toujours en alerte au dehors.

2.2. *Lieu de satisfaction de ses membres,* la famille saine est ce que l'on appelle "un pôle attractif" pour chacun de ses éléments. D'ailleurs chaque membre a, à l'égard de chacun des autres, un "système des attentes" dont l'expression et la connaissance réciproque permet la satisfaction suffisante. Ceci devient manifeste dans son inverse, c'est-à-dire dans les dissensions provoquées par la frustration des attentes, transformant la Famille en "pôle répulsif" et en lieu des conflits. Des besoins fondamentaux existent en chaque être, qui ne peuvent trouver satisfaction que dans le champ d'une famille attractive : tels le besoin de compréhension, le besoin d'approbation, le besoin d'amour et de réciprocité... "L'homme isolé vit comme un loup" disait Epicure.

2.3. *Lieu d'apprentissages multiples,* la famille trouve ici une de ses fonctions fondamentales et intervient tant sur le plan des comportements que sur celui de l'évolution des personnes. Tout d'abord elle est, pour les enfants, le facteur fondamental d'organisation de l'espace-temps parce qu'elle offre les premiers repères de cette structuration indispensable à la conscience de soi (corporelle et psychique) par rapport au monde et à autrui. "Se situer" a une importance particulière (que la psycho-génétique a découverte) dans la structuration de l'espace-temps et dans l'évolution affective vers la stabilité. D'autre part, on sait aussi que les processus d'identification sont nécessaires au développement de la conscience de soi, et la Famille est le lieu naturel de cette identification, par le jeu des modèles parentaux et des relations dans la fratrie. Enfin on doit considérer qu'une famille normale est un *lieu de maturation affective* pour chacun de ses membres. Même au niveau nucléaire du couple conjugal, l'authenticité de la communication, l'interconnaissance des "systèmes des attentes" et le désir d'aider l'autre, ont pour effet la maturation affective des conjoints. *A fortiori* pour les enfants et adolescents...

A cela s'ajoute, est-il besoin de le dire, l'apprentissage des rôles et tout de que les psychogénétiens ont groupé sous la notion de "fonction socialisatrice de la famille".

3. La Famille comme sous-système de la société ambiante

Il n'est guère besoin de noter, en introduction de cet aspect, que la famille a une première fonction sociale de pérennisation historique de la Société. C'est là un de ses enracinements biologiques à répercussion sociale immédiate, et le problème se découvre dramatiquement aujourd'hui dans la corrélation entre la dislocation de la famille et la dénatalité, en Occident.

3.1. *Le système-famille est ouvert sur la société ambiante.* Nous avons déjà vu, à propos de la règle universelle d'exogamie telle que l'a analysée Cl. Levi-Strauss, que les liens biologiques de consanguinité deviennent liens sociaux d'alliance, et que la famille (ou le clan primitif) s'ouvre ainsi nécessairement à une existence autre que groupale-close, devient ferment social en extension.

L'ouverture se traduit autrement que par l'apparement, dans la mesure où la famille participe, comme une cellule d'un plus vaste organisme, à la vie et aux activités de la Société plus large dont elle fait partie, dans laquelle elle assume des fonctions plus ou moins institutionnalisées, avec un statut social propre.

3.2. *La Société ambiante influence la famille.* La famille subit l'évolution historico-sociale de sa culture d'appartenance, et nous verrons ci-dessous que dans certains cas (celui de l'évolution de la Société occidentale) elle peut en être atteinte dans ses profondeurs. D'une façon plus générale, les familles dans leurs habitudes internes, dans leurs normes de rôles, et aussi dans leur forme institutionnelle, sont sous l'influence de l'Organisation sociale ambiante, de ses contraintes et de ses conditions de vie.

L'acculturation individuelle des membres, de par leurs activités sociales extra-familiales et leur participation à la vie culturelle générale, constitue une force de pression sur la famille comme groupe, et sur ses modalités internes d'existence groupale.

3.3. *La famille comme sub-culture.* Cette pression de conformité socio-culturelle n'intervient cependant que comme un facteur de modifications relativement superficielles lorsque la cohésion familiale est forte. Les normes intrinsèques subsistent, et de plus le caractère quasi-clos du système familial tend à développer des habitudes groupales

résistantes. Le résultat est que la famille normale est une "sub-culture" dans le milieu socio-culturel ambiant, et engendre ses manières, son langage, ses rites, ses stéréotypes sur les "autres", ses valeurs, ses mythes même. Entre la cohésion interne d'une famille et ses expressions de sub-culture, il y a renforcement réciproque, et cela donne au groupe familial une capacité certaine de résistance aux forces sociales de pression agissant de l'extérieur. On sait que si un Etat totalitaire veut substituer l'idéologie officielle aux valeurs traditionnelles, il lui faut infiltrer et détruire autant que possible les groupes naturels car ceux-ci sont des sources de pérennisation des valeurs jugées nuisibles et de renforcement de la résistance des consciences individuelles au conditionnement social dit nouveau.

4. La Famille, réalité évolutive ayant un début, des cycles et une fin

A la considérer maintenant du point de vue de sa vie intérieure dans son histoire propre, la famille a une naissance, une croissance, des crises et une fin en tant que groupe familial. La "théorie des cycles", élaborée aux U.S.A. par Reuben Hill ou par E.M. Duval, insiste sur ces phénomènes, et prend pour exemple typique que "le conflit des générations" ne peut se produire à n'importe quel moment de l'existence d'une famille.

Les "stades du développement" sont assez bien connus en ce qui concerne l'existence conjugale. La "lune de miel" par exemple est suivie par une phase d'organisation matérielle de l'existence commune (phase qui porte en elle des premiers facteurs de crise), et cette existence même, après la résolution de nombreux problèmes (les rapports avec la parentèle, le maniement de l'argent, l'habitat etc...), rencontre à un autre moment l'urgence de sa réorganisation lorsqu'apparaît le premier enfant...

Selon la théorie des cycles, l'âge et le nombre des membres ainsi que la composition de l'entité familiale sont les facteurs de cycles d'évolution et de "crises" diverses, ... la fin d'une famille se produisant par sa réduction progressive avec le départ des "enfants" allant fonder leur propre famille, et par la mort des Anciens.

Loin d'être une réalité groupale stable et à contours définis, la Famille, à son échelle macro-sociologique, est prise dans une sorte de mouvement brownien, et éclate lentement, dans le temps historique, en cellules-filles elles-mêmes promises à l'éclatement.

Encore faut-il ajouter qu'il s'agit là du mouvement normal de la Vie et de l'Histoire, ce qui laisse en dehors de cette vue les éclatements par suite de crises internes ou par suite de bouleversements sociaux traumatiques.

A travers l'analyse faite jusqu'ici, qui oriente axiologiquement les résultats des diverses études de sociologie de la Famille, nous pouvons nous représenter un peu mieux, je l'espère, la "famille saine", représentation sans laquelle aucune sémologie pathologique n'a de sens. Or c'est cette réalité à la fois biologique et sociale (l'articulation de ces deux aspects ayant été montré dès le début de cet article) qui se trouve aujourd'hui, en Occident, soumise à des forces socio-économico-historiques supérieures à ses capacités de résistance, et qui est en voie de dislocation.

II. Les facteurs de dislocation dans le monde occidental

Je répèterai ici, avant de tenter l'analyse des facteurs de dislocation de la famille dans le monde occidental moderne, que mon but n'est pas de ramener à des causes sociologiques les perturbations intra-familiales dont s'occupent les thérapeutes de la famille. Je crois par contre, que la pression des facteurs de dislocation en provenance du milieu socio-économico-historique s'exprime par des symptômes intérieurs à la Famille, et que la compréhension des "facteurs internes" doit pouvoir s'enrichir de la connaissance des facteurs externes de cette pathologie particulière.

Les facteurs de dislocation peuvent être regroupés sous trois catégories, que j'appellerai un peu arbitrairement : la pression économique, la pression idéologique, et les pressions sociologiques proprement dites.

Ces trois ensembles sont en interrelations étroites et interviennent en convergence.

1. La pression économique

Tout le monde connaît la théorie fonctionnaliste ou structuraliste de Talcott Parsons (reprise par R. Bales et par W.J. Goode) sur les rôles et statuts à l'intérieur de la famille, et sur les rapports fonctionnels entre le groupe Famille et la Société ambiante. La plupart des théoriciens de la Famille contestent cette approche du problème, mais oublient que le même Parsons, dans son *Social system* a développé des arguments difficiles à réfuter sur l'"incompatibilité fonctionnelle entre la Famille et la Société industrielle occidentale". L'auteur démontre dans cet ouvrage que par les seuls processus de l'industrialisation et du système économique-politique appelé libéralisme ou capitalisme, la Famille est condamnée à disparaître, tout simplement

parce que son existence est incompatible avec les exigences du type de Société occidentale.

1.1. *L'industrialisation exige que la priorité soit donnée au rendement.* Cette nouvelle "valeur" implique que priorité est donnée au "rentable" à tous les niveaux, et pousse les individus à une sorte de course à la rentabilité, à l'argent et au profit. Le "travail" perçu sous cet angle, perd ses finalités de création ou d'œuvre, et d'ailleurs le système industriel culmine dans la production de série et "de masse".

La répercussion la plus immédiate est que, dans le souci général de rentabilité, hommes et femmes font passer la recherche du "boulot qui rapporte" avant toute autre préoccupation, et d'abord avant le souci des rôles familiaux. Non seulement les femmes veulent s'assurer des revenus en s'insérant dans le système industrialisé (qui devient modèle de tout travail), ce qui crée leur absence au foyer et entraîne en chaîne des conséquences sur le psychisme des enfants, les meilleurs moyens de les faire garder, le nombre des crèches et autres jardins d'enfants, les substituts maternels à trouver (et à payer) etc. . . , mais encore la revendication normale de l'égalité des sexes dans le travail se répercute en égalité des rôles dans la Famille et en désorganisation fonctionnelle du groupe-famille.

1.2. *La mobilité géographique déracine les individus.* "Le travail qui rapporte" exige de ses idolâtres qu'ils soient mobiles c'est-à-dire qu'ils aillent travailler là où est proposé le travail. Géographiquement mobiles par nécessité économique, hommes et femmes acceptent le déracinement, et même évitent de "prendre des racines" quelque part. La "disponibilité" pour les déplacements et les déménagements fait partie des bonnes dispositions concurrentielles dans la recherche du travail rentable. Il s'ensuit d'une part une rupture avec les origines territoriales et d'autre part le sentiment de "n'être-de-nulle-part", ce qui ne va pas sans provoquer d'obscures frustrations (apparaissant sous forme de nostalgies indéfinissables) et des difficultés de re-création permanente d'un environnement humain sympathique.

1.3. *Le refus des "impedimenta" et la réduction de la famille au noyau minimum.* Tout ce qui peut "alourdir" ces voyageurs (*impedimenta* = bagages encombrants ou charges ralentissant le mouvement, empêchant la mobilité) est considéré comme à rejeter. Il ne faut pas (on ne peut pas) s'embarasser. *Les enfants* sont déjà, pour un couple avide de rentabilité économique et soucieux de conserver sa mobilité géographique, des bagages encombrants ; leur garde, leurs études, leur loge-

ment... compliquent les choses. En avoir le moins possible ou même ne pas en avoir du tout, est l'idéal. La "famille" tend à se réduire au couple. Pire que les enfants sont les *parents âgés*. Notre civilisation industrielle, par ses exigences spécifiques de déracinement de ses membres et de réduction du groupe-famille au minimum, exclut les personnes "dépendantes" et évidemment "les vieux". On ne sait plus quoi faire des vieux. Le souci des familles nucléaires mobiles (et les loisirs exigent aussi la plus grande mobilité géographique) est de "caser ailleurs" ses vieux. Il en est de même pour les enfants malades chroniques, les enfants débiles, les enfants malades mentaux...

Faisons le rapide bilan de ces pressions économiques sur la Famille dont nous avons, en première partie, énuméré les caractéristiques : toutes vont dans le sens d'une dislocation au niveau de la vie intérieure groupale, au niveau de l'enracinement, au niveau de l'organisation intrinsèque pour la satisfaction réciproque de ses membres... Peut-on aller jusqu'à dire avec Parsons : "Industrialisation ou Famille, il faut choisir" ?

2. La pression idéologique

L'intelligentzia occidentale (du moins la partie de l'intelligentzia qui milite) est fractionnée en marxisants, en gauchisants, en libertaires et en individualistes, lesquels ont tous en commun le mépris (et souvent la haine) du Monde Occidental, de son système économique, de son mode de vie, de ses pseudo-valeurs etc. A première vue ces tendances semblent contrarier la pression économique décrite au paragraphe précédent. En fait, elles en aggravent les effets, du moins en ce qui concerne notre thème, à savoir la dislocation de la Famille.

2.1. *La négation du lien familial et de la Famille comme groupe primaire naturel* fait partie depuis longtemps de l'idéologie anti-occidentale, depuis que les premiers prophètes ont cru voir dans la Famille (à cause du principe de l'héritage) le pilier de la propriété dite capitaliste. Le sociologue soviétique Anatole G. Kharchev, par exemple et pour ne citer que lui, conclut sa sociologie de la Famille en refusant de distinguer "groupes primaires" et "groupes secondaires" et en assimilant la Famille à n'importe quel sous-ensemble social : "absolument comparable à une équipe industrielle, la famille est une expression concrète des relations et tendances sociales en général, en liaison organique avec les problèmes économiques et historiques de la société politique dans laquelle elle se situe".

Dépouillée de ses valeurs concrètes et de la nature affective des liens intrinsèques, la Famille n'apparaît plus que comme propriétaire d'un territoire ou de biens transmissibles.

D'autre part, dévitalisée, la Famille ne subsiste plus que comme un lieu de contraintes et d'obligations, reflet et relais des contraintes sociales en général, aspect que soulignent les freudo-marxistes dans une ligne de pensée assez fidèle aux anathèmes de Freud contre la Famille, repris avec éclat par Wilhelm Reich ou Herbert Marcuse.

2.2. *La promotion de l'individualisme* vient ajouter sa pression idéologique propre et conforter les conclusions précédentes. Déjà le mariage, représenté comme pure obligation (assistance mutuelle, fidélité, abnégation de soi), est dénoncé comme une intolérable privation de la liberté individuelle. Même un auteur comme H. Touzard (1967) souligne l'aliénation inévitable que constitue, pour les partenaires, le lien conjugal : "La situation conjugale" écrit cet auteur, "caractérisée par la vie commune de deux personnes au statut intangible, par les entraves mises à la possibilité de se quitter, est l'illustration d'un champ parsemé de fortes barrières et enfermé à l'intérieur de plus épaisses encore. Un tel champ ne peut être générateur que de tensions".

La satisfaction sans barrière des désirs égocentrés et individualistes, devenue Valeur première (conception correspondant à la promotion du Ça freudien comme seul Moi authentique) entraîne logiquement les attaques les plus acharnées contre la Famille et contre toutes les formes d'obligations sociales. Le renouveau du Rousseauisme (de qui l'on retient seulement la formule célèbre "l'homme naît bon et c'est la Société qui le déprave") assure la conjonction des attaques contre la Société et contre la Famille qui la représente (et qui a, en outre, le vice supplémentaire de pouvoir s'imposer à *des enfants* en utilisant machinalement leur angoisse naturelle de l'abandon pour les soumettre).

2.3. *La mystique de la décolonisation*. Toujours au nom d'une liberté conçue comme la possibilité pour chacun de "faire son truc" (selon l'expression hippie), et contre toutes les formes d'"aliénation de l'individu", on en vient à exiger, après "la décolonisation des femmes", la "décolonisation des enfants".

Décoloniser l'enfant est le titre d'un livre de G. Mendel, et c'est évidemment d'abord par rapport à la famille. L'auteur demande pour les enfants le droit de vote à 12 ans (que vont penser les enfants de 11 ans ?) et le droit de divorcer d'avec leurs parents...

D'autre part "tuer le père" (formule freudienne qui tend à perdre son sens symbolique pour devenir un impératif d'émancipation) s'étend

à toute la famille et à toute autorité. Le conflit normal des générations est largement utilisé comme levier d'une contestation plus générale.

Il n'est pas étonnant que le résultat soit "l'autorité à la dérive" (titre d'un ouvrage de R. Gloton, 1974) et la dislocation de la Famille, étrangement accusée d'être le pivot d'un système social particulier alors qu'elle est de toute évidence trans-culturelle et trans-politique.

3. La pression sociologique proprement dite

Après l'évocation des pressions idéologiques qui démoralesent les pères et les mères et qui déconsidèrent d'avance toutes les actions de revigoration éventuelle de la Famille comme institution, ... revenons au domaine des faits et des influences du milieu social en Occident.

3.1. *La massification.* Il est banal de dire que notre civilisation occidentale, technologique-industrielle-urbanisée, est une "civilisation de masse". La production est "de masse" comme l'information (par les *mass-media*) est "de masse", comme l'habitat est celui des "grands ensembles"...

En ce qui concerne notre propos, cette massification a le curieux effet d'individualiser les personnes et de dissoudre les individualités dans la foule. C'est ce que David Riesman analysait dans son fameux ouvrage *La foule solitaire* en 1964.

Les petits groupes naturels sont inévitablement disloqués dans l'univers de conformation impersonnelle qui est celui des organisations de masse. Les appartenances se dissolvent dans la privatisation forcée autant que dans l'anonymat des foules ou des grands ensembles. Les liens affectifs se font superficiels dans les "fausses relations sociales" (Riesman), et l'indifférence envahit le champ de l'existence inter-humaine. Les preuves sont nombreuses de l'extraordinaire indifférence "des gens" à l'égard de ce qui arrive aux autres sous leurs yeux.

Dans cet univers, la famille n'est au mieux qu'un endroit où l'on couche et où l'on mange, une sorte de réfectoire et de dortoir que l'on rejoint par habitude et commodité.

3.2. *Le "milieu technique" remplace le "milieu naturel".* Par cette opposition, Georges Friedmann (1966) qualifie l'évolution qui a brisé l'ordre ancien. Notre civilisation nous fait vivre dans "le milieu technique", lequel nous conditionne et nous transforme. "Dans le milieu technique" écrit-il, "la part des stimulations venues des éléments naturels décroît, et au contraire un réseau de techniques se développe qui tendent à engendrer des automatismes, des conditionnements techni-

ques multiples (d'administration, de production, de consommation, d'information, de communication, de loisirs etc...)"

La famille n'a pas de place dans le milieu technique ; comme tout ce qui est "naturel", elle tend à être évacuée de l'environnement, ou plus exactement transformée elle aussi en un milieu nouveau sur lequel présentent les harcèlements des moyens techniques. Il serait facile de développer les modifications dénaturantes que la télévision, par exemple (mais aussi l'automobile, les centres de loisirs organisés ...) font subir à la famille, dont nous avons déjà vu qu'elle tend à se réduire à la "famille nucléaire" en fonction de l'industrialisation, de la nécessaire mobilité sociale et de l'urbanisation.

3.3. *L'"école parallèle" et l'influence de "centres attractifs" situés hors et loin de la famille* ajoutent au discrédit de la famille comme lieu des apprentissages, des identifications et de la satisfaction des besoins.

L'"école parallèle", c'est, par rapport aux enfants et adolescents, l'ensemble des lieux non-scolaires au sens strict et l'ensemble des émetteurs d'informations non-scolaires et non-familiaux, qui exercent une influence sur ces enfants et adolescents, et leur "enseigne" quelque chose sans avoir pour autant un statut pédagogique (ni de responsabilité pédagogique) et sans que les influencés aient le sentiment d'être là pour apprendre quelque chose.

Le milieu social occidental fourmille de lieux de ce genre, et ce qui en est "appris" par les enfants et adolescents n'est pas "la vie" (les choses utiles à la vie) comme on pourrait le croire, mais ce que produit la culture occidentale, et les pseudo-valeurs que ces produits diffusent.

Deux aspects sont ici à distinguer : d'une part la substitution de "centres attractifs" sociaux et artificiels, à ce "centre attractif" qu'était naturellement la famille (ce qui a pour effet de mettre "hors jeu" la famille et ses fonctions normales) ... d'autre part le contenu des "apprentissages" tirés de l'école parallèle, c'est-à-dire "la rue", "les bandes de copains", le cinéma, la presse (et les journaux à clientèle d'enfants et d'adolescents), la télévision, les disques et la musique psychédélique, les stimulations et incitations tirées de multiples influences incontrôlables...

Le contenu de ces divers apprentissages bouleverse tout le système des identifications et des références. La "formation" des esprits et des cœurs telle que la famille saine normale peut l'entreprendre dans un objectif de préparation à la vie et de maturation affective, est remplacée par une autre "formation" plus difficile à contester par les récepteurs parce qu'elle les façonne à leur insu. Pour ne prendre qu'un exemple, celui de l'extension inquiétante du nombre des drogués, on sait que les

“premières expériences” se font par suite d’une pression de conformité à l’intérieur des groupes de jeunes, où “celui qui n’a pas essayé” fait figure de mauviète ou d’enfant de chœur. Pour certains l’engrenage est rapide, puisqu’on rencontre déjà des drogués de l’âge de 11 ans, et que d’autres en arrivent à la prostitution (masculine et féminine) pour payer des doses qui se font de plus en plus chères...

Souignons plutôt le premier des aspects annoncés, à savoir la désorganisation familiale du fait de l’existence de nouveaux centres attractifs. Ces “centres attractifs” ne sont pas seulement extérieurs (par rapport à l’habitation familiale) ; ils peuvent aussi être intérieurs, et la télévision en est le meilleur exemple.

Lorsqu’ils sont extérieurs (réunions de “copains”, salles de jeux et d’appareils à sous, discothèques, bandes en moto, sex-shop etc.) ces centres attractifs consomment le temps de loisir et diminuent le temps de l’existence en famille. Celle-ci passe au second plan et disparaît même en tant que valeur.

A l’intérieur de l’habitation familiale, l’invasion de la télé opère, outre les apprentissages d’une “école parallèle”, un déplacement radical du centre d’intérêt (ce n’est pas l’être-en-famille qui intéresse, mais l’image) et une quasi-disparition des échanges et de la communication. Dans son livre *Télémanie* (1979), Jean Cluzel montre d’une part que toutes les télévisions occidentales se ressemblent étonnamment, et d’autre part qu’elles dévalent identiquement la vie de famille.*

3.4. *La démission des pères et des mères.* Absorbés par des rôles sociaux extérieurs, se jetant par compensation dans des loisirs d’évasion, ne retrouvant “la maison” que comme un hôtel-restaurant-salle de spectacle télévisé, les parents ont en outre l’impression, du fait du déplacement des “centres attractifs” dont nous avons parlé ci-dessus, que leurs enfants sont (selon l’expression d’un père) “des inconnus qui s’assoient à notre table”. Le phénomène est d’ailleurs généralisable, et la Famille est un regroupement occasionnel d’inconnus qui s’assoient à la même table. La disparition des échanges et des communications n’est même pas perçue ; elle s’est opérée à l’insu des membres de la famille, évanouie sans que quiconque s’en aperçoive.

L’absence de communication, loin de produire un silence paisible, est un phénomène “actif”, paradoxalement, qui instille un climat favorable aux tensions et qui rend insolubles les problèmes ou les crises

* On sait par d’autres enquêtes qu’un enfant avant même d’avoir été à l’école (donc avant six ans) a passé 18.000 heures devant un poste de télévision.

occasionnels. Lorsque tel ou tel enfant présente tout d’un coup un problème, le vide de la vie familiale ou ses tensions plus ou moins silencieuses ne sont pas perçus dans leur rapport éventuel avec la situation-scandale qui surgit, et le problème “dépassé” aussitôt les parents dans la mesure même où leur responsabilité les dépasse. Ils “démissionnent”.

Dans son ouvrage *Vers une société sans pères* (1963, tr. fr. 1969) Alexander Mitscherlich écrit : “Des pères dépossédés de leur pouvoir de création, relégués pour la plus grande partie de leur vie dans l’exercice d’une activité parcellaire, ne peuvent remplir ni leur tâche humaine de médiateur affectueux, ni non plus la seconde qui est de montrer comment on a commerce avec les objets dans sa culture, et de transmettre d’une façon concrète et visible un ensemble de règles d’action dans la vie... Le résultat en est l’existence d’une armée de maniaques de l’ascension sociale, et les ensembles gigantesques d’oubliés (les enfants) dont la plupart sont à la recherche de satisfactions de remplacement... *Grandir en étant oublié* n’est pas le propre d’une classe, apparaît de plus en plus souvent dans toutes les classes sociales et représente donc une tendance propre aux conditions sociales”... (p. 182-183).

Notons ici au passage, d’une part que les mères sont également démissionnaires (ou dépressives), d’autre part que la double démission est déjà *a priori* (par l’effet des conditions sociales) et qu’elle devient patente lors du surgissement des problèmes.

Il faut quand même dire que la Société, toute “surorganisée” qu’elle soit et malgré les fameuses et successives “politiques de la Famille” (dont l’essentiel est l’assistance aux familles dans le besoin et les cris d’alarme contre la dénatalité et ses conséquences), ne fait pas grand chose pour *l’éducation des parents*. On a bien programmé l’“éducation sexuelle” (ce qui a stimulé les expériences précoces et déculpabilisé les perversions), mais à aucun moment l’école n’apprend aux grands adolescents et adolescentes la psychologie des enfants, la psychologie différentielle des sexes et des âges, la psychologie de la vie conjugale, etc..., connaissances dont au moins les rudiments seraient utiles à ceux qui seront pères et mères dans la décennie qui suit.

En revanche, la Société (si souvent et si continûment accusée par ceux qui fuient et nient leur responsabilité) favorise la démission parentale en “psychiatrisant” les cas difficiles, en multipliant les institutions de recours et de soulagement (depuis les crèches jusqu’aux hôpitaux pour vieillards), en créant en annexes aux écoles primaires, des centres de rééducation pour enfants perturbés...

On peut se demander si les thérapies familiales ne sont pas à leur manière, un effort gigantesque et désespéré pour rétablir et reconstituer une Réalité naturelle (la Famille) que l'ensemble des forces de la Société ambiante est en train de détruire. Là encore la Société crée des structures de récupération de ses propres déchets, ou plutôt laisse espérer la re-création de ce qu'elle dissout sans cesse.

Si l'on fait le bilan des forces de dislocation de la Famille dans le Monde occidental (et leur analyse complète dépasse largement l'esquisse ici proposée), on mesure l'ampleur du maelström qui secoue les bases de la Famille. Le "champ clos" qui était ou qui devrait être le lieu des retrouvailles, des consolations et des échanges, des apprentissages de la vie et des identifications, est devenu le champ clos où s'affrontent des individualismes incompatibles et où se déchargent dramatiquement des tensions qui se sont nouées dans la société ambiante, les plus faibles et les plus vieux payant pour des frustrations subies ailleurs et au-dehors. Dans l'espace dissolvant créé par des conditions extérieures de vie, les sentiments fondamentaux, les processus naturels de maturation et le sens de la communauté se muent en d'autres formes d'aliénation.

Roger Mucchielli

1. Roger Mucchielli, agrégé de philosophie, Docteur-ès-Lettres & Sciences Humaines, Docteur en Médecine, Neuro-psychiatre, Professeur honoraire à l'Université de Nice . . . 6, Avenue Soleil d'Or, 06230 Villefranche-sur-Mer.

ASPECTS DE LA DEMANDE LA DEMANDE EN PSYCHANALYSE ET EN THERAPIE FAMILIALE

Dr. R. NEUBURGER

La demande d'un sujet est ce qui soutient de bout en bout une analyse. Le psychanalyste travaille avec la demande, demande individuelle s'il en est. Peut-on utiliser ce concept en thérapie familiale à propos d'un groupe d'individus dont les intérêts ne coïncident que partiellement ?

Et si l'on pense qu'il n'y a demande qu'individuelle, comment tenir compte du besoin de changement exprimé par un sujet qui se définit comme porte-parole (comme membre) d'un groupe, en l'occurrence familial ?

La possibilité d'exprimer une demande par un sujet est bien la conséquence du travail d'individuation, soit spontanément réalisé dans le groupe familial, soit favorisé par une thérapie familiale.

S'il y a spécificité de l'abord systémique, il m'a semblé que le terme de demande devait être revu dans le contexte.

I. Toute demande est intransitive

La demande ne rend pas seulement compte du besoin qu'elle exprime, même à paraître comblée. Elle est également demande "pour demander", demande d'amour, demande intransitive.

Et ce serait seulement dans cet écart entre demande et besoin que pourrait, dans certaines conditions, apparaître quelque chose du désir du sujet, comme *primus movens*, ne serait-ce qu'un désir d'un désir insatisfait.

Le désir est en quelque sorte lié à la possibilité d'émergence d'une demande intransitive, comme l'est une demande de changement, en tant qu'elle n'est pas demande de quelque chose.

C'est pourquoi il nous semble que le travail psychiatrique, à quelque niveau que ce soit, n'est pas de combler des besoins, mais de susciter, autoriser, faciliter l'émergence d'une demande. C'est un travail de désaliénation, qu'il soit institutionnel, familial ou individuel.

II. Le but de la thérapie familiale est aussi de permettre l'émergence d'une demande

Freud, le premier, a dévoilé un des refuges de la demande dans le symptôme névrotique. L'analyste lui aussi doit pouvoir juger de l'importance de l'aliénation du symptôme au discours familial actuel. En effet, dans certains cas, la famille n'autorise pas l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, quel que soit le symptôme ou sa gravité.

Il nous semble que la place du thérapeute familial est, dans ces cas, de permettre, par une désaliénation du groupe familial, l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, et pas seulement chez celui qui au départ était porteur du symptôme. C'est ce qu'on appelle le travail d'individuation, en thérapie familiale. Là se termine peut-être sa tâche.

III. L'utilisation de la notion de demande nous permet de dépasser le recours habituel au symptôme pour doser l'indication

Alain, un grand adolescent de 16 ans, depuis quelques mois abandonne progressivement ses activités : judo, piano, et ses résultats scolaires sont de plus en plus mauvais. Alain est un garçon intelligent qui jusque-là n'a eu aucune difficulté. On peut donc qualifier de symptôme ce qu'il présente.

Lui-même ne fait que constater ses difficultés, n'en donne guère d'explication, sinon qu'il part en guerre contre ses parents qui voudraient tant qu'il réussisse. Ils sont vieux jeu, ne comprennent pas qu'on puisse aimer ne rien faire. Ils sont rigides, ne sont d'accord ensemble que pour lui faire des reproches, etc.

A la question que je lui pose de ce qu'il fait de son temps libéré (il ne va plus au judo ni au piano), j'apprends qu'il en profite pour rencontrer sa mère. Celle qu'il appelait jusque-là sa mère était en fait la deuxième femme de son père.

Il m'oriente alors vers des problèmes familiaux complexes, mais où il semble tout-à-fait à l'aise : la deuxième femme de son père est également sa cousine. Néanmoins, il n'y a pas consanguinité, car c'est la fille conçue hors mariage de la femme du frère de son père...

Il lui semble que ses parents seraient mécontents d'apprendre qu'il voit sa mère. C'est pourquoi il le cache. Je m'étonne, et lui fait remarquer qu'il leur donne pourtant actuellement d'autres motifs de mécontentement.

Il en vient alors à me parler de ses difficultés de contact avec les filles, des questions qu'il se pose sur sa sexualité, de son isolement, etc.

J'ai choisi ce cas non pas pour son originalité, mais en tant qu'il me semble illustrer que le symptôme est là au carrefour de deux logiques :

- l'une où il s'agit du "symptôme du malade",
- l'autre où il s'agit du "malade-symptôme".

L'une, logique, symbolique, ternaire, oedipienne, du désir. L'autre, logique, de l'imaginaire, binaire, systématique, où le symptôme échappe au sujet et tombe dans l'appartenance au système familial.

Les deux logiques nécessitent l'utilisation de concepts différents, impliquent des modes d'approche différents. La question peut alors être posée du choix ou des indications respectives de la psychanalyse et de la thérapie familiale. Il me semble que les deux logiques sont toujours en cause dès qu'il y a un symptôme. Ce qui reste à saisir est la ligne de partage, en sachant que le même thérapeute ne saurait jouer en même temps sur les deux tableaux. Il doit donc repérer ce qui domine de l'aliénation au discours familial ou de l'aliénation du sujet de l'inconscient, c'est-à-dire si le contexte familial autorise une demande ou pas.

Cette façon de poser le problème de l'indication me paraît permettre de dépasser le recours habituel à des critères nosologiques.

IV. Le sujet ne peut formuler une demande : les éléments de la demande sont alors dispersés dans le groupe familial

Il est évident que nous ne sommes pas toujours dans les conditions de définir un contrat analytique telles que les a décrites Freud :

"Quelqu'un, par ailleurs maître de soi, souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint et demande de l'aide."

Freud décrit ici les conditions qui constituent la demande au sens analytique. Ces éléments, il m'a semblé pouvoir les décomposer ainsi :

1er temps : le symptôme, témoin du conflit.

2ème temps : la souffrance qui en découle.

3ème temps : ce que j'ai nommé l'allégation (terme qui signifie mettre en avant, se prévaloir, s'appuyer sur, invoquer).

L'allégation peut être demande d'aide, mais isolée, elle n'est jamais la demande de changement qu'elle peut paraître signifier. Pour qu'il y ait demande, il faut et il suffit qu'un sujet soit porteur d'un symptôme dont il souffre et qu'il allègue pour demander de l'aide à un praticien.

Dans les autres cas, nombreux, qui ne constituent pas des indications d'analyse, il n'y a pas de demande à proprement parler. Et

pourtant, les éléments constitutifs de la demande sont présents, mais ils ne sont pas présentés par le même sujet. *Ils sont répartis dans une même famille*, comme nous le verrons dans les cas suivants.

V. Un sujet présente un symptôme dont il souffre, mais qu'il n'allègue pas pour demander de l'aide (clivage entre souffrance et allégation).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui souffre de quintes de toux récidivantes, d'accès d'aphonie, d'étourdissements qui n'ont pas fait la preuve de leur organicité. Elle présente par ailleurs des tendances dépressives marquées depuis peu de temps. Ce sont celles-ci qui motivent la consultation, demandée par le père.

La famille comprend, outre la fille :

- le père, "homme intelligent, d'une grande autorité et d'un talent peu commun", mais de santé fragile en raison d'une tuberculose pulmonaire.
- la mère, qui semble être peu instruite, voire inintelligente.
- le frère, l'aînée d'un an et demi. Il évite les querelles familiales, nombreuses, mais s'il prend parti, il est toujours du côté de la mère.

Quand à la malade, elle semble de tous temps avoir été attachée à son père et à sa famille paternelle, en particulier à une tante, femme malheureuse et névrosée qui lui aurait servi de modèle.

Si nous reprenons les éléments de la demande, nous trouvons ici :

- une jeune fille qui présente des symptômes,
 - une jeune fille qui en souffre,
 - une jeune fille qui ne s'en rapporte pas à une aide extérieure.
- Au contraire, "toute proposition d'aller consulter un médecin provoque sa résistance, et ce n'est que sur l'ordre formel de son père" qu'elle consulte.

L'allégation vient ici du père, qui présente ainsi le problème : sa femme et lui sont liés d'amitié avec un autre couple, amitié assez intime car c'est la femme du couple qui l'a soigné avec dévouement alors qu'il était très mal et s'est par là acquis sa reconnaissance. Cette dame et son mari se sont toujours montrés très amicaux avec la malade, avec une réciprocité certaine.

Mais un jour éclate une crise : la malade se plaint d'avoir été l'objet d'une tentative de séduction de la part du mari. Elle exige alors de son père qu'il rompe toute relation avec ce couple.

Je pense qu'à ce point, vous avez reconnu qu'il s'agit du cas DORA, que Freud rapporte en 1905.

Le père s'exprime ainsi :

"Je ne doute pas, dit le père, que cet incident ne soit la cause du changement d'humeur de Dora, de son irritabilité et de ses idées de suicide. Elle exige que je rompe mes relations avec M. K..., et surtout avec Mme K... pour laquelle elle avait, dans le temps, une sorte d'adoration. Mais je ne puis faire cela, car premièrement je considère moi-même que le récit de Dora, au sujet des propositions malhonnêtes de M. K..., est une fiction qui s'est imposée à elle; deuxièmement, je suis attaché à Mme K... par une sincère amitié, et je n'aimerais pas lui faire de peine. La pauvre femme est très malheureuse avec son mari, dont je n'ai d'ailleurs pas très bonne opinion. Fort nerveuse elle-même, elle possède en moi son seul appui. Vu mon état de santé, inutile de vous assurer que rien d'illicite ne se cache dans nos rapports. Nous sommes deux pauvres êtres qui, autant que possible, se consolent par une mutuelle sympathie amicale. Vous savez que ma femme n'est rien pour moi. Dora cependant, qui a hérité de mon entêtement, ne peut être détournée de sa haine contre les X... Sa dernière crise a eu lieu après un entretien au cours duquel elle a de nouveau exigé de moi la même chose. Tâchez, vous, maintenant, de la remettre dans la bonne voie."

Le récit paternel est confirmé par Dora. Freud en fait le commentaire suivant : "Face à cette cohérence, on pourrait dire "tout cela est juste et réel, mais que peut-on y changer ?" Mais il perçoit que Dora n'est pas étrangère au désordre qu'elle dénonce. Elle a maintes fois protégé par son silence, voire même favorisé les relations entre son père et Mme K. De même, son attitude face à M. K. est bien loin d'avoir été neutre.

Comment s'y prend-il pour faire passer Dora de la position de malade-symptôme-victime, telle qu'elle se présente, à celle du sujet de son symptôme qui peut demander de l'aide ? Il perçoit que de simples explications n'y suffiront pas. Il lui dit alors ceci :

"Je lui dis qu'elle avait, sans doute, un but qu'elle espérait atteindre par sa maladie, et que ce but ne pouvait être autre que celui de détourner son père de Mme K... Comme les prières et les arguments ne suffisaient pas, peut-être espérait-elle attendre son but en faisant peur à son père (voir la lettre d'adieu), en éveillant sa compassion (par les évanouissements) — et si tout cela ne devait pas réussir, du moins se vengeait-elle de lui.

Je lui dis qu'elle savait combien il lui était attaché et que, chaque fois qu'il était interrogé sur la santé de sa fille, les larmes lui

venaient aux yeux. J'étais, lui dis-je, tout à fait convaincu qu'elle guérirait instantanément si son père lui annonçait qu'il sacrifiait Mme K... à sa santé. J'espérais d'ailleurs, ajoutai-je, qu'il ne céderait pas, car elle apprendrait alors quel moyen de pression elle avait entre les mains et ne manquerait pas de se servir de sa possibilité d'être malade dans toutes les occasions. Je dis encore que si son père ne céda pas, je m'attendais bien à ce qu'elle ne renoncât pas si aisément à sa maladie."

Cette proposition de structure paradoxale me paraît bien être l'ancêtre de la prescription de non changement, telle que Selvini l'a décrite. Cette prescription a pour effet de débusquer ce qui, chez Dora, fonctionne dans l'appartenance au système familial, ce que Freud nomme les bénéfices secondaires de la maladie.

Lacan, à la suite de Freud, dans des cas analogues, propose qu'on introduise le patient à un premier repérage dans le réel avant de commencer la cure. Ce premier temps ne consiste pas à adapter le sujet à la réalité, mais au contraire à lui montrer qu'il n'y est que trop adapté, puisqu'il concourt à sa fabrication. Mais, écrit Lacan, "Ici s'arrête le chemin à parcourir avec l'autre, car déjà le transfert a fait son œuvre, montrant qu'il s'agit de bien autre chose que des rapports du Moi au monde".

Dans les cas où le patient n'est pas le sujet de sa demande, tout en étant pourtant sujet de ses symptômes et de sa souffrance, cette première étape est indispensable. Il ne peut y avoir analyse sans un sentiment, même discret, d'y être pour quelque chose dans son histoire, et ce n'est pas en forçant le transfert qu'on obtiendra ce résultat. Au mieux, cela entraîne un conflit de loyauté entre la fidélité au groupe familial et la dépendance au désir de l'analyste trop tôt dévoilé.

VI. Un sujet présente un symptôme, mais n'en ressent pas apparemment de souffrance, et encore moins demande de l'aide (clivage entre symptôme et souffrance)

Il est de nombreux cas où la dissociation des éléments de la demande ne se situe pas entre allégation et souffrance, mais entre symptôme et souffrance. Il y a là inadéquation complète entre le désir de l'analyste et l'allégation familiale.

Il s'agit de sujets appartenant à des familles pathologiquement fragiles, au fonctionnement rigide peu apte au changement, où le symptôme peut faire l'objet d'une interprétation quasi paranoïque, d'une menace pour le groupe familial.

Le psychanalyste, face à ces familles, se sent rapidement mis sur la touche, ou bien absorbé dans le fonctionnement familial, prenant la

place du régulateur du système. Des formes dégradées de psychanalyse, telles qu'on peut les observer actuellement (psychothérapies séparées pour chaque membre du groupe, entretiens alternés, etc.) ont fait la preuve de leur inefficacité. De même pour les tentatives artificielles de couper le cordon, par l'éloignement du sujet perçu malade par le psychiatre.

Freud a fort bien rendu compte de la difficulté d'abord de ce type de famille où, quand l'un a un symptôme, c'est un autre qui souffre, et encore un troisième qui cherche une aide. Il s'exprime ainsi :

"Une situation comme celle du propriétaire immobilier qui commande à l'architecte une villa selon son goût et ses besoins, ou du donateur dévot qui fait peindre à l'artiste un tableau de piété dans le coin duquel trouve place son propre portrait en orant sont fondamentalement non conciliables avec les conditions de la psychanalyse. Certes il arrive tous les jours qu'un mari se tourne vers le médecin avec l'information : Ma femme est nerveuse, ce qui fait qu'elle s'entend mal avec moi ; rendez-lui la santé, que nous puissions à nouveau faire bon ménage. Mais assez souvent il apparaît que c'est là une mission impossible, je veux dire que le médecin ne peut pas produire le résultat en vue duquel le mari avait désiré le traitement. Aussitôt que la femme est libérée de ses inhibitions névrotiques la rupture du mariage éclate, son maintien n'ayant été possible que sous la condition de la névrose de l'épouse. Ou bien des parents réclament qu'on rende la santé à leur enfant, qui est nerveux et indocile. Par enfant en bonne santé ils entendent un enfant qui ne cause aucune difficulté à ses parents, et dont ils n'aient qu'à se féliciter. Il peut arriver que le médecin réussisse à rétablir l'enfant, mais après sa guérison celui-ci suit avant d'autant plus de décision sa voie propre, et les parents sont alors beaucoup plus mécontents qu'auparavant. Bref il n'est pas indifférent qu'un être humain vienne à l'analyse de son propre mouvement ou qu'il le fasse parce que d'autres l'y amènent, que son changement soit désiré par lui-même ou seulement par les siens, qui l'aiment, ou dont on serait en droit d'attendre un tel amour."

Nous en prendrons pour exemple une famille vue récemment. Il s'agit d'une famille de quatre personnes, que nous n'avons jusqu'à présent vue qu'une fois.

Le père a 33 ans, il est ingénieur.
La mère a 31 ans, elle ne travaille pas.
Jean, le fils aîné, a 7 ans et demi.
Jérôme, le patient désigné, a 4 ans et demi.

Nous avions été contactés par le médecin qui suit la mère, et qui s'inquiète d'un symptôme apparu chez Jérôme. Depuis une année, Jérôme refuse obstinément d'aller à la selle, malgré les supplications, les encouragements, les menaces familiales. Ce refus a entraîné l'irritation des médecins consultés, qui ont multiplié les prescriptions plus ou moins sadiques, que la mère applique. Récemment, un chirurgien s'est même proposé d'intervenir sur un mégacolon secondaire.

Quand la famille se présente, nous sommes frappés par leur aspect de famille heureuse, qui contraste avec le tableau annoncé. Ils sont tous jeunes, blonds, beaux, souriants, "relax" ...

Le problème nous est présenté ainsi : c'est la psychanalyse que suit la mère. Elle a des problèmes et ne peut faire sérieusement son analyse, gênée qu'elle est par les différents membres de la famille, entre autres la constipation de Jérôme interprétée comme une façon de la retenir ! ! ...

Le père fait une surenchère : il est malade, il ne le savait pas, mais maintenant il est prêt à l'accepter, d'autant qu'il a une sœur alcoolique... Son problème est qu'il ne peut s'empêcher d'intervenir partout, que ce soit à son travail ou chez lui, il dit même qu'il empêche sa femme de "faire" ...

Puis il sera longuement question de Jean le fils aîné, qui a déjà fait une psychothérapie infructueuse pour un problème de filiation. Son père n'est pas le mari actuel. Ce dernier a, comme il dit, pris l'ensemble mère et fils, ravi d'avoir d'emblée un enfant. Jean avait alors 9 mois. Il y a eu beaucoup de problèmes avec le véritable père, qui tentait d'attirer Jean; mais Jean aurait fait choix du mari actuel comme père. Jean paraît étonné de ce qui est dit, et demande quand il aurait fait ce choix. Jérôme, pendant ce temps, paraît très intéressé, vif, suivant bien ce qui se passe.

Du problème de la constipation, la mère dit avec un large sourire que "c'est un chantage de plus" pour l'attacher à la maison. Pour le père, c'est un problème secondaire.

Quand on s'enquiert de qui souffre le plus dans la famille, le père, Jean et sa mère sont d'accord pour penser que c'est la mère qui souffre le plus. Jérôme, lui, désigne d'abord la mère, puis Jean.

L'ambiance à la maison est décrite comme agitée. Les rapports entre les parents sont très violents, mais ça n'a pas d'importance, car les enfants ont toujours connu ça, dit la mère.

L'exploration par circularité des relations est difficile, tous s'avèrent très habiles pour répondre à côté, évasifs. Le père recourt souvent à l'auto-accusation, la mère à l'explication psychologisante. Des relations des uns et des autres, la mère en dit que tout le monde est jaloux de tout le monde.

Tous s'attachent à démontrer l'existence de deux clans : Jean et sa mère d'une part, Jérôme et son père d'autre part; ce que les attitudes des enfants contredisent : au moment où le père dit que Jean ne quitte pas sa mère, celui-ci est blotti dans ses propres bras.

Enfin, la mère laisse percevoir une autre partition du groupe en signalant que les problèmes ne démarrent que lorsque son mari rentre du travail. Il s'occupe de tout, il ne peut s'empêcher de sadiser Jean, en lui posant des questions sans écouter la réponse.

De la constipation de Jérôme, il n'est plus question.

Le père conclut en disant que c'est le "bins" à la maison, laissant entendre avec une large sourire que la situation est inextricable.

Dans cette famille, nous voyons bien un clivage entre le symptôme rapporté à Jérôme, et la souffrance rapportée à la mère. Quant à l'allégation, elle est exprimée alternativement par le père, Jean, la mère, sur des modes divers, avec une prévalence pour le père : "Faites qu'ils me laissent plus libre !"

Cette dissociation des éléments de la demande explique peut-être l'échec de la psychanalyse de la mère et de la psychothérapie de Jean. Elle démontre la prévalence de l'effet de la logique de l'appartenance au groupe familial sur chacun de ses membres.

VII. Propositions pour une exploration systémique des éléments de la demande

S'il est donc nécessaire à l'analyste de pouvoir apprécier les éléments de la demande lors des entretiens préliminaires, on voit que c'est tout aussi important pour le thérapeute systémique. Dans ces cas de dissociation de la demande, il est souhaitable qu'il puisse juger de son importance, de la répartition des rôles, de leur fixité, etc. A l'inverse de la situation précédente, il peut se trouver que d'emblée le thérapeute systémique se trouve confronté à un problème présenté comme familial et où pourtant la convergence des éléments de la demande chez un seul montre que l'indication d'un abord individuel s'impose.

J'ai proposé d'introduire une technique, qui consiste à explorer le système au moyen de questions correspondant aux trois éléments de la demande, tout en respectant les règles de la circularité, définies ainsi par l'équipe Selvini :

"Par circularité, nous entendons la capacité du thérapeute de mener son investigation en se basant sur les feedback de la famille en réponse à l'information qu'il sollicite en termes de relations donc en termes de différence et de changement."

“Ce que nous nommons circularité est notre conscience, ou mieux, notre conviction de ne pouvoir obtenir des informations authentiques de la famille que si nous travaillons avec les principes suivants :

- 1) Que l'information est une différence.
- 2) Que toute différence est une relation ou changement dans la relation.

Les questions, pour respecter la circularité, doivent donc être formulées en termes de différence. Après des essais plus ou moins heureux, des hésitations et des tâtonnements, nous proposons de formuler les questions ainsi :

- 1) pour explorer le symptôme, premier temps de la demande :

“*Qui pose le plus de problèmes à la famille actuellement ?*”

Nous évitons la formulation : “quel est le problème ?”, qui risque de nous renvoyer à une cause externe sur laquelle personne n'a de prise. Nous utilisons le terme “problème” et non “maladie”, car d'une part ce dernier terme est souvent compris comme la souffrance et non le symptôme, et d'autre part il ne nous semble jamais souhaitable de médicaliser.

- 2) Pour explorer la souffrance, deuxième temps de la demande :

“*Qui, pensez-vous, souffre le plus de la situation ?*”

- 3) Enfin, pour l'allégation de la demande :

“*Qui se montre le plus préoccupé de la situation ?*”

Il est évident que cette exploration n'est ni systématique ni rigide, et qu'elle dépend des conditions de la rencontre, certaines questions s'avérant inutiles quand la famille apporte spontanément la réponse.

Exemple :

Cet exemple est extrait d'un premier entretien avec une famille où la malade désignée est présentée comme anorexique depuis 18 ans, ayant subi multiples traitements et hospitalisations diverses.

“— Th. (à la mère) : Qui souffre le plus ?

— Mère : Tous les trois.

— Père : Ça ne se mesure pas.

— Mère : C'est difficile à savoir comment les autres souffrent par rapport à soi.

— Mère : C'est peut-être tous les deux : ma fille et mon mari.
— Th. : Qui, des deux ?

— Mère : C'est plutôt elle.

— Th. (au père) : Qui souffre le plus ?

— Père : J'aurais peur de dire que c'est moi.

— Th. : Et après vous ?

— Père : Elle (désignant la malade).

— Th. (à la fille) : Qui souffre le plus ?

— Fille : Je souffre beaucoup, car j'ai honte de la situation. Mais d'un autre point de vue, je souffre peut-être moins que mes parents, car les sottises à faire, c'est moi qui les fait. J'ai une part beaucoup plus active dans la situation, alors que mes parents en subissent les contrecoups.

— Th. : Et des deux ?

— Fille : Je crois que c'est papa. Quoique j'en suis plus sûre du tout, car j'ai l'impression que tout le monde est en train de craquer.”

a) On ne peut conclure à une indication d'analyse, en raison du clivage entre le symptôme et la souffrance. Si elle souffre, c'est parce qu'elle a honte, c'est-à-dire pour les autres. De même, son père souffre à cause d'elle.

b) Malgré 18 ans d'évolution et de traitement, le problème familial est intact et toujours vivace. Il mérite d'être exploré.

c) Le pronostic n'est pas aussi défavorable que l'ancienneté des troubles le laisse supposer.

Dans l'ensemble, les résultats sont encourageants. Cette technique permet au thérapeute de confronter les réponses familiales à ses projections sur le groupe en présence, en ce qui concerne la distribution des rôles. Il devient alors plus aisé d'émettre des hypothèses quant au fonctionnement familial. Pour les familles, la circularité qu'impliquent les questions force à un certain décryptage digital de ce qui jusque-là n'était souvent qu'analogique.

Dr R. Neuburger

31 rue de Liège
75008 Paris (France)

SUMMARY

In spite of their suffering, some patients cannot submit to a psychoanalytical treatment. Rather than postulate an hypothetical

ANALYSE DIFFERENTIELLE DU SYSTEME RIGIDE DE L'ANOREXIE MENTALE DANS L'OPTIQUE SYSTEMIQUE DE LA THERAPIE FAMILIALE

F.X. Pina PRATA

Ce sont plutôt des questions que des réponses qui orientent cet exposé. Une première question se rapporte à la psychopharmacothérapie de l'anorexie mentale : je ne l'aborderai pas directement.

Une deuxième question met en cause la possibilité ou l'impossibilité d'une analyse différentielle des systèmes familiaux rigides.

Une troisième question a trait à l'avantage de l'utilisation d'un modèle non seulement qualitatif mais également quantitatif.

1. Trois questions :

Lors de la journée de thérapie familiale organisée par le Centre de guidance de la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, le 24.11.79 à Bruxelles (Woluwé), j'ai posé ces 3 questions à Mara Selvini-Palazzoli, au cours de son intervention.

1.1. A la fin de sa conférence, elle m'a dit au sujet de l'emploi des neuroleptiques et en particulier de la chlorpromazine dans les cas d'anorexie, qu'on ne les prescrivait plus dans son groupe de Milan. Elle a également affirmé que la distinction entre les différentes formes d'anorexie proposée en 1963 dans son livre sur l'anorexie mentale n'avait plus de sens du point de vue psychopathologique; il en allait de même pour la nosographie psychiatrique dans laquelle cette distinction s'inscrivait, en définissant alors l'anorexie mentale comme une psychose monosymptomatique. A ce sujet, Mara Selvini ajoutait que, dans sa position actuelle, les catégories nosographiques psychopathologiques de la psychiatrie traditionnelle conservent seulement une portée descriptive. Dans ce contexte, elle ne pense pas qu'un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale ait quelque intérêt.

1.2. Si je parle plutôt d'analyse différentielle, c'est parce que, d'une part, j'accepte les limitations énoncées par Selvini au sujet du diagnostic différentiel du type nosographique en question, mais que, d'autre part,

psychoanalytical typology with indications and counter-indications, it could be more fruitful, in those cases, to consider the possibilities of change for a subject enmeshed in a rigid family system. The process of desalienation and individuation which are the goals of family therapy apply precisely when the "discourse" of the individual takes the mask of a family discourse, of a fidelity towards a powerful and alienating myth.

A way to appreciate the importance of the enmeshment in the family is the study of the "Demand". From the author's "Point de vue", the Demand in the psychoanalytical acceptance of the word, can be split in three motions: the symptom, the resulting suffering, and the allegation of suffering to ask for help. In the family cases, the three elements, which otherwise are expressed and supported by the patient, are shared out amongst the family members: one has a symptom, another or others suffer from it, and a third asks for help.

It is suggested a systemic model to investigate the different parts of the Demand during the first interviews.

RESUME

Certains sujets ne peuvent aborder un processus analytique, malgré leur souffrance. Plutôt que de postuler l'existence d' "indications" et de "contre-indications" à l'analyse, renvoyant à une hypothétique typologie, on peut s'interroger sur les possibilités réelles de changement pour un sujet inclus dans un système familial rigide. Les processus de désaliénation et d'individuation que vise la thérapie familiale s'appliquent précisément aux cas où le discours du sujet se masque d'un discours familial, d'une fidélité à un mythe présent, actif et aliénant.

Pour l'auteur, la Demande, au sens analytique, comprend trois temps: le symptôme, la souffrance qui en découle, et l'allégation de cette souffrance pour demander de l'aide. Ces éléments sont exprimés par un même sujet, sauf dans les cas de pathologie familiale, où ils sont répartis dans le groupe familial: l'un a un symptôme, un autre ou d'autres en souffrent, un troisième demande de l'aide.

Il est proposé un modèle systémique pour situer les trois temps de la Demande lors des premiers entretiens.

* Psychanalyste et thérapeute familial.

** Travail effectué dans le cadre du "CENTRE D'ETUDE DE LA FAMILLE", centre de formation et de traitement, 31 rue de Liège, 75008 PARIS.

il me semble possible de distinguer dans les systèmes familiaux rigides, des systèmes avec un patient-désigné anorexique. Ceci moyennant une analyse précise qualitative et simultanément quantitative comme je l'indiquerai.

2. Diagnostic différentiel :

L'évolution et le changement de l'apport de Selvini et de son groupe de Milan se trouvent directement liés à la découverte de la perspective systémique de la thérapie familiale comme il est déjà manifeste dans leur livre "Paradoxes et contre-paradoxes". L'analyse différentielle que j'amorcerai en ce qui concerne le système rigide de l'anorexie mentale se situe également dans une telle perspective.

2.1. Psychopharmacothérapie

Cependant, étant donné que le séminaire auquel se rapporte cet exposé a lieu dans une faculté de médecine*, je tiens à souligner qu'il me semble du plus grand intérêt que les chercheurs et les spécialistes en psychopharmacothérapie parviennent à une plus grande précision dans la gamme déjà énorme de l'utilisation des neuroleptiques selon les tableaux psychotiques.

3. Clivage, coopération et responsabilité entre spécialistes

Je pense que les contributions de plus en plus détaillées des différentes thérapies favorisent tout au moins la coopération plus précise des multiples spécialistes. Il ne s'agit pas tellement de parvenir à un partage de responsabilités parmi les stratégies thérapeutiques différentes, mais plutôt de reconnaître des compétences réelles distinctes, coordonnées en équipes multidisciplinaires.

3.1. De la sorte nous évitons que les clients des familles perturbées soient la proie d'une schizophrénie, au sens étymologique, de la part des spécialistes, dont le clivage des interventions nous renvoie moins à des procédés scientifiques bien établis qu'à des luttes pour le pouvoir institutionnel.

3.2. Pour une plus grande clarté, le cas que je présenterai comme toile de fond de cette analyse différentielle se rapporte à une patiente désignée, Sonia, 19 ans, qui avait déjà été traitée auparavant au moyen de stimulants de l'appétit, d'antidépresseurs, de sédatifs, d'anxioly-

*) Séminaire réalisé à la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, Bruxelles (Woluwe), le 28.11.79.

tiques, de neuroleptiques, d'anabolisants et de fortifiants sans oublier les contrôles de l'anémie, de l'hypoprotéinémie, de l'hyperacidité gastrique, du métabolisme de base !

A 17 ans elle pesait 52 kgs, à 19 ans, lorsqu'elle nous fut adressée par son médecin de famille, elle n'en pesait que 37 kg.

4. Classification conceptuelle dans les domaines de la psychologie et de la psychosociologie

Il y a 4 ans, après 14 ans d'observation et de pratique dans les domaines de la dynamique et de la thérapie de groupes, je suis arrivé à la conception systémique. Pour cette raison peut-être, il me semble qu'il convient de réaliser pour les psychothérapies et les thérapies relationnelles quelque chose de semblable à ce que les mathématiciens parvinrent à faire dans le domaine de l'analytique; on n'y voyait en effet plus rien, tellement les ramifications de la forêt des concepts étaient denses. Ils procédèrent alors, à un élagage si fructueux et clarifiant qu'aujourd'hui nos enfants sont heureux d'apprendre en primaire ce à quoi, auparavant n'accédaient que quelques universitaires privilégiés des sciences mathématiques.

4.1. La théorie des ensembles, en effet, met à notre portée des notions simples qui recouvrent les intuitions les plus immédiates et qui en même temps sont des catégories qui nous renvoient à des degrés différents d'abstraction et donc de "compréhension". Ainsi cette théorie ne procède pas à un élagage réducteur appauvrissant des problèmes, mais elle fait avant tout une intégration des données des concepts obéissant à la logique et aux règles du *processus de validation objective*, c'est-à-dire du processus d'information sur "la réalité de la réalité", pour utiliser l'expression de Watzlawick.

5. Modèle de l'équilibre tensionnel

La détermination de ce processus s'inscrit vite, à mon avis, dans cet élagage que nous poursuivons depuis 15 ans en vue de la clarification théorique de la psychologie et de la psychosociologie et en vue aussi de l'éclaircissement de points de repère dans la pratique psychothérapeutique et relationnelle. J'ai proposé une première systématisation de cet élagage dans un modèle que j'ai nommé *l'équilibre tensionnel* après 14 ans d'élaboration lente et d'application progressive dans le domaine de la dynamique et de la thérapie de groupe.

5.1. On procède à la détermination de ce processus de validation objective moyennant l'analyse de la *qualité* et de la *quantité* d'informations qui circulent dans les systèmes interrelationnels.

5.1.1. La rigidité des systèmes de communications familiale comme celle qui caractérise les systèmes avec un patient désigné anorexique peut être déterminée en bonne partie par la pauvreté de la quantification de l'information présente dans ces systèmes, information qui nourrit les interactions et les relations interpersonnelles à leurs différents niveaux.

5.2. Cette pauvreté d'éléments d'informations se traduit par le rétrécissement des possibilités d'alternative autres que celles jouées par le truchement des multiples rôles et fonctions; elles se traduisent aussi par le manque de renseignements spécifiques sur les problèmes personnels et interpersonnels, renseignements qui faciliteraient le changement du système des *interrelations familiales* (SiRLf), au niveau des deux sous-systèmes suivants :

— Au niveau du sous-système de relation de type 1* (SRL^o), qui se rapporte aux relations des personnes entre elles comme personnes et de chaque membre de la famille avec soi-même aussi en tant que personne; — Et également au niveau du sous-système de relation de type 2* (SRL^t), qui se rapporte aux relations que les membres de la famille entretiennent avec le monde des choses et avec le monde social, de leur rôle, de leurs croyances et de leurs normes socio-culturelles.

5.2.1. Auquel des deux systèmes appartiennent les relations des personnes avec leur corps? L'analyse des relations avec le corps s'avèrent centrales dans les familles anorexiques car c'est cette analyse qui permet de distinguer la rigidité du système anorexique des autres systèmes rigides.

6. Sous-système de relation de type 1 et de type 2

Avant tout j'attire l'attention sur cette distinction apparemment banale des deux sous-systèmes. J'ai pris au sérieux cette distinction entre la qualité de nos relations avec les choses et celle de nos relations avec les personnes; cette distinction n'est pas suffisamment exploitée et pourtant elle est fondamentale pour la compréhension du comportement perturbé et pour la conduite thérapeutique. L'importance de cette

*) L'auteur a utilisé les néologismes suivants : sous-système de relation de type 1 = sous-système de relationation et pour le sous-système de relation de type 2 le sous-système de relationnement.

distinction est de dégager les règles, les lois, les processus qui régissent leur imbrication, ce qui nous permettrait de mieux comprendre :

1. La configuration des structures existantes ou possibles des systèmes interrelationnels pathologiques ou non pathologiques,
2. La qualité de l'ensemble des relations constitutives de chaque personne,
3. En conséquence de mieux parvenir à une analyse différentielle des comportements perturbés.

6.1. Postulat de la primauté du sous-système de relation de type 1.

Mais d'ores et déjà, j'énonce un premier postulat, dans le cadre du modèle systémique de l'équilibre tensionnel, qui suppose que le sous-système de relation de type 1 est le premier par rapport au sous-système de relation de type 2. Avec cet énoncé tout devient plus compliqué car il s'agit d'un postulat pas du tout innocent, tellement il est riche en suppositions et en conséquences.

7. Relation de type 1 et relation de type 2 dans le système anorexique :

La primauté du sous-système de relation de type 1 implique, en ce qui concerne les systèmes rigides et anorexiques, l'éclaircissement de la question précédente à propos de l'encadrement de nos relations avec notre corps dans l'un des deux sous-systèmes.

7.1. Une première réponse à cette question consiste à analyser les transactions qui nous renvoient aux formes de comportement et aux positions alimentaires qui confirment et structurent le rôle du patient anorexique et nous renvoient également à l'image que celui-ci se fait de son propre corps.

7.1.1. Pour ne prendre que ce dernier aspect, rappelons que le patient, désigné anorexique se forge petit à petit une image de son corps appuyée non seulement sur la perception de son propre corps comme corps qui doit avoir à manger pour subsister et qui peut grossir et maigrir, mais aussi sur la perspective qu'il a et qu'il se forme :

- A. du corps des autres
- B. des relations que les autres entretiennent avec leur corps et avec lui comme personne.

7.2. Il en résulte sa façon de tenir son corps à distance et en même temps de le sentir si proche. La spécificité des relations du patient désigné anorexique avec son corps met en évidence l'appartenance du

corps aux deux sous-systèmes; suivant les cas et les situations ces rapports peuvent relever plus du niveau des relations personnelles c'est-à-dire du sous-système de relation de type 1 ou du niveau des relations avec les choses c'est-à-dire du système de relation de type 2.

7.3. Voilà la *racine épistémologique des erreurs de calcul* du patient anorexique, quand il rentre de par son corps dans le maintien du jeu fermé des interactions familiales pathologiques et dans le jeu avec soi-même pour se prouver aussi bien son propre pouvoir que le pouvoir du système. C'est pourquoi il interpose son corps entre lui et les autres, entre sa vie et lui-même, comme *objet sécurisant*. Son corps devient un "corps diplomatique" par le manque et la pauvreté de son langage verbal et non verbal, au moins en apparence. La question est ainsi tranchée pour lui : le corps du patient anorexique devient le "réfrigérateur" de son envie de manger. Il va essayer de ne maintenir avec lui que des relations au niveau du système de relation de type 2. Le besoin d'acuité perceptive diminue chez lui déjà avant l'entrée en scène de facteurs endocriniens, neurologiques ou anatomopathologiques.

8. L'écoute du corps :

C'est pourquoi, dès la première séance de thérapie familiale, sans rien bouleverser (ni renverser le sens de la dynamique de l'*homéostase-changement*, du système familial), je conduis plusieurs membres de la famille à l'*écoute de leur corps*. Et il est toujours surprenant de vérifier combien les oscillations peuvent être rapides entre l'éloignement et la proximité perceptive des sensations cénesthésiques vécues par le patient désigné; ce qui sera peut-être d'un bon pronostic si l'on tient compte également de leur fréquence.

8.1. De même, comme Hilde Bruch le souligne, son seuil perceptif est trop élevé par rapport à l'intensité des stimuli corporels. A ce sujet il me semble innovateur de tenir compte des données qui résultent des expériences sur la cause et les effets biologiques de la stimulation sensorielle et sur le contrôle du stress et de la tension en général (Lindgren).

8.2. Cette écoute que je tâche de susciter chez tous les membres de la famille anorexique constitue une *première approche en vue du changement*, de l'utilisation appauvrie du processus de validation objective, par manque d'information relative aux deux sous-systèmes intégrés dans le système familial.

9. Analyse du processus d'évaluation préférentielle dans les systèmes rigides

Je me limiterai à esquisser l'analyse des deux autres processus fondamentaux à l'œuvre dans tout système interrelationnel.

9.1. La teneur appauvrie des informations qui circulent dans le système familial anorexique tant en ce qui concerne la relation de type 2 que la relation de type 1 s'accompagne d'un nombre proportionnellement élevé de sentiments vécus, d'attrait et de rejet. On peut codifier la qualité et la quantité de ceux-ci par l'intermédiaire de l'analyse de l'ensemble des opinions que les sujets émettent verbalement ou d'une façon analogique, que ce soit kinesthésique, proxémique ou postural.

9.2. L'analyse de cet ensemble d'opinions qui circulent également dans le système familial anorexique permet de désimpliquer la qualité et la structure du deuxième processus que j'appelle processus d'évaluation préférentielle.

9.3. Le système familial anorexique est dominé par la crainte, presque toujours inavouée de la mort. Cette crainte peut se traduire par des sentiments de séparation, dans un premier moment comme c'était le cas dans la famille Beiral. Mais ce qui apparaît le plus souvent ce sont les préoccupations concernant :

1. la maigreur du patient anorexique
2. son rejet de la nourriture et son refus de manger avec le reste de la famille
3. son refus de manger ce que mangent les autres.

Les opinions foisonnent, elles sont chargées de *connotations négatives* toujours à propos ou dans le but prétendu de faire changer le comportement alimentaire du patient désigné. Alors s'esquissent des réseaux d'intercommunication qui regroupent tous ou quelques membres de la famille dont le patient désigné est exclu. Ceci a comme corollaire le *court-circuit* d'un bon nombre d'informations entre des sous-systèmes dans lesquels la famille se regroupe, aussi bien qu'entre des alliances ou des coalitions.

9.4. Dans la famille Beiral lorsque, entre la première et la deuxième rencontre, Sonia commence à manger certains petits morceaux inaccoutumés, sa mère, pendant la deuxième rencontre (15 jours après la première) attire l'attention du thérapeute sur les faits suivants : "Sonia ne mange rien; elle a empiré; elle mange des croquettes qu'elle

n'avait jamais mangé auparavant — mais quelle idée ! — des croquettes qu'elle est allée chercher au frigo". En outre, elle a bu du lait, ce qu'elle ne faisait plus depuis des mois mais ce fait n'a pas été rapporté au thérapeute; Sonia montre bien par tout ceci combien elle est têtue en ne voulant pas manger ce que sa mère lui prépare, ni venir à table comme tout le monde !

10. Double lien et connotation positive

Je crois que le double lien aussi bien que le recours à la connotation positive peuvent apparaître sous un nouvel éclairage si nous les situons dans ce que je viens de dire à propos des deux processus : celui de la validation objective et celui de l'évaluation préférentielle. En outre, ce nouvel éclairage permet de contrecarrer les doubles liens avec des prescriptions paradoxales dont le moment et la formulation seront plus aisément saisis. Il en va de même en ce qui concerne les évaluations à connotation positive.

10.1. Double lien et homéostasie

En effet, le double lien ne se rapporte pas uniquement ni principalement à des niveaux différents d'abstraction de type logique propositionnel opposés entre eux; ces doubles liens en pratique surgissent à faire des suggestions d'action qui visent à empêcher le surgissement d'actions de changement et préservent l'homéostasie du système.

10.2. Double-lien et invalidation de l'information

Il y a plus que cela. A mon avis les doubles liens sont des formes d'évaluation préférentielle qui détruisent les points saillants d'information envoyés par le patient-désigné et donc *invalidant* de l'intérieur le processus lui-même de la validation objective. Il est alors facile de comprendre le pourquoi de la négation :

- A. du message,
- B. de la situation concrète spatio-temporelle
- C. et par dessus tout de l'émetteur comme émetteur ou récepteur.

10.3. Prescriptions paradoxales

Le recours aux prescriptions paradoxales revient pour le thérapeute à prendre en mains la force socio-affective sous-jacente aux situations de double-lien en déstructurant par l'action de ce jeu

formellement semblable, quoique de nature différente, la fonction de gardien du système apparemment accordé au patient désigné, étant donné l'existence de l'escalade symétrique dans la lutte pour le pouvoir. Le jeu des prescriptions ou des interventions paradoxales est *semblable* au jeu du double-lien car dans les deux cas il s'agit finalement d'intégrer de force des formes de relation appartenant à deux systèmes radicalement différents, ceux de la relation type 2 et de la relation type 1, comme s'il ne s'agissait que de formes de relation de type 1, et qui plus est, en affirmant par la violence latente du double-lien la primauté pratique de ce qui relève du sous-système de relation de type 2, tout en acceptant explicitement la primauté du sous-système de relation de type 1 : "est-ce qu'on ne fait pas tout en vue du bien de la personne du malade"? Tout ceci devient très clair si nous remarquons que par le double-lien on essaie de traiter l'autre, le "malade" comme une *chose à soi*, en le niant comme centre de décision, de sentiment propre, d'objectif personnel. C'est ce qu'on remarque dans les réactions de la mère de Sonia transcrites ci-dessus.

10.3.1. Le paradoxe ou l'opposition entre le sens manifeste et le sens latent se situe au-delà des différences de degré d'abstraction simplement logique; il se situe au centre de la dynamique interne de la structure fondamentale des systèmes interrelationnels.

10.4. Connotation positive

La connotation positive à son tour est avant tout, selon moi, une procédure qui tente à un rééquilibrage tensionnel dans ces structures de base d'informations et d'opinions qui circulent dans les systèmes interrelationnels. C'est pourquoi elle implique et représente la mise en valeur directe du vécu relationnel de chaque sujet au niveau des deux sous-systèmes de relation et en même temps elle traduit la reconnaissance formelle de la primauté du sous-système de relation de type 1 : ce sont toujours les relations entre les personnes qui finalement sont en jeu. En d'autres mots, la connotation positive facilite le déblocage et catalyse le processus de validation objective.

11. Difficultés terminologiques

Je voudrais bien éviter ce genre d'analyse avec des termes presque barbares mais je n'ai pas d'autres mots pour exprimer la complexité de ce que je vois et pour renvoyer à cette même complexité interrelationnelle, sans tomber dans des réductionnismes clairs et pratiques en apparence seulement.

12. Processus d'acheminement résolutif

Les deux processus de validation et d'évaluation aussi bien que les phénomènes de l'information et de l'opinion rapportés à leur propos restent insuffisamment analysés et peu opératoires si nous ne nous référons pas au troisième processus de l'acheminement résolutif.

12.1. Suggestion d'initiative (Si) ou d'action et méta-règles :

La découverte des méta-règles qui régissent et définissent les systèmes interrelationnels et leur jeu du pouvoir suppose le processus de l'acheminement résolutif. Sa détermination peut se faire au moyen de l'analyse qualitative et quantitative des suggestions d'initiative ou d'action qui circulent dans les systèmes interrelationnels. Or, la catégorisation, la codification et la quantification de tels phénomènes (qui sont tout autant un processus psychologique que les phénomènes d'opinion, et d'information) démontrent l'existence d'un nombre restreint de suggestions d'initiative dans les interactions des systèmes rigides anorexiques.

12.2. En outre, l'analyse des interactions qui supportent les suggestions d'initiative met en évidence leur parenté étroite avec les doubles-liens de ces systèmes. Autrement dit ces suggestions dans les systèmes rigides anorexiques s'avèrent avant tout des suggestions d'action qui visent au maintien des structures interrelationnelles familiales pathologiques.

12.2.1. Le père de Sonia se demande dans une lettre qu'il m'adresse après les grandes vacances, avant la troisième rencontre, "ce que Sonia veut dire encore à notre sujet quand elle affirme qu'elle se réjouit du fait d'avoir l'intention de ne jamais revenir à la maison pendant l'année scolaire !"; "qu'est-ce qu'elle nous réserve encore, quand elle nous dit qu'elle n'aimerait pas rentrer à la maison avant 8 h. du soir ?".

Il est clair que le rejet de son père exprimé par l'incompréhension et la connotation négative implicite de ce que Sonia est "une mauvaise fille, qui ne nous laisse point de répit !", est avant tout son rejet d'accepter le processus d'acheminement résolutif que les messages d'initiative de futures actions nouvelles de Sonia lui suggèrent et rendent déjà présent.

12.3. Le rejet de ce processus va de pair avec la dominance des connotations négatives, disqualifiantes, qui défendent le maintien d'une certaine structure familiale. La défense de l'homéostasie implique la défense de la perception d'un terrain commun très enraciné dans la vie socio-affective de la famille; terrain commun de solutions trouvées et

de problèmes connus. Les suggestions d'initiative qui émergent dans le système familial sont ainsi ressenties comme menaçantes. En les refusant, on court-circuite le processus unitaire de stabilité-changement et avec lui toute la dynamique des trois processus en question dans son ensemble.

13. Pseudo-contrôle de la relation de type 1, mort et relation médiatisante de l'alcoolique et de l'anorexique

Le fait d'empêcher cette émergence de suggestions d'initiative (ou sa négation) nous renvoie directement aux luttes symétriques pour le pouvoir, pour la prise en mains de la définition de la relation *one-up* et *one-down*, dans le système familial. La famille anorexique, afin de sauver le statu quo de la dynamique des rôles et des fonctions, accepte que le patient désigné s'imagine être le gardien du système familial et le seul capable en fin de compte de contrôler son propre corps.

13.1. Il convient de souligner à ce propos combien le suicide est très rare chez l'anorexique. Comme le dirait Whitaker, ceci montre que la famille de l'anorexique ne souhaite pas sa mort. Sa crainte de la mort est habituellement étouffée par le mythe du contrôle que le patient désigné aurait, tout compte fait, sur son propre corps. D'où la constatation d'un certain mélange de deuil et d'insouciance latente (malgré les apparences contraires) dans la famille de l'anorexique.

13.2. Mais ce qui est aussi à souligner c'est la relation médiatisante et quasi objectale qui se trouve associée à ce pseudocontrôle du corps. Ce qui me porte à penser qu'il y a malgré l'enracinement éventuellement différent des deux situations un certain parallélisme entre le comportement, l'attitude, de l'alcoolique et de l'anorexique. De même que l'alcoolique, pour se prouver son pouvoir, ne peut s'arrêter de boire (comme saurait-il autrement, se demande Bateson, qu'il a encore vraiment le pouvoir, qu'il est plus fort que la bouteille !) — de même l'anorexique ne peut pas rompre le cercle du mythe de son pouvoir sur son corps. Car ce n'est qu'en s'empêchant de manger qu'il peut s'assurer d'exercer sur son corps, et par surcroît sur lui-même, un pouvoir presque définitif et réel.

13.2.1. Il faut aussi à l'anorexique qu'il touche le fond de "sa bouteille", c'est-à-dire de son corps, comme s'il s'agissait d'un corps avec lequel il ne pourrait pas maintenir uniquement des rapports de relation objectale. C'est par cette voie, à mon avis, qu'il pourra remettre

en équation sa sexualité et les fonctions de son corps comme corps sexué capable d'amour et d'engendrer.

L'alcoolique est pris de panique lorsqu'il touche le fond de son impuissance, car il saisit alors par le *dehors-dedans de la bouteille* que "cela le dépasse"; "cela", c'est-à-dire le système de relation qu'il manipulait. Il devient à partir de ce moment le prisonnier de son double jeu, deux fois double-lien avec lui-même par la médiatisation de son corps manipulé, avec les autres comme personnes par la médiatisation de la manipulation du système interrelationnel familial.

13.3. Nous voilà à nouveau au centre de la réalité à laquelle le double-lien nous renvoie. Simplement pour le patient désigné anorexique l'extériorité par le truchement de laquelle il livre la lutte symétrique pour le pouvoir, cette extériorité est son propre corps. L'alcoolique défend son pouvoir et met en cause les interrelations avec les autres en se servant de l'alcool. Le patient désigné anorexique met en cause le système de relation familiale et extra-familiale, et son système de relation de type I avec lui-même comme personne, sans autre intermédiaire externe que son corps : un corps qui paradoxalement n'a de pouvoir que lorsqu'il n'en a pas.

14. Formules — guides quantitatives des systèmes rigides et ouverts

Nous sommes à même maintenant d'énoncer les deux formules guides de l'analyse et de la conduite thérapeutiques des systèmes rigides et en même temps des systèmes ouverts. Je suis en effet arrivé à la formulation du postulat selon lequel dans les systèmes familiaux rigides *les trois processus de base que j'ai mis en évidence deviennent manifestement dysfonctionnels.*

En effet, d'un côté l'information relevant du processus de validation objective et des suggestions d'initiative ou d'action relevant du processus de résolution : toutes les deux présentent une atrophie relationnelle. Cela devient encore plus évident si on les compare avec la fréquence des opinions qui relève du processus d'évaluation préférentielle, processus où s'inscrivent, je le rappelle, des connotations positives et négatives qui circulent dans le système d'intercommunication familiale. Les connotations négatives sont plus nombreuses que l'ensemble des informations et des suggestions d'initiative.

14.1. C'est ce qu'exprime la première formule guide (F_1) :

$$F_1 = \Sigma O_p > \Sigma I_f + S_i$$

Cette formule-guide exprime quantitativement la qualité pathologique des relations qui structurent les systèmes familiaux rigides.

14.2. La deuxième formule-guide (F_2) :

$$F_2 = \Sigma I_f + S_i > \Sigma O_p \text{ (Pina Prata 1978)}$$

traduit la dynamique positive du processus de changement-stabilité dans les systèmes familiaux courants.

14.3. Je pense que par l'intermédiaire de l'analyse quantitative et qualitative des résultats qui déterminent la pondération des valeurs numériques de ces deux formules, il est possible de parvenir à déterminer les différenciation des multiples sortes de rigidité des systèmes familiaux et donc de parvenir à une analyse différentielle tant quantitative que qualitative des systèmes familiaux anorexiques.

15. Période de déstructuration confirmative

Il me semble que maintenant nous avons en mains l'outil conceptuel et analytique nécessaire et suffisant pour une conduite thérapeutique à la fois souple et assez structurée où les attitudes de changement et de stabilité obéissent à des constantes (C_1, C_2) que, comme je tâcherai de le montrer, nous pouvons suffisamment définir dès maintenant. Pour ne pas trop allonger, je me limite à souligner combien par ces caractéristiques, la conduite thérapeutique systémique, tenant compte des différents processus et phénomènes en question, permet ainsi de trouver une réponse à la pathologie relationnelle des systèmes familiaux rigides.

15.1. Cinq phases non linéaires :

L'interaction thérapeutique dans un système familial rigide peut évoluer et être menée d'après 5 phases non linéaires que je nommerai :

1. pré-relationnelle
2. consolidation des fonctions
3. déstructuration
4. restructuration
5. réciprocité.

15.1.1. Nos recherches confirment à ce sujet celles qui ont été menées à Rome par Andolfi; d'ailleurs nous y avons trouvé un appui partiel mais important pour l'élaboration de ces 5 phases.

15.1.2. Dans l'impossibilité de les analyser, fût-ce d'une façon approximative, je signale que dans la conduite thérapeutique des familles anorexiques il me paraît assez clair que la phase de consolidation des fonctions et celle de la déstructuration s'entrelacent à un tel point qu'on peut parler d'une seule période typique du processus thérapeutique.

15.1.3. Cette période comprend au moins les 4 premières séances de thérapie familiale qui s'étalent pendant environ 4 mois étant donné la moyenne d'intervalle d'un mois entre les différentes séances. J'ai donné à cette période la désignation de période de la *déstructuration confirmative*.

15.2. Paradoxe de base :

Pendant celle-ci je travaille surtout ce que j'appelle le paradoxe de base des systèmes interrelationnels qui consiste dans le fait de ce que l'homéostasie et le changement constituent un même et seul processus dans ces systèmes. En d'autres termes, il s'agit de procéder à une déstructuration des fonctions et des rôles dont la rigidité se manifeste par des structures d'intercommunication dysfonctionnelles. Mais tout cela sans amoindrir la portée positive des rôles et des fonctions dans la préservation de la continuité du système familial. Ce qui revient à dire que la déstructuration incorpore en elle les connotations positives du processus d'évaluation préférentielle, à cause des motifs précisés plus haut, lors de l'analyse des trois processus à l'œuvre dans la dynamique des systèmes interrelationnels.

15.2.1. La fonction exercée par le patient anorexique par exemple définit et révèle, en même temps qu'elle confirme, la *qualité des structures* de la perturbation psychologique et psychosociologique des membres de la famille et de son système familial.

15.2.2. C'est ainsi que je procède à la déstructuration de la fonction de l'anorexie de Sonia dès le début de la 2ème rencontre en m'adressant à sa mère : "Madame, qu'en est-il de vos préoccupations ?"

Cette question si simple et directe que j'ai préparé soigneusement *ipsis verbis*, parce qu'elle sert de révélateur des dysfonctions du système familial, fait émerger une série de réactions émotives prolongées en chaîne pendant environ une demi-heure. La mère de Sonia déclare, très émue, avoir "réussi à supporter toutes les difficultés de la maladie de Sonia pendant deux ans" mais ajoute-t-elle "*maintenant*, je n'en peux plus".

Ce "maintenant" révèle son sentiment d'angoisse et de déroute face au processus de déstructuration déjà en cours. C'est pourquoi je lui réponds que "la situation *maintenant* est d'autant plus lourde pour elle qu'après 2 ans, maintenant, 15 jours *après le début* de la thérapie familiale, elle se rend compte que Sonia n'en a pas profité comme elle s'y attendait et peut-être même a empiré".

15.3. Confirmation dysqualificative et confirmation déstructurante :

Mon intention n'est donc pas de reformuler le niveau latent socio-affectif des attitudes de la mère de Sonia à ce moment-là, mais avant tout d'accepter la confirmation de son opinion de ce que Sonia *maintenant* non plus ne va pas "guérir" car ce serait mettre en cause tout ce qui est présentement positif dans les transactions du système anorexique. Mais j'essaie, cependant, de faire en sorte que la confirmation soit déstructurante; c'est pourquoi j'introduis des éléments temporels qui s'entrechoquent violemment du point de vue socio-affectif, cognitif, des multiples "maintenant" et "après" qui se suivent en feed-back interactif. Et par là je tâche d'introduire et de susciter de nouvelles perceptions (et donc de nouvelles informations qui font défaut), aussi bien que de nouveaux sentiments, de nouvelles réactions, elles-mêmes déstructurantes de la situation dysfonctionnelle anorexique, situation qui est jouée dans et par les rôles de mère, de père, de sœur ou de frère d'une anorexique. J'essaie aussi d'amener le surgissement des voies alternatives pour les fonctions présentes et pour les rôles joués dans ce système familial.

16. Stratégies de déstructuration confirmative ou de confirmation déstructurante :

Je veux encore me référer aux *stratégies essentielles* de la thérapie familiale pendant cette période de déstructuration confirmative. Il y a comme nous l'avons vu une opposition entre les deux formules guide de la conduite thérapeutique. Il s'agit pendant cette période d'essayer de faire le passage déstructurant de la *formule No 1* (F_1) à la formule restructurante *No 2* (F_2) c'est-à-dire qu'il s'agit de développer le dynamisme des processus mentaux et affectifs :

- de la validation objective et
- des suggestions d'initiative (acheminement résolutif)
- en y intégrant le processus d'évaluation préférentielle dans la dimension de positivité qu'il recèle.

16.1. Stratégie du modèle de conduite thérapeutique :

Je crois simplement que les stratégies les plus systémiques qui favorisent ce passage sont celles qui tâchent de faire assimiler par le système familial perturbé le modèle de relation propre à la conduite thérapeutique. C'est pourquoi, dans la période de déstructuration confirmative, je travaille directement à 3 niveaux différents mais reliés entre eux. Ces niveaux sont souvent formulés par de nombreux thérapeutes de famille :

- niveau de la *relation* client-thérapeute
- niveau du *contexte* de la thérapie familiale
- niveau du *problème*.

17. Stratégies destructurantes de la relation thérapeutique de causalité linéaire

La première stratégie est celle de la déstructuration confirmative, où je redéfinis l'interrelation du système thérapeutique (SiRLTP). J'essaie alors de dépasser le modèle de causalité linéaire du thérapeute guérisseur d'un seul malade, c'est-à-dire du patient désigné anorexique. En déstructurant la définition courante (agie) de la relation client-thérapeute, je tâche de restructurer les relations de pouvoir, qui relèvent souvent de stéréotypes et de préjugés ancrés dans les modèles de cure sous-jacents aux attentes et attitudes de demandes de thérapie familiale.

17.1. Ici s'inscrit déjà la possibilité d'emploi de la prescription du symptôme dès la 1ère séance de thérapie familiale. Souvent je formule celle-ci dans le cadre d'une méthodologie que j'appelle de la "thérapie de médiation"; ce qui en outre permet de poursuivre la thérapie familiale à des moments où le patient désigné se refuse à venir, ou simplement préfère ne pas venir, ou ne peut pas être présent pour des motifs occasionnels.

17.2. Il s'agit d'une procédure qui naturellement comporte ses risques mais qui je crois a aussi des virtualités qui ne sont pas encore exploitées, pour des motifs pas toujours clairs. D'où l'utilisation que je fis des lettres et du téléphone dans le cas de la famille Beiral, en tant que "thérapie de médiation", lorsque Sonia, déjà à la troisième séance n'a pas voulu venir. J'ai eu recours à ces formes de médiation pour ne pas perdre le contrôle de la définition des relations pendant ce processus thérapeutique et pour faciliter l'option de Sonia de reprendre les rencontres de thérapie familiale, ce qui s'est d'ailleurs passé à partir de la 5ème séance.

18. Stratégie de déstructuration du contexte.

Une deuxième stratégie se rapporte à la déstructuration confirmative du contexte thérapeutique. Ce qui revient à le redéfinir selon de nouveaux patterns de relation thérapeute-famille.

18.1. Celle-là comprend par exemple la *déstructuration spatio-temporelle* qui se traduit dans de nouvelles formes d'aménagement et d'utilisation de l'espace de la rencontre et de l'écart temporel entre les séances de thérapie familiale. C'est ainsi que l'on peut recourir dès le début de la thérapie familiale au changement de la configuration structurelle des relations exprimées par la manière dont les membres de la famille prennent place les uns par rapport aux autres. Par ce biais, nous pouvons déceler des structures dysfonctionnelles semblables à celles du "triangle pervers" de Haley.

18.2. Et puisque la question du pouvoir dans la famille et dans le système thérapeutique s'insère dans les trois types de stratégie destructurante énoncés, quelque-unes des procédures à inclure dans la déstructuration du contexte visent à préserver la capacité du thérapeute de *définir les formes de relation* dans le système thérapeutique lui-même. C'est le cas par exemple de la *stratégie de l'évitement* de l'escalade symétrique de la lutte pour ce pouvoir. La mère de Sonia dès la 1ère rencontre s'étonne que mon rôle "ne soit même pas celui d'orienter". Je réponds à son interpellation en confirmant les fonctions du système thérapeutique et en déstructurant les relations du contexte habituel d'un traitement organique : "Madame, ce que je veux dire c'est que je n'irai pas à l'encontre de vos décisions".

19. Stratégies de déstructuration du problème

Les deux premiers types de *déstructuration confirmative* sont étroitement liés au troisième, celui de la déstructuration du problème; cette dernière présente dans la conduite thérapeutique dès son début et souvent étudiée dans beaucoup de travaux de thérapie familiale. Je m'attaque à la déstructuration ou redéfinition du problème dès la première rencontre, mais sans jamais nier la connotation positive de la fonction, en particulier du patient désigné; cela avec d'autant plus de précaution que la rigidité du système familial est notoire, ce qui suppose un abord indirect de la question pour commencer.

20. Stratégies de la régulation du poids

Les déstructurations confirmatives du *contexte* et du *problème* se trouvent facilement imbriquées dans les stratégies de la régulation du poids. En effet, l'augmentation et la diminution du poids sont au centre des préoccupations de la famille de l'anorexique et souvent, comme ce fut le cas de Sonia, constituent l'objet central de l'attention dans des *contextes* psychopharmacothérapeutiques. Il faut donc procéder à la déstructuration de ce double contexte. C'est ainsi que la déstructuration du *problème*, du *contexte* thérapeutique et de la *relation* avec la famille vont de pair.

20.1. D'où la plus grande finesse des stratégies de l'approche systémique quand le patient désigné augmente de poids.

20.2. Entre la 3ème et la 4ème séance, le père de Sonia m'écrit une lettre en soulignant son étonnement et son incompréhension du fait que sa fille avait gagné 1 kg. Comment était-ce possible si elle n'avait rien changé à ses "manies" pour se nourrir ? "A moins qu'elle n'ait mangé en cachette !". Je lui réponds par lettre, dans le contexte d'une thérapie de médiation, en soulignant à mon tour mon étonnement devant le sien : "l'augmentation en question ne me semble pas intéressante et, à mon avis, ne doit vous tranquilliser en rien". J'ajoute cependant que je deviens plus rassuré de ce qu'il se rende compte qu'il y a d'autres problèmes qui leur sont communs et qui les affectent mutuellement.

20.2.1. A la séance suivante, la 4ème qui a eu lieu chez la famille Beiral pendant le repas prévu, la mère a attiré mon attention sur ce qui dans cette lettre leur avait fait problème. Le point le plus saillant pour elle et pour tous, d'après elle, fut la question de savoir à quoi je pouvais faire référence en écrivant au sujet de "leurs problèmes communs"; en effet, leurs problèmes n'étaient que des difficultés semblables à celles de n'importe quelle famille.

20.3. Puisque l'*information* que je prescrivais par cette formulation était arrivée à sa destination, je n'y ai rien ajouté comme *opinion* propre et je me suis même refusé, sans agressivité, à lui répéter ma réponse (réponse où j'acceptais que toutes les familles ont en effet des problèmes).

20.4. Pendant le repas et toute la soirée, durant 3 heures, je n'ai pas fait référence aux questions de nourriture. J'ai remarqué que Sonia et

son frère jumeau n'avaient pas pris de potage et aussi que Sonia n'avait pas pris de viande; je ne me souviens même pas si elle a bu ou non de l'eau, mais je me rappelle l'avoir vue reprendre du riz, des carottes râpées, des fruits, (2 pommes), du pain grillé, des biscuits; l'action de reprendre de la nourriture était pour moi de loin la plus significative; mais de plus en plus, je me rendais compte que mon attention ne se centrait pas sur le contexte du problème nourriture. Je me suis limité à demander à la fille aînée (23 ans), au milieu du dîner, depuis combien de temps elle ne se pesait pas. Et avant de m'en aller j'ai laissé par écrit, parmi quelques prescriptions (où il n'y avait pas de référence directe à la façon de se nourrir de Sonia), entre autres celle où je recommandais à la sœur aînée de ne pas se peser jusqu'à la prochaine rencontre.

20.5. Voilà des stratégies et des orientations concrètes pour mener la thérapie familiale pendant la période de déstructuration confirmative, en tenant compte des 3 processus de base signalés, moyennant la pondération du flux quantitatif et de la qualité, tant de l'information que des opinions et des suggestions d'initiative qui circulent dans le système familial et le structurent.

21. Les deux constantes du processus thérapeutique :

Pour terminer je tiens à préciser en quoi consistent les deux constantes C1 et C2 auxquelles j'ai fait allusion et qui doivent orienter la conduite thérapeutique des systèmes rigides anorexiques.

21.1. La constante C1 nous signale tout au long de cette période de déstructuration confirmative que les attitudes de changement qui expriment et visent des transformations (T) du système doivent être plus fréquentes et intenses de la part de la famille que de la part du thérapeute (T'), et inversement en ce qui concerne les attitudes de stabilité (S < S') :

$$C_1 = \frac{T > T'}{S < S'}$$

21.2. La constante C2 nous signale que, aussi bien de la part du thérapeute que des membres de la famille, les attitudes de changement doivent augmenter (en nombre et qualité) durant le processus thérapeutique et que par contre les attitudes de stabilité doivent tendre à décroître :

$$C_2 = T/T' > S/S' \quad (\text{Pina Prata, 1979})$$

21.2.3. Ce qui à mon avis nous signale aussi le passage souhaité de la formule 1 (F 1) des systèmes de relation perturbés à la formule 2 (F 2) des systèmes interrelationnels positifs.

21.3. Le meilleur garant de ce passage dans les systèmes rigides anorexiques n'est pas le fait d'augmenter de poids (n'oublions pas que la boulimie guette l'anorexique) mais les changements dans les attitudes des interrelations du système familial, au niveau de ses multiples sous-systèmes.

Ce fut le cas de la famille Beiral, à partir de la troisième rencontre; les changements au niveau du couple, par exemple, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille ont été relevés par d'autres membres qui n'appartenaient pas à la famille nucléaire.

F. X. Pina Prata

Professeur, titulaire de la
chaire de thérapie familiale
Université de Lisbonne

BIBLIOGRAPHIE

- ANDOLFI, M. et al., *L'interazione nei sistemi rigidi in Terapia Familiare*, Roma, 3 : 35-665, 1975.
- BRUCH, H., *Les yeux et le Ventre*, l'obèse, l'anorexique, trad. Payot, Paris, 1978.
- LINDGREN, H.C., *Introducción a la Psicología Social*, Trad. 2° ed. Edit. Trillas, México, 1978.
- PALAZZOLI, M.S., *Paradosso e Contrapadosso*, 2° ed., Feltrinelli, Milano, 1976.
- PINA PRATA, F.X., *O Período de Desestruturação-Confirmativa da Anorexia Mental - na óptica sistémica da Terapia Familiar*, 1979.
- PINA PRATA, F.X., *As Fases da Terapia Familiar sistémica como Processo*, Rev. Servir, vol. 27, n° 5, Lisboa, 1979.
- PINA PRATA, F.X., *A Terapia Familiar como Processo*, Rev. Análise Psicológica, 11, 3 : 379-389, 1979.
- PINA PRATA, F.X., *Equilíbrio Tensional*, Rev. Portuguesa de Psicologia, Lisboa, 1975/1976, 12/13 : 141-205, 1978.
- RAFAEL, P. et al., *Psicosis*, Ed. Helguero, Argentina, 1977.
- SATIR, V., *Thérapie du couple et de la famille*, Thérapie familiale, trad., ed. Epi, Paris, 1971.
- WATZLAWICK, P., *La Réalité de la Réalité*, confusion, désinformation, communication, trad. Ed. Seuil, Paris, 1978.

ANALYSE SYSTEMIQUE D'UNE FAMILLE A HAUT RISQUE

Elisabeth FIVAZ

Un modèle psycho-social pour la prévention et la thérapie familiales doit rendre compte de données hautement complexes, aussi bien du point de vue de l'interaction entre systèmes humains de complexité croissante (de l'individu aux systèmes socio-culturels), que du point de vue du développement et de l'histoire de chacun de ces systèmes. A partir de telles données, le modèle devrait prédire la probabilité d'un développement optimal de l'individu; enfin, il devrait rendre compte des dysfonctionnements et permettre d'établir des stratégies préventives et/ou thérapeutiques lorsque cette probabilité est trop faible.

Ce but ne peut être atteint à l'aide des modèles déterministes classiques. En effet, ces derniers sont limités par l'interprétation de contenus isolés de leurs contextes, menant à des positions arbitraires et contradictoires, où la part des valeurs personnelles du clinicien peut jouer un rôle préoccupant. En revanche, l'analyse formelle des données permet une décentration par rapport aux contenus et aux valeurs; elle fournit au clinicien un instrument pour étudier l'enchaînement des processus plutôt que des déterminismes isolés. La théorie générale des systèmes, développée par Von Bertalanffy, fournit un cadre théorique propre à cette analyse formelle. Nous en présentons ici quelques éléments au travers de l'étude des transactions dans une famille à haut risque.

Nous définissons tout d'abord les caractéristiques systémiques des familles. Après les avoir décrites dans notre exemple, nous présentons une nouvelle méthode d'analyse systémique, centrée sur les règles de distribution du pouvoir en vigueur dans les diverses transactions significatives pour la famille. Nous en tirons ensuite quelques commentaires pour souligner l'intérêt de cette approche en prévention et en thérapie de la famille.

La famille PME est une famille à transaction psychotique.* D'origine méridionale, elle est installée en Suisse depuis quelques

* Recherche en cours, soutenue dès 1977 par le Service médico-pédagogique vaudois (Prof. R. Henny), dès le 1.4.1978 par le crédit No. 1634-00.77 du Fonds National de la Recherche Scientifique, Centre d'Etude de la Famille (Dir. Prof. L. Kaufmann) avec la collaboration de B. Cornut-Zimmer.

années. P., 34 ans, est ouvrier qualifié, apprécié dans son travail. Il est issu d'une famille bourgeoise et villageoise. Sa femme, M., 24 ans, est originaire du même village que son mari, mais d'une famille de paysans modestes. Elle n'a pas de formation professionnelle. Tous deux ont été hospitalisés en clinique psychiatrique, P., pour une décompensation psychotique à forme paranoïde avant son mariage, M., pour une dépression peu après le mariage, puis pour une névrose obsessionnelle l'empêchant de fonctionner pendant sa grossesse et après l'accouchement. L'enfant, un garçon (E), est en bonne santé. Il a été hospitalisé avec sa mère de 1 à 9 mois, mesure prise pour soutenir la relation mère-enfant.

Dans ce cas, l'action préventive est conjuguée avec l'action thérapeutique pour la famille; elle a débuté pendant la grossesse et a comporté un soutien intensif de la relation mère-enfant et une thérapie de famille.* La mère et l'enfant, parfois le père, sont filmés toutes les 3 à 4 semaines dans des situations de soins et de nourrissage. Les séances de famille sont également filmées.

I. Caractéristiques des systèmes familiaux

La théorie générale des systèmes, développée par Von Bertalanffy (1973), décrit le fonctionnement des systèmes vivants en tant que systèmes ouverts, c'est-à-dire en constante interaction avec le milieu. Qu'il s'agisse d'individus ou de groupes d'individus, ces systèmes se définissent par des caractéristiques communes : ce sont des totalités qui se conservent, grâce à un réglage dynamique des échanges dans le milieu interne ou externe. Ils sont organisés entre eux selon un principe d'emboîtement hiérarchique; ils tendent à optimiser leur adaptation par des réorganisations structurales.

Reprenons ces caractéristiques pour les appliquer au système PME. La famille PME (système familial nucléaire) est formée du père (P), de la mère (M) et d'un enfant (E). P, M et E forment ensemble la *totalité* PME. La combinaison PME est différente de la somme de ses parties, P + M + E, les sous-systèmes individuels qui la composent. Le système PME maintient sa *permanence* en dépit des changements incessants qui surviennent dans son milieu interne (par exemple en fonction du développement de E), ou externe (pressions sociales).

La permanence repose sur un réglage dynamique constant corrigeant ces déséquilibres et consistant en l'observation de règles qui définissent PME en tant que système. PME est formé de sous-systèmes

de diverse complexité : les sous-systèmes individuels P, M et E, les diades PM, ME et PE, hiérarchiquement supérieures aux systèmes individuels et inférieures au système familial. A son tour, PME est hiérarchiquement inférieur aux systèmes sociaux plus complexes tels les systèmes familiaux d'origine de P et de M, soit PX et MX. Les systèmes sont donc reliés entre eux selon le principe *d'emboîtement hiérarchique*. Les mécanismes de réglage qui assurent la permanence du système sont les *rétroactions*. Il s'agit de mécanismes par lesquels l'information contenue dans les erreurs, ou écarts à la norme, est utilisée pour corriger ces erreurs. L'exemple classique en est le thermostat.

En voici un exemple dans la famille PME : dans les moments de stress, on observe en PME un pattern interactionnel correspondant à ce que Wynne (1958) a nommé la pseudo-hostilité. Il s'agit d'un ensemble de transactions revêtant l'apparence d'un conflit; mais contrairement à cette apparence, il ne vise pas à redéfinir les transactions selon une nouvelle règle, mais à les maintenir telles quelles. Cela peut se présenter de la façon suivante : PME est sous tension, évoquant les préparatifs en vue du placement imminent de E en garderie. Comme toujours, les communications sont centrées sur les détails pratiques. M : "Il y a longtemps que tu demandes que je lave les bavettes de E, que tu dis que je suis une mauvaise mère, mais toi, qu'est-ce que tu fais pour m'aider ?" - P : "Tu dis toujours que c'est moi qui dois changer alors que c'est toi qui as de la mauvaise volonté. D'ailleurs, je ne te demande pas ça pour moi, mais pour l'enfant". M "Ça n'est pas de ma faute si je suis angoissée". Il est important de souligner que ce type d'interaction est répétitif en PME en période de stress. Il consiste donc en une escalade stérile de reproches mutuels, où chacun exprime qu'il attend le changement de l'autre. L'échange, déclenché par une tension dans le système, est contrôlé par la règle suivante : toute interaction conflictuelle doit conserver la définition actuelle de la relation. Ainsi, le conflit verbalisé entre P et M au sujet de E n'aboutit pas à un changement qui définirait PME selon une règle mieux adaptée. L'interaction observée correspond au contraire à une *rétroaction négative*, la déviation entraînée par la montée de tension dans le système étant compensée par un mouvement inverse, avec retour au statu quo. En analysant ce type d'interaction en PME de plus près, on verrait d'ailleurs que l'échange entre P et M est presque entièrement prédictible. En effet, la question de M appelle, dans le rapport entre sa forme et son contenu, la réponse de P. En revanche, un réglage du système en *rétroaction positive* permettrait éventuellement le passage à une règle mieux adaptée pour résoudre le conflit en jeu. En sortant du système PME, défini par la pseudo-hostilité, les partenaires pourraient

* En collaboration avec E. Devanthéry, M. Jonquière et l'équipe de la division Azar, clinique psychiatrique universitaire de Cery (prof. C. Muller).

rompre le cercle vicieux. La métacommunication, ou message sur la communication qui permet de définir la transaction impliquée, introduirait éventuellement dans l'interaction le nouvel élément nécessaire pour sortir de la boucle de rétroaction négative. On peut par exemple imaginer un commentaire de l'un des deux partenaires : "Il y a longtemps que nous attendons tous les deux que l'autre change." Un tel commentaire correspondrait à une décentration par rapport au système, redéfinissant l'interaction en PME; il pourrait faire partie d'un processus de transition touchant les règles qui gèrent les conflits dans ce système. Nous verrons cependant plus loin que ces processus sont très complexes. Il ne suffit pas d'apprendre à métacommuniquer pour s'engager dans des transitions de ce type. En effet, un changement de règle dans un système n'est possible que s'il y a simultanément une réorganisation de toutes les interactions significatives impliquées.

Les processus qui permettent les changements de règles sont, à ce jour, très mal connus. Les transitions sont très rapides, et l'on ne peut constater que l'état initial et l'état final (voir Fivaz & Al. 1979). Dans les familles, ils sont vécus comme des crises où les règles en vigueur jusque là sont mises en échec par l'apparition de déviations dans le milieu externe ou interne par rapport aux règles en cours. Par exemple, l'apparition de la marche chez E (nouvel élément interne, créant une déviation par rapport à la norme en cours) provoque une crise nécessitant une réorganisation de toutes les interactions en PME, en fonction de la nouvelle compétence de E.

Enfin, la théorie générale des systèmes admet le postulat de la *téléonomie*. Ainsi, tout comportement est considéré comme une tentative active d'adaptation, dans le sens de la recherche de la meilleure intégration fonctionnelle possible entre un système donné et les systèmes significatifs avec lesquels il est en interaction. Ainsi, les interactions décrites ci-dessus dans le système PME sont des compromis adaptatifs safeguardant son intégration par rapport aux sous-systèmes d'une part, aux systèmes supérieurs, d'autre part. Nous verrons plus loin comment l'analyse des systèmes en interaction avec PME mène à considérer des interactions dites pathologiques et éminemment paradoxales comme des tentatives d'adaptation.

Ayant ainsi défini brièvement les caractéristiques des systèmes familiaux, nous allons pouvoir décrire une méthode clinique d'analyse des systèmes. Cette méthode est inspirée de la théorie de Wertheim (1975) sur le développement de l'interaction individu-milieu et sur la typologie des familles. Nous en avons proposé une application à la prévention pour les milieux à haut risque dans une étude plus détaillée (Fivaz, 1979). Nous n'en présentons ici que les notions indispensables à l'analyse du système PME.

Analyse clinique du système familial

A. Distribution du pouvoir

Se basant sur la théorie du développement de Piaget et sur le modèle systémique, Wertheim a construit un modèle du développement de la transaction entre individu et milieu (personnes et milieu physique). Elle montre que ce développement suit une séquence de négociations entre l'enfant et son milieu, où l'enjeu est le contrôle actif de l'interaction. On assiste ainsi à une série de redistributions de ce contrôle selon les capacités de l'individu et selon les situations. La variable réglée dans les transactions portant sur le contrôle est appelée *distribution du pouvoir*. Il est important de noter que l'on considère ici des comportements observables : le terme de pouvoir est utilisé dans le sens de pouvoir ouvert et non pas pour désigner des processus inférés (pouvoir caché).

On peut faire l'évaluation clinique du développement de ces transactions dans un système mère-enfant. Pour ce faire, on situe les interactions observées par rapport à la séquence épigénétique connue de ces négociations (voir Sander, 1964) et on étudie les stratégies transactionnelles utilisées par les partenaires dans les divers domaines du développement. Cette évaluation permet de déceler les règles du système observé. On peut appliquer la même méthode d'analyse aux autres systèmes formant la famille nucléaire et élargie. En étudiant les réseaux formés par les règles de ces différents systèmes, on arrive finalement à une évaluation structurale et fonctionnelle de la famille.

Nous allons appliquer ce type d'analyse aux systèmes PME et PMX (PME plus les deux familles élargies), en nous limitant à des transactions observées pendant les trois premiers mois de la vie de E. Nous pourrions ainsi mettre en évidence dans chacun de ces systèmes une forme comparable de déséquilibre de la distribution du pouvoir.

Dans les systèmes suffisamment bien réglés, on observe durant les trois premiers mois de la vie une synchronisation graduelle des macrorhythmes biologiques entre mère et enfant. Du point de vue de l'alimentation, l'interaction entre une mère et son nourrisson s'organise de la manière suivante : le système a une performance à remplir, l'alimentation du nourrisson. Ce dernier n'a pas les moyens d'accomplir seul cette fonction, mais il peut signaler sa faim (cri, postures, mouvements, etc.), et par là exercer un contrôle actif du milieu et guider le comportement de la mère. Au cours du repas, on peut observer entre les partenaires de nombreuses communications qui assurent le réglage approprié de cette tâche commune. Ce qu'il faut souligner, c'est la synchronisation des comportements mère-nourrisson

en vue de l'exécution de la tâche fonctionnelle du système. On entend par synchronisation la dynamique du contrôle partagé par réglage mutuel et non pas l'absence de conflit. Celle-ci impliquerait que l'un des partenaires renonce totalement au contrôle actif, comme dans certaines transactions symbiotiques.

Si l'on compare le réglage de ME à ce réglage "suffisamment bon", on voit que ME n'accomplit pas sa tâche de façon synchrone. Le pattern observé est le suivant : M ne peut se résoudre à nourrir E lorsque celui-ci manifeste activement sa faim. Bien que percevant le message de E, M ne le nourrit que lorsque E, épuisé, renonce à réclamer : il se tait, évite le contact visuel en détournant la tête et devient somnolent. M se met alors à le nourrir et il absorbe le tout sans résistance, passivement. M, satisfaite de "l'appétit" de E, se plaint alors de son retrait du contact. Elle essaie de le stimuler pour obtenir un échange avec lui. Mais dès que celui-ci se produit, elle coupe le contact, par exemple en interrompant le repas ou en se mettant à le nettoyer; E se retire alors à nouveau dans sa passivité. L'observation de cette séquence, souvent répétée, montre que le contrôle actif de E est incompatible avec une réponse positive de M; il y a monopolisation du contrôle par opposition à partage du contrôle. C'est ce phénomène qu'on désigne par le terme d'*asynchronie* (Sander, 1964).

Bien que ME atteigne finalement le but fonctionnel, l'alimentation de E, les conditions sont défavorables pour les deux partenaires. D'une part, le processus est peu économique et source de frustrations intenses pour chacun; d'autre part, l'asynchronie est défavorable pour le développement des capacités de contrôle actif du nourrisson. En effet, ce développement nécessite des réponses suffisamment adéquates du milieu, de façon à ce que l'enfant prenne progressivement conscience que ses messages peuvent avoir l'influence attendue sur le milieu. Dans le système ME, ce que E expérimente lorsqu'il a faim est paradoxal : ses signaux entraînent bien une réponse, mais inappropriée du point de vue de ses besoins; tandis que la probabilité d'être nourri augmente avec l'adoption d'une attitude de retrait. L'asynchronie va ainsi s'accompagner du recours exagéré à des *stratégies spécifiques* d'adaptation (Wertheim, 1975). Comme on le voit, E, après avoir échoué à obtenir la nourriture par une stratégie directe, passe à l'utilisation de stratégies spécifiques telles que le retrait. On distingue ces deux types selon le critère suivant : la *stratégie directe* vise à résoudre la tension à l'intérieur du champ transactionnel impliqué, tandis que la *stratégie spécifique ou indirecte* vise à dévier la tension en dehors du champ transactionnel. Ainsi, lorsque E échoue à contrôler le milieu (régulation alloplastique, Carpenter & Al, 1967) il modifie ses propres perceptions

par le retrait (régulation autoplastique, Carpenter & Al. 1967), ce qui lui permet de sortir du champ de tension avec M.

On observe un même type de procédé chez M; dès qu'il y a conflit, M utilise des stratégies pour dévier la tension sur un élément externe. Par exemple, elle force une troisième personne dans l'interaction avec E : "N'est-ce pas que vous trouvez que je suis une mauvaise mère de ne pas nourrir E ?" Ou elle recourt à ses rituels de lavage, ressentis alors comme indispensables pour être une bonne mère.

Relevons ici à quel point ces mécanismes de déviation des conflits sont contaminants pour l'entourage, les thérapeutes y compris. Ainsi, lors d'un repas, E étant devenu passif, M se met à le stimuler pour obtenir une interaction visuelle. E la regarde et la thérapeute, qui assiste au repas, découvre — trop tard — que c'est elle-même qui a coupé l'interaction qui venait d'être initiée en s'écriant : "Vous voyez qu'il vous regarde !" Ces mécanismes de déviation des conflits ont été décrits en détail par M. Bowen (1972) qui les décrit sous le nom de "triangulation".

Enfin, les comportements des deux partenaires de l'interaction frappent par leur caractère paradoxal : il semble que plus M fait d'efforts pour être une bonne mère, plus elle se montre inadéquate pour remplir sa tâche. Chez E, les comportements paradoxaux sont apparus très précocement : à trois semaines déjà, le bébé détournait systématiquement la tête lorsqu'il était mis en position du repas. A y regarder de près, tout se passe comme s'il fallait que les deux partenaires soient inadéquats pour que l'alimentation puisse avoir lieu. Il est vrai que, pour E, le comportement déviant peut être considéré comme biologiquement adapté, particulièrement du fait de la réponse du milieu. Nous verrons plus loin qu'un même type d'explication peut être proposé pour comprendre le comportement déviant de M.

Par l'observation des interactions en ME, nous avons ainsi décelé les éléments dysfonctionnels suivants : l'asynchronie, l'utilisation de stratégies indirectes et la présence de comportements paradoxaux. Ces éléments décrivent une *distribution déséquilibrée du pouvoir* en ME, dans le sens d'une monopolisation du contrôle par M au détriment du développement de E.

Voyons maintenant ce qui se passe lorsqu'un thérapeute est appelé pour traiter ce déséquilibre. Le thérapeute découvre rapidement que M est consciente du caractère absurde de ses comportements. Il peut entrer en relation avec M et offrir ses interprétations sur la psycho-dynamique de ce que l'on pourrait considérer comme un conflit intériorisé. Ces tentatives ne font cependant que renforcer les comportements paradoxaux. Si, au travers d'un soutien de la relation ME, on assiste à une amélioration des transactions (meilleure

synchronisation), il surgit immédiatement un autre problème (par exemple M se met à négliger les soins corporels de E). De plus, le thérapeute se trouve rapidement pris — et mal pris — dans le système PME; en effet, M s'empresse de l'impliquer dans un conflit externe, par exemple le conflit conjugal (qui s'organise principalement autour de l'enfant), en rapportant des soi-disant propos du thérapeute sur P à P, de façon telle qu'un conflit est déclenché entre P et le thérapeute. Cela montre que l'interaction qui s'organise dans le système thérapeutique tend à suivre les mêmes règles que celles qu'on observe en ME : les tensions sont systématiquement déviées en dehors du champ transactionnel, le pouvoir est monopolisé par M et le thérapeute est pris entre deux feux.

A ce point-là le thérapeute ne peut que renoncer ou investiguer aussi le système PME.

En remontant dans la hiérarchie des systèmes formant cette famille et en leur appliquant le même type d'analyse interactionnelle, on observe les mêmes phénomènes qu'en ME, à savoir une distribution dysfonctionnelle du pouvoir. Ainsi en PME on découvre un pattern qui peut se présenter de la manière suivante : M, dans son style provoquant et en disqualifiant d'avance son message par un sourire inapproprié, aborde un conflit : "on s'est trompés en croyant que le fait d'avoir un enfant permettrait de résoudre le conflit conjugal". Il s'agit là d'une apparente stratégie directe (aborder un conflit), mais le sourire moqueur rend ce message ambigu.

Il s'ensuit un échange où chacun accuse l'autre de l'échec. Puis P tente de conclure en affirmant que tout vient de l'incompétence de M. Si elle voulait bien avoir de la bonne volonté et ... (nourrir E à l'heure, laver les bavettes, faire les commissions, faire les repas...). M jouant le jeu, proteste qu'elle n'y peut rien puisqu'elle est angoissée. Elle rappelle alors que P a lui aussi été malade, il devrait la comprendre. P (sourire aimable et affectueux) : "Oui, mais moi non, c'était plus grave non, je sais mieux que toi, non, je m'en suis sorti, non, par la volonté, tandis que toi tu n'es même pas malade non, tu ne veux pas faire d'effort, non, tu ne veux même pas avoir de la bonne volonté, non ?". L'observateur d'un échange de ce type est plongé dans la perplexité : doit-il comprendre cette dernière communication en faisant foi au contenu verbal, qui indique le reproche, ou au contenu infra-verbal qui connote l'affection ? Doit-il tenir compte des disqualifications contenues dans le message même (les "non" ou les défaillances de la logique interne) ? Ce qu'il constate à la longue, c'est que ce pattern d'échange reprendra exactement de la même manière à la prochaine tension, indépendamment du contexte. Le problème désigné par le couple (l'angoisse, la maladie, etc.) sert d'alibi, utilisé en collusion pour dévier les tensions.

Ainsi, la même distribution du pouvoir est maintenue en dépit des tensions : comme le confirment d'autres de nos observations, P a le monopole de l'exécution des tâches fonctionnelles du système assumant toutes les charges familiales de communication avec les personnes et de transaction avec le milieu (par exemple dans le ménage); tandis que M remplit le rôle complémentaire de "malade", et que E sert d'enjeu aux transactions entre P et M (à noter que ce rôle lui a été attribué bien avant sa naissance).

Enfin, en plus de la monopolisation du pouvoir et des stratégies de déviation, on observe en PME, comme en ME, des transactions paradoxales entre les membres du système PME : M, tout en étant définie comme la malade, se voit constamment reprocher sa mauvaise volonté. Si elle sort de sa position de malade, son "progrès" est immédiatement disqualifié (rétro-action négative). Elle a donc tort, quoi qu'elle fasse. Nous avons vu que pour E la situation est la même : ses messages concernant ses propres besoins n'étant pas considérés comme tels, mais en fonction des transactions entre P et M, il ne peut qu'adopter des comportements contradictoires. Enfin P, démuné pour affronter ses problèmes personnels et son angoisse, ne peut que se montrer la personne saine et compétente du système. Les rares déviations à cette règle que nous avons eu l'occasion d'observer sont rapidement compensées (par exemple P communique son angoisse à un thérapeute et M "rechute" immédiatement). A vrai dire, l'observateur qui veut décrire les transactions avec P se casse la tête jusqu'au moment où il découvre le secret : ces transactions n'ont qu'une caractéristique commune, c'est qu'elles doivent laisser la relation indéfinissable (voir Haley, 1959, Selvini & Al. 1978). Chaque message envoyé par P contient sa propre disqualification. En tant que réponse au partenaire de l'interaction, le message est fait de telle façon qu'il ne comporte aucune information claire sur P. A son tour, P se trouve lui aussi pris entre des définitions contradictoires : sans jamais définir clairement sa position, il doit se montrer compétent et sain.

Les trois individus formant le système PME sont pris dans des positions paradoxales. Malgré les tensions que cette situation implique, nous avons vu que chacun contribue à sa manière à maintenir le statu quo. Comment ce processus homéostatique si boîteux se maintient-il ? Certains auteurs ont proposé de répondre à cette question en examinant les transactions du système PME et de ses sous-systèmes avec les systèmes hiérarchiquement supérieurs, les familles d'origine. A noter que de nombreuses études, en particulier celles de Boszormenyi-Nagy & Al. (1973) ont montré que ces systèmes-là sont très significatifs pour comprendre le fonctionnement des individus et des familles, non

seulement d'un point de vue psychologique, mais aussi existentiel et social. C'est ce que nous constatons ici. Nos observations des familles PX et MX montrent les mêmes déséquilibres : réglage dysfonctionnel des interactions, stratégies de déviation des conflits et transactions paradoxales. En voici quelques brefs exemples : tant les séparations, même physiologiques, que les conflits ouverts, y sont considérés comme les menaces les plus graves pour le permanence du système familial. Chez P, le couple parental vit en pseudo-mutualité (voir Wynne & Al., 1958), niant toute divergence et toute perturbation. Ainsi, le divorce de la soeur aînée de P et son retour consécutif avec son fils dans la famille d'origine est uniquement causé par l'incompétence de l'ex-mari. Il n'y a pas l'ombre d'un doute que l'adolescence de ce fils ne pose aucun problème : "Il n'aura jamais envie de partir et de se séparer de sa mère" (sous-entendu, de nous). La décompensation psychotique de P est traitée comme une jambe cassée. En réalité, elle prend un sens si on la considère sous l'angle des stratégies de déviation des conflits sur "la maladie", élément considéré comme extérieur au système. Le mariage ultérieur de P à M peut aussi être vu sous cet angle, le clan PX projetant à l'extérieur, sur M, toutes les causes de tension : "Tout irait bien si M avait de la bonne volonté". Ils ajoutent : "Nous avons toujours considéré M comme notre fille et nous sommes là pour l'aider à guérir.

Chez M, les interactions du couple parental semblent avoir été réglées depuis toujours autour du pseudo-conflit : "Nous ne nous entendons pas, mais nous devons rester ensemble pour les enfants. Ceci d'autant plus que M a des problèmes". Ainsi M, avant d'avoir été adoptée par PX comme bouc émissaire, a joué ce rôle dans sa famille d'origine; cela permettait, et permet encore, de dévier les tensions conjugales entre les parents et de préserver la permanence de MX. L'alliance ultérieure de M avec P correspond peut-être à une tentative de la part de M de sortir de son rôle en MX. Mais on voit que cette tentative n'aboutit en réalité qu'à empirer la situation pour M : son entrée dans PX lui permet de servir de bouc émissaire dans les deux familles d'origine à la fois ! Rappelons que ces deux familles habitent le même village. Le mariage PM semble avoir été décidé en grande partie grâce à une coalition entre les deux familles; elles sont par ailleurs en compétition pour récupérer l'enfant lorsque P et M ne pourront faire face. On observe aussi des mouvements conjoints des deux familles lorsqu'un changement "menace" dans la famille PME, telle une amélioration de M, de façon à compenser la déviation qui les priverait de leur bouc émissaire. Bien entendu, ces mouvements sont justifiés par l'aide que doivent apporter les parents à leurs enfants.

B. Réseaux de règles

Jusqu'ici nous avons constaté, à l'aide de l'analyse clinique de la distribution du pouvoir, des déséquilibre de forme comparable dans les divers systèmes formant PMEX. Nous avons en effet relevé dans chacun d'eux l'asymétrie de la distribution du pouvoir, comportant l'utilisation de stratégies de déviation et le caractère paradoxal des transactions.

Comment comprendre que ces systèmes se maintiennent dans un déséquilibre si coûteux et si mal adapté à leurs fonctions ? Du point de vue de la prévention et de la thérapie, il est utile d'élaborer une représentation des processus à l'oeuvre. L'hypothèse présentée ici est basée sur l'analyse des réseaux de règles qui définissent chacun de ces systèmes (Wertheim, 1975).

On peut considérer que, pour une fonction donnée, un système est défini par un ensemble de règles qui lui sont propres et qui assurent les échanges nécessaires à la réalisation de la fonction. Plus le réseau formé par l'ensemble de règles est cohérent, souple et différencié, plus élevée est la probabilité d'adaptation.

Le réseau de règles d'un système donné ne peut pas être envisagé de façon indépendante, puisque les règles concernent toujours des échanges, soit dans le milieu interne, soit avec le milieu externe. Il faut donc envisager non seulement la cohérence interne, mais aussi la compatibilité avec les autres réseaux de règles, appartenant soit aux sous-systèmes, soit aux systèmes hiérarchiquement supérieurs. La compatibilité optimale favorise la mobilité des échanges, tout en préservant l'auto-réglage du système assurant ses propres fonctions et évoluant dans le temps (téléonomie).

On arrive ainsi à proposer trois critères, interdépendants, d'évaluation des réseaux de règles : l'auto-réglage, la cohérence et la compatibilité avec les autres réseaux.

L'application de ces trois critères aux systèmes formant le groupe familial PMEX montre que ces conditions d'auto-réglage, de cohérence et compatibilité optimale ne sont pas remplies. Les déséquilibres de la distribution du pouvoir observés dans les divers systèmes analysés prennent un sens si on les considère comme le résultat de compromis visant l'observation simultanée ou successive de règles contradictoires. Cet élément apparaît clairement dans le comportement de E en ME. Lorsque E adopte une attitude de retrait en position du repas, il combine l'observation de deux règles mal assorties. E satisfait ainsi deux règles incompatibles : une règle interne et une règle du système PME. Comme nous l'avons vu, cette solution se révèle être la plus favorable, dans les conditions du milieu, pour obtenir la nourriture (voir pour une analyse plus détaillée, Fivaz & Al. 1980)

On voit donc qu'interviennent déjà ici les critères de compatibilité et d'auto-règle : tout se passe comme si les transactions en ME étaient réglées, d'une part par M et E, d'autre part par PME, ME n'étant pas auto-réglé, mais réglé, à la fois de l'intérieur et de l'extérieur. Le même modèle peut être appliqué à M en ME. Le comportement paradoxal qui consiste à nourrir E lorsque celui-ci ne réclame plus semble correspondre à un double réglage : se montrer bonne mère en nourrissant l'enfant (règle interne) et se montrer mauvaise mère (règle externe imposée par les systèmes hiérarchiquement supérieurs qui la désignent comme malade). A nouveau, les critères de compatibilité et d'auto-règle ne sont pas respectés; la transaction en ME ne correspond pas à l'observation d'une règle propre à ce système (auto-règle), et ceci bien que la tâche concerne spécifiquement ce système-là; au contraire, elle répond à la fois à la règle du sous-système M et des systèmes supérieurs.

En remontant au système PME, nous constatons à nouveau que les règles transactionnelles ne sont ni propres au système PME, ni cohérentes, ni compatibles du point de vue des échanges inter-systémiques. Les transactions paradoxales observées en PME correspondent apparemment à un réglage contradictoire venant, d'une part de l'extérieur, MX et PX, d'autre part de l'intérieur, P, M, E ou les diades formées par P, M et E, avec le résultat consternant décrit plus haut.

L'étude présentée ici est schématique et forcément incomplète. Nous avons centré l'analyse sur les données synchroniques, sans développer l'aspect diachronique, sur lequel nous n'avons pas encore une vue suffisante. Nous avons notamment simplifié les données concernant les règles individuelles et leur rapport avec l'organisation intra-psychique, sujet qui dépasse le cadre de ce travail. De même, nous n'avons fait que mentionner les transactions du système observé avec l'observateur (voir Fivaz, 1979). Enfin, nous nous sommes limités aux systèmes familiaux sans aborder l'analyse du milieu social. Mais, par l'analyse clinique de la distribution du pouvoir d'une part, des réseaux de règles d'autre part, nous arrivons à l'hypothèse d'une loi supérieure réglant les échanges de PMEX.

Selon J. Haley (1959) et M. Selvini (1978), il y a dans tout système familial des méta-règles ou règles sur la formation des règles, qui président aux échanges inter-systèmes. Ainsi, dans les systèmes fonctionnels, on peut déduire l'existence de méta-règles qui prescrivent que les sous-systèmes (en particulier les familles nucléaires) ont un réseau de règles autonomes pour leurs tâches fonctionnelles. Ces méta-règles définissent donc les échanges entre système supérieur et sous-systèmes de façon à préserver l'auto-règle de chacun. Par contre,

les systèmes à transaction psychotique se distinguent par une règle supérieure, qui prescrit que *les relations ne doivent pas être définissables*. Or, ceci implique nécessairement que cette règle supérieure elle-même ne doit pas être révélée.

C'est bien ce que nous avons observé dans le système PME, de même qu'en PX : les règles transactionnelles prescrivent qu'aucune information ne doit être donnée qui permette de définir les relations entre systèmes. On se rappelle les propos de PX au sujet de M "Tout irait bien chez nous si M avait de la bonne volonté. D'ailleurs, nous l'avons toujours considérée comme notre fille et nous sommes prêts à l'aider à guérir." On voit que M ne saurait se reconnaître dans une définition aussi contradictoire de sa relation avec PX. Pour pouvoir le faire, elle devrait sortir du système par le biais d'une métacommunication sur la méta-règle, ce qui revient justement à enfreindre la méta-règle.

Un tel commentaire suppose un réglage autonome, qui semble faire défaut à M en tant qu'individu; son double rôle de bouc émissaire permet de le supposer, puisqu'elle s'y soumet.

On peut même faire l'hypothèse complémentaire que, par son intermédiaire, l'homéostasie de chacune des deux familles est renforcée par l'autre. Tout se passe comme si PX, par le biais de M, renforçait l'homéostasie de MX et réciproquement.

On ne peut faire l'hypothèse de la méta-règle, au vu des transactions observées. Leur caractère paradoxal tiendrait à la méta-règle du système : le rôle fondamental des règles transactionnelles étant de définir les relations, une méta-règle qui l'interdit met les personnes qui y sont soumises dans un double lien, (voir la théorie de double lien de Bateson). Une telle règle interfère avec les processus les plus fondamentaux du développement de l'interaction, qu'il s'agisse de l'individuation des personnes ou de l'organisation familiale et sociale.

Les trois caractéristiques des transactions que nous avons observées dans les systèmes PMEX, soit l'asymétrie de la distribution du pouvoir, l'utilisation de stratégies de déviation et les comportements paradoxaux, peuvent se comprendre s'il y a impossibilité de définir les relations. La conséquence la plus frappante, retrouvée par L. Kaufmann dans les familles à transaction psychotique (1977), est l'intolérance au conflit. Dans notre exemple cette intolérance est poussée jusqu'à la négation des individualités et des différences de génération, observations souvent décrites à propos de ces familles.

Conclusions

La procédure d'analyse proposée ici offre plusieurs avantages : elle est basée sur des données observables (analyse de la distribution du

pouvoir), dont on peut ensuite déduire des caractéristiques structurales et fonctionnelles de la famille (compatibilité, cohérence et auto-régulation du réseau de règles). Théoriquement, cette analyse peut être appliquée aux autres systèmes sociaux avec lesquels la famille entretient des échanges significatifs. Ce modèle d'analyse systémique, représente aussi bien les données diachroniques (développement, histoire du système familial ou social), que les données synchroniques (organisation). Ainsi, elle permet d'arriver à une vue d'ensemble que d'autres méthodes cliniques ne fournissent pas. Il n'est pas besoin de souligner la nécessité de cette vue d'ensemble pour la formulation des stratégies de prévention ou de thérapie. Bien sûr, il n'en découle pas directement des méthodes simples et efficaces, permettant la rééquilibration des systèmes dits déviants. Mais l'analyse systémique fait justice à la complexité des problèmes, donne un cadre de pensée cohérent et permet une décentration par rapport à la pensée déterministe et aux valeurs socio-culturelles.

Elisabeth Fivaz
Centre d'Etude de la Famille
Hôpital de Cery
1008 PRILLY (Suisse)

Cet article a déjà été publié en allemand dans l'ouvrage "Perrez : Krise der Kleinfamilie", paru aux Editions Hans Huber que nous remercions pour l'autorisation de publication en français.

RESUME

Cet article illustre une méthode d'évaluation clinique pour la prévention dans les familles à haut risque par l'étude longitudinale d'une famille à transaction psychotique à la naissance du premier enfant. La méthode permet d'appliquer l'analyse systémique à l'évolution des sous-systèmes familiaux significatifs pour le développement de l'interaction.

SUMMARY

This article illustrates a method of clinical evaluation for prevention in high risk families by the longitudinal study of a psychotic transaction family, at the birth of the first born child. The method applies systemic analysis to the evolution of the family subsystems which are significant for the development of interaction.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH, M.D.S. & WITTIG B.A.
Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation.
In B.M. Foss (Ed), Determinants of Infant Behavior IV. London. Methuen, 1969.
- ANONYMOUS
Toward the differentiation of a self in one's own Family. In Family interaction,
Ed. J. Framo Springer, 1972.
- BATESON G.
A note on the double bind. Family process Vol. 2, Number 1, 1963.
- BERTALANFFY L. Von
Théorie générale des systèmes. Dunod, Paris. 1973. (Trad. J.B. Chabrol)
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK G.
Invisible Loyalties, Harper & Row. 1973.
- BOWEN, M.
voir : Anonymous. 1972
- CARPENTER & STECHLER
A viewpoint on early affective development. In J. Hellmuth (Ed.) Exceptionnal
Infant, vol. 1 : Normal Infant. New-York : Brunner/Mazel 1967.
- FIVAZ E., FIVAZ R., KAUFMANN L.
Thérapie de Famille à transaction psychotique : un paradigme évolutif.
Psychologie médicale, 11, 13, 1979.
- FIVAZ E.
Autonomie und Vorbeugung bei einem System mit hohem Risiko.
Familiendynamik 4, 1979.
- FIVAZ E., FIVAZ R., KAUFMANN L.
Symptome et Thérapie : Un modèle systémique. Cahiers critiques de thérapie
familiale et de pratiques de réseaux, No 3 (in press)
- HALEY J.
The Family of the Schizophrenic : a model System. J. Nervous and Mental
Disease, 129 : 357-374, 1959.
- KAUFMANN L.
Famille, Kommunikation, Psychose. H. Huber 1977.
- SANDER L.W.
Adaptive relationships in early mother-child interaction. J. Child Psychiat. 3,
231-264, 1964.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.F., PRATA G.
Paradoxe et contre-paradoxe : un nouveau modèle pour la thérapie familiale à
transaction schizophrénique. E.S.F. Paris 1978. (Trad.: Ferme du Soleil, J.C.
Benoît).
- WERTHEIM E.S.
Family Unit Therapy - The Science and Typology of Family Systems. Fam.
Proc. 12 : 361, 1973.

WERTHEIM E.S.

The Science and Typology of Family Systems II. Further Theoretical and Practical Considerations. *Fam. Proc.* 14 : 285-309, 1975.

WERTHEIM E.S.

Developmental Genesis of Human Vulnerability. Conceptual Re-evaluation. Anthony J.E. & Koupernick (Eds) *Vulnerable Children. Yearbook of the Int. Assn. for Child Psychiatry & Allied Professions.* Vol. 4. J. Wiley & Sons N.Y., 1978.

WYNNE L.C., RYCKOFF I.M., DAY J., HIRSCH S.I.

Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205-220, 1958.

UNE EXPERIENCE DE SOIN A DOMICILE

M. Demay

L'approche des familles d'enfants confiés au SERVICE DE SOINS & d'EDUCATION SPECIALISES A DOMICILES est une expérience originale puisqu'elle repose sur des interventions au domicile-même de la famille. Avant d'en apprécier les modalités, il faut situer l'expérience elle-même dans son historicité.

Créée en 1973 par une association privée gérant des établissements d'enfance inadaptée en internat ou externat, elle est l'aboutissement d'une longue recherche à partir du *champ institutionnel*. On peut dire que, quel que soit le fonctionnement particulier de chaque institution particulière, le fonctionnement du rapport institution-famille est au centre des préoccupations de toute équipe :

- comment dissocier l'enfant de son environnement familial ?
- que peut-on repérer de son histoire qui ne s'inscrit pas dans la genèse familiale ?
- comment la séparation opérée par l'institution peut-elle s'inscrire dans le désir ou le refus de la famille ?
- comment l'institution-séparation peut-elle être perçue par l'enfant à travers les transactions multiples qui s'instaurent à son sujet avec sa famille, plus ou moins heureusement ?

Dans les avatars de ces transactions s'organise un discours dont il est l'objet et le message confondu : s'il lui est souvent possible d'en infléchir le cours, il n'en a nullement la maîtrise : qui de l'institution ou de la famille la possède ?

Posée dès l'entrée en question dans l'institution, cette transaction aboutit à la sortie avec, chez l'ensemble du personnel, le souhait de poursuivre ce qui n'a pu s'élaborer pendant la durée du séjour; d'où les multiples projets de services de suite, dont notre expérience est directement issue.

"Ce retour à la famille" de l'enfant approprié par l'institution se retrouve dans les projets thérapeutiques des institutions les plus lourdes, l'hôpital psychiatrique s'y inscrit dorénavant, l'hôpital psychiatrique — l'institution par excellence — de jour, de nuit, à vie. Quelle que soit la gravité de la pathologie, le retournement vers la famille s'avère de plus en plus indispensable même et surtout lorsqu'il paraît impossible : à la limite, le modèle familiale semble inspirer les multiples initiatives de substitution de structures thérapeutiques, aussi "légères" que l'hôpital

INFORMATION

JOURNEE

"THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE ET PSYCHANALYSE"

Le Centre d'Etude de la Famille organise la première Journée
"Thérapie Familiale Systémique et Psychanalyse", le

DIMANCHE 12 OCTOBRE 1980

Adresse : 31 rue de Liège, 75008 PARIS

Modérateur : S. HIRSCH

Nombre de participants : 50.

Participation aux frais : 100 F (repas compris).

Pour toutes demandes de renseignements et d'inscription, s'adresser à :

Dominique POULAIN,

S.P.A.S.M. — Centre d'Etude de la Famille

31 rue de Liège, 75008 PARIS

Téléphone 387 60 51

Nous vous rappelons que le Centre d'Etude de la Famille, centre de formation agréé par Promofaf, organise également un programme de formation et de sensibilisation à la thérapie familiale systémique.

beaucoup servi de frontière pour situer les demandes qu'il n'était pas question de recevoir au SERVICE DE SOINS & D'EDUCATION SPECIALISES A DOMICILE.

On peut distinguer deux phases dans notre travail : la première, est la rencontre avec la famille à domicile, selon notre convention de base, et la seconde, la conduite des interventions.

La première sur le lieu de la famille, s'est révélée très riche d'expériences. Progressivement tous les membres de l'équipe sont allés au domicile pour prendre contact avec des familles qui avaient jusque-là refusé de multiples propositions d'aller consulter, d'être suivies par des services extrêmement variés dans leurs modalités de prises en charge.

Ces familles sont, dans l'ensemble, très intéressées et ouvertes au travail à domicile. C'est plutôt l'équipe qui a des problèmes dans ces visites à domicile avec des fantasmes : celui de viol du domicile, par exemple. La mise à jour des résistances de l'équipe depuis le début de l'expérience mériterait à elle seule, une étude qui rejoindrait sur bien des points les avatars de la demande. Revenons aux réactions des familles.

Les familles, plus que réticentes, pour montrer un enfant très malade, atteint depuis de longues années, acceptent assez facilement notre proposition : le thème général est "nous ne voulons pas du déplacement". Toutes ces familles paraissent, en effet, guidées par l'idée qu'en se montrant ou en conduisant l'enfant quelque part, c'est le placement de l'enfant.

Si c'est nous qui nous déplaçons, ils n'encourent donc pas le risque du déplacement qui semble planer sur tout signalement. Dans pratiquement tous les cas, ces familles qui semblent soustraire un de leurs membres à un soin, font activement résistance à la mise en œuvre d'une intervention sociale qu'ils craignent d'entrée de jeu.

Lorsqu'on connaît mieux ces familles, il est aisé de se rendre compte que le signalement aurait pu être fait à propos de plusieurs membres, soit au niveau de la fratrie, soit du couple parental, soit de la parenté proche : un client cache l'autre, disons-nous et c'est pour nous une évidence que progressivement la famille introduit des demandes diversifiées pour plusieurs de ses membres, demandes qui font partie des grandes manœuvres auxquelles notre intervention s'affronte.

La demande de placement n'est plus entendue comme elle l'a été il y a 30 ans, où elle était l'unique réponse; mais même si les équipes s'efforcent de décoder la demande de soin sous-jacente et refusent la séparation comme thérapie essentielle de la maladie mentale, on retrouve la séparation se répétant sur un mode itératif dans l'histoire de ces familles; hospitalisations répétées de la petite enfance, pour des

psychiatrique est "lourd" : placement familial simple, spécialisé, appartement thérapeutique, foyers de toutes sortes se réclamant d'un "retour à la vie de famille" qu'ils veulent prolonger au lieu de recréer un lieu de vie.

Le projet de suite de l'institution s'est donc orienté vers la recherche de moyens propres à étudier le questionnement du soin à l'enfant avec sa famille hors du champ institutionnel constitué.

L'équipe du SERVICE DE SOIN & D'EDUCATION SPECIALISES A DOMICILE a donc décidé d'intervenir directement au domicile de la famille, d'y proposer un soin à l'enfant dans sa famille. Composé d'une équipe pluridisciplinaire à prédominance éducative, le Service doit suivre 50 familles avec un forfait conventionnel de deux visites à domicile par semaine, sans exclure toutes les autres possibilités de soin ambulatoire.

L'implantation du SERVICE DE SOINS & D'EDUCATION SPECIALISES A DOMICILE dans la ville nouvelle d'un canton de 85.000 habitants a permis d'intervenir assez vite dans un milieu urbain récent avec une population très cosmopolite. Il n'était pas question de choisir une population particulière, mais de répondre à deux critères :

- 1) l'intervention au domicile
- 2) l'âge des enfants.

Premier préalable de l'expérience, l'équipe a pris contact aussi soigneusement que possible, avec l'ensemble des services éducatifs sanitaires et sociaux du réseau urbain offert aux familles pour l'éducation et les soins de leur enfant, afin de leur préciser nos critères de fonctionnement :

Le soin ambulatoire de très jeunes enfants à leur domicile

Un effort très constant a été poursuivi par l'équipe en vue d'entrer en contact avec les diverses P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile) et les maternelles de tous les groupes scolaires implantés dans le canton.

Ainsi, progressivement, l'âge des enfants signalés s'est rajeuni, se situant en moyenne dans la fourchette de 3 à 5 ans. De la même manière, les indications se sont précisées, moins en fonction d'un type de symptôme qu'en fonction de la modalité d'une intervention à domicile : celle-ci domine le tableau de la demande.

Notre propos n'est pas de faire ici une étude des avatars de la demande du ou des référents de l'enfant : disons cependant que le bon fonctionnement d'un C.M.P.P. et d'une A.E.M.O. * sur le même secteur a

* C.M.P.P. : Centre Médico Psycho Pédagogique.
A.E.M.O. : Action Educative en Milieu Ouvert.

vacances, maison de repos pour la mère. L'éloignement d'un des leurs paraît nécessaire à ces familles pour régler une difficulté à vivre, au regard d'un champ social toujours présent et menaçant par sa seule présence normative. L'éloignement d'un membre est une double représaille, de la répression sociale et de la vindicte familiale, et il devient alors garantie de l'intégrité de la famille qui sort plus renforcée que jamais de l'épreuve. (perdre pour un temps un membre, c'est comme pour le crabe, le meilleur moyen d'échapper au prédateur).

L'institution, lieu public d'éducation et de soin de l'enfant est devenu le lieu par excellence où s'opère cette séparation réparatrice de l'individu désormais marqué du sceau de la double appartenance : rejet qui a toutes les chances de se perpétuer au cours de son existence.

Ces familles oscillent donc entre les tactiques archaïques du "faire le mort" en ne répondant pas aux sollicitations ou en s'amputant peut-être de l'un d'entre eux. Tactiques barbares qui font régner la règle du non-dit, du passage à l'acte et donc de l'intervention dans l'urgence pour ne pas donner prise-prise sur la famille, au prix de l'angoisse de mort ou de séparation qui menace de destruction plus ou moins totale, le membre "séparé" dans l'institution. A tout le moins, au prix d'une répétition stérilisante des tentatives de reprise de la maîtrise par la famille sur l'institution, ennemi héréditaire.

Forte de nos échecs institutionnels, l'équipe se propose donc de rendre possible un changement pour ces familles, sans l'entrée dans le cycle du dé-placement d'un ou plusieurs de ses membres : c'est donc l'équipe qui se déplace, en sacrifiant le lieu institutionnellement reconnu - murs d'asile ou de bureau - c'est bien hors des murs de l'institution.

La proposition de *soin* dans le domicile, lieu où se tient la famille, a donc pour premier but de faire reconnaître ce dé-placement de l'équipe.

En règle générale, ces familles désespérées et fermées deviennent participantes et acceptent les contrats. Deux conditions à ceci :

- 1) nous devons maintenir les interventions à domicile longtemps, aussi longtemps qu'il leur est impossible de dire leur souffrance. Avant qu'une famille ne révèle combien il est intolérable de vivre avec un enfant psychotique, il faut souvent accepter plusieurs mois de contact où elles peuvent seulement montrer ce qui insupportable.
- 2) les familles attendent autre chose, une attitude positive de notre part; il faut que nous posions clairement, que nous reconnaissons

leurs besoins et nous engageons nous-mêmes dans une relation solide, en inventant la forme de cette relation; le contenu de la visite change et doit changer d'un cas à l'autre.

Il faut inventer pour chacune un style différent et un mode d'entrée en contact avec l'enfant qui prouve à sa famille qu'elle n'est pas à nouveau menacée.

Nous évitons donc de proposer ce qui est intolérable pour ces familles circonspectes, un soin individualisé pour l'enfant. Nous proposons souvent un abord par un travail de groupe bien vécu, à la fois par l'enfant et par la famille, parce qu'il prend en compte l'angoisse intolérable sans déclencher les méfiances, les défenses qui leur sont habituelles et toujours prêtes à réapparaître.

Le travail à domicile nous a permis de trouver des familles muettes de douleur, incapables d'exprimer des "choses indicibles", relevant d'une souffrance tellement désespérante qu'il ne s'agissait même plus de se plaindre. Ce qui est abominable à vivre ne se dit pas, la famille se replie sur elle-même, sur l'enfant ou le parent malade, des mois et des années, véritable enfermement du malade dans une famille immobile et muette en dehors des inévitables passages à l'acte.

Seul un travail constant de l'équipe, éducateurs, assistantes sociales, psychologues, médecin réunis, permet de les éviter. Des réunions de l'équipe où chaque membre participe au moins une matinée par semaine, permet d'exprimer et d'analyser le travail de la rencontre avec la famille, en articulation avec les soins de l'enfant. Enfin, des réunions moins fréquentes concernent l'ensemble de l'équipe qui se remet en question au travers d'une tentative de théorisation.

Un contrat de soin pourra-t-il alors être établi par la famille mettant fin au cycle des interruptions de soin et des séparations répétées. A ce premier enjeu, s'est très vite ajouté une disposition de la famille pour se repositionner d'elle-même comme demandeur, requérant un soutien à leur histoire propre, ce qui est une autre histoire.

Il faut donc distinguer dans chaque cas, comme dans l'histoire même de notre expérience, la mise en route de la première phase de la seconde beaucoup moins évidente.

Concrètement, l'équipe a été constamment encouragée par la porte grande ouverte de ces mêmes familles réputées pour leur refus antérieur. Porte ouverte qu'il n'est pas question d'enfoncer quelles que soient les modalités d'appel au Service, la première visite est toujours précédée d'un échange écrit, demandant l'autorisation de se présenter à son domicile et lui proposant aussi une consultation au Service. Une demande écrite et signée de la famille confirme la décision de prise en charge.

L'enfant signalé, bien sûr, et par un quelconque service, se présente comme désigné, vécu au sein de la famille comme le problème de la famille et de ses difficultés à vivre avec lui.

La notion de patient désigné par un signalement se modifie également par cet abord au sein du groupe familial proscrivant l'examen individualisé quel qu'il soit, par qui que ce soit. Proscrivant, bien entendu, une médicalisation, passant par la prescription médicale, parce que c'est dire que quelque chose existe au niveau de la maladie, du corps de l'enfant et de l'enfant lui-même. En cas de difficulté grave, épilepsie par exemple de l'enfant, nous renvoyons au médecin de famille bien placé pour aborder cet aspect de la situation.

La démarche de déhiérarchisation de l'équipe s'accompagne d'une présentation à la famille d'un fonctionnement d'équipe globale avec des échanges souples au niveau des personnes : lorsqu'il y a échec ou résistance de notre part, nous réalisons très vite que la famille l'utilise parfaitement pour nous diviser, nous isoler et nous mettre en des contradictions et des oppositions qui stérilisent nos efforts et conduisent, soit à un retour vers une individualisation de la prise en charge où le patient désigné reprend son rôle de protecteur désigné du système familial, soit à un retrait rapide de la famille dans ses positions antérieures de refus.

En respectant donc ces règles :

- maintien des interventions à domicile aussi longtemps que rien ne peut être parlé,

- propositions clairement élaborées de notre part, d'intervention n'isolant pas le patient désigné dans un soin individuel, par un travail d'équipe correctement articulé, des résultats positifs très remarquables peuvent être obtenus même s'ils restent en-deçà de nos espoirs de changement profond du système familial.

Nous avons une moyenne annuelle de 100 signalements sur lesquels au moins 70 sont suivis à travers un certain nombre d'interventions. Dans l'ensemble, sur un temps relativement court : il s'agit, grosso-modo, d'une année scolaire, entre 10 et 12 mois d'intervention, ce qui suffit en général pour que la famille, ensuite, fasse quelque chose, soit avec notre aide, soit d'elle-même. Cela va des cas merveilleux où en trois interventions toute la famille est vue et où celle-ci a accepté de se voir comme le malade et non pas avec un patient désigné et, s'est mobilisée pour évoluer. Mais après quatre ans de fonctionnement, nous avons de plus en plus un recrutement de gros cas, c'est à dire d'adultes très perturbés et d'enfants atteints de psychose, pour lesquels la durée de prise en charge s'allonge et tend à se diversifier dans ses modalités.

Au compte du bilan positif, nous retenons d'abord :

- la durée d'intervention sur quelques mois dans l'ensemble, les retraits et arrêts prématurés de soins disparaissent au pro-rata de la capacité de l'équipe à établir un contrat visant à modifier la place du patient-désigné,
- les placements en cours de prise en charge, sous forme d'hospitalisations répétitives, par exemple, sont contrôlés de mieux en mieux, tant par les enfants que par les parents, si bien qu'il n'y a plus de recours à la tentative de séparation si habituelle à ces familles.

Le placement de fin de prise en charge s'est avéré indispensable chaque fois qu'une scolarité n'était pas possible et de plus en plus souvent dans une structure d'externat. A trois reprises, une hospitalisation dans une structure hospitalière du secteur s'est révélée indispensable.

- la grande majorité des enfants suivis est restée scolarisée dans l'école du quartier; cela nous a permis de faire une étude sur l'adaptation scolaire au primaire, des enfants suivis en maternelle, avec un recul de 2 à 4 ans. L'ensemble des enfants ne posait pas de difficultés particulières, même si un retard d'un an était constant.
- au niveau de la fratrie, l'intervention a presque toujours permis d'aborder les problèmes posés par plusieurs enfants, sans multiplier les prises en charge individuelles et successives.

Dans une première approximation, les résultats semblent satisfaisants : nombre de familles paraissent tout à fait capables de modifier leurs attitudes, d'accepter une aide qui fait disparaître le caractère insupportable des situations ayant provoqué le signalement.

Mais il y a aussi les familles qui ne changent pas, même si l'intervention a évité sans doute certaines situations de crise, il persiste un patient désigné avec un fonctionnement de l'entourage non modifié. Ces familles ne se laissent pas avoir par nos interventions qui n'atteignent pas le système familial. Pour certains, nos interventions sont restées inefficaces par incapacité du thérapeute à toucher au type-même du fonctionnement qui le disqualifie; pour d'autres, les défenses propres à la famille ont interdit d'entrer en relation autrement que par un patient désigné.

Pour illustrer le mode d'intervention de l'équipe, le cas de la famille G. paraît assez exemplaire :

Monsieur et Madame G. âgés de 36 ans tous les deux, mariés depuis 15 ans, ont un fils, Philippe né le 18/07/1966 et une petite

filles Sandrine, née le 13/05/1974. Monsieur est pompier et sa femme n'exerce plus son métier de secrétaire depuis Juin 1974. En Novembre 1977, Sandrine nous est adressée par le pédiatre qui la suit depuis sa naissance, pour phobie scolaire. Prématurée, elle a présenté une méningite à 36 heures avec un coma durant 3 jours. Un retard psychomoteur a été progressivement comblé. La mise à l'école maternelle a déclenché une recrudescence de toutes les difficultés : anorexie, troubles du sommeil.

Les parents nous apprennent que leur fils Philippe est placé en externat psycho-pédagogique pour phobie scolaire également depuis Décembre 1974. Ils y sont suivis régulièrement avec un projet de thérapie pour Madame G.

Une intervention à l'école suffit à régler le problème des refus de Sandrine et Madame va consulter en vue d'une thérapie au CMPP. Nous saurons quelques mois plus tard, qu'après quelques séances, Madame demandera à venir seule et cessera très rapidement tout soin.

En Septembre 1979, Sandrine nous est à nouveau signalée par l'école parce que l'adaptation en grande section est encore très insuffisante et l'entrée en C.P. * déjà compromise.

Les parents ne semblent pas inquiets de Sandrine qui "revient de si loin". Elle est pourtant impressionnée de maigreur avec un eczéma important. Elle s'exprime en structurant mal ses phrases et en utilisant des néologismes; elle se réfugie dans un comportement de petit bébé qui la fait passer des bras de la mère à ceux du père, ce qui semble la rassurer.

Le père est toujours fidèle à son personnage rassurant qui intervient à tous moments et la mère se plaint d'être trop fatiguée par sa fille, elle prend des tranquillisants que lui a prescrit un neurologue qu'elle vient de consulter à Paris.

Les parents nous apprennent alors le retour de Philippe "qui pose beaucoup de problèmes".

Il nous apparaît clairement que de lourdes menaces pèsent, aussi bien sur la mère et la fille que sur le fils et nous proposons un soin global à la famille avec des visites à domicile. Ces dernières sont acceptées, mais retardées par l'hospitalisation brutale de Sandrine après une convulsion et un coma "où elle a failli mourir". Deux mois plus tard, c'est Madame G. qui fait, elle aussi, une convulsion et qui reste hospitalisée six jours.

Les visites à domicile sont régulièrement acceptées cependant, deux fois par semaine, et alternent avec une fois par mois, une

consultation où toute la famille se rend. Sandrine participe également trois fois par semaine, à un groupe thérapeutique.

Souignons que les visites à domicile remplissent un double rôle en fournissant des informations avant la consultation familiale et en observant comment sont vécues les prescriptions ou tâches qui y sont données. L'hypothèse que nous avions formulée au départ, consistait à considérer les "phobies de Sandrine" comme le moyen de permettre au père d'intervenir dans son rôle de sauveur et de faire cesser aussi l'escalade conflictuelle dans le couple.

Madame G. a très vite donné à voir une information au cours des visites à domicile; son éthylisme. A la consultation suivante, elle peut parler de sa dépression chronique, son mari devant être prêt à intervenir à chaque moment. Celui-ci exprime très clairement son insatisfaction et ses exigences croissantes, ce qui confirme que les difficultés des enfants, alternativement, permettent une restauration du couple à travers ses fonctions parentales.

Cet exemple montre comment cette famille a proposé un des enfants à tour de rôle comme "patient désigné" acceptant d'abord une proposition de placement de Philippe pendant 5 ans, puis à son retour, mettant en route une fuite dans l'hospitalisation en urgence de Sandrine, puis de la mère.

Les tentatives de prise en charge par des soins individuels et séparés — le pédiatre pour Sandrine, l'institution spécialisée pour Philippe, la thérapie analytique pour Madame G. — ont été apparemment acceptées dans la mesure où elle préservait l'intégrité du système de défense de la famille.

En le reconnaissant, notre prise en charge répond à une demande persistante de prise en compte de l'angoisse destructrice qu'ils vivent depuis 7 ans.

Pour l'équipe, nos moyens d'intervention sont généralement satisfaisants lorsqu'ils s'adressent à des familles qui ne les mettent pas en pièces. Autant certaines familles utilisent parfaitement un travail spéculaire et progressent rapidement, autant d'autres familles le brisent par leur capacité à morceler l'équipe et obtiennent vite un retour de chacun de nous à un fonctionnement individualisé.

La nécessité d'une formation beaucoup plus poussée dans l'étude du fonctionnement systémique des familles devient chaque jour plus évidente. Cependant, elle se heurte à une double difficulté :

— tout d'abord, résistance d'une partie de l'équipe à changer ses techniques d'intervention, avec le sentiment de perdre une autonomie acquise avec un statut de technicien et une théorisation analytique,

* C.P. : Cours Préparatoire.

INFORMATIONS

COURS D'ETE DE THERAPIE DE LA FAMILLE POUR ETRANGERS ROME

L'Institut de "Thérapie Familiale" organise un cours intensif de thérapie familiale d'une durée de six semaines du 1er juin au 15 juillet 1981. Toutes les personnes intéressées à des cours d'une durée différente ou situés à une date autre que celle indiquée, peuvent écrire à l'Institut en spécifiant leurs exigences.

Conditions de participation :

Un minimum de deux ans de formation en "thérapie familiale" et activité clinique comme thérapeute de famille.

Organisation des groupes :

Les participants seront divisés en deux groupes de six à huit unités. Un groupe sera dirigé en langue anglaise par le Dr. Andolfi et le Dr. Menghi; l'autre groupe sera dirigé en français par la Drsse Nicolò et le Dr. Saccu. Pour les activités en italien, la traduction sera assurée par des thérapeutes de l'Institut.

Finalité du cours :

Approfondir la connaissance de notre modèle de thérapie, de supervision, et d'enseignement.

Structure des groupes :

Le cours se déroulera durant quatre jours par semaine pour un total de 150 heures.

Mois de juin : les participants au cours seront occupés à :

- a) l'activité de recherche de l'Institut orientée sur le travail clinique et la théorisation de l'intervention sur les systèmes familiaux rigides (familles avec patients psychotique, anorexique ou avec des graves troubles comportementaux).
- b) Participation directe aux groupes en formation à notre Institut.

ensuite, un système conventionnel rigide qui ne permet pas de budgétiser un mode de travail en thérapie familiale, tout à fait différent dans ses rythmes, ses intervenants et le temps d'élaboration indispensable à l'équipe.

Il est encore impossible de donner, avec un recul suffisant, une évaluation des résultats de ces interventions qui ont cependant répondu à la première intention de l'équipe : permettre à ces familles, jusque-là exclues, un nouveau contact qui évite le placement répressif.

Docteur Marie DEMAY

Médecin-Chef de Service
12, square Alain-Fournier
91100 Saint Germain Les Corbeil (France)

RESUME

La relation de l'expérience d'un Service de Soins et d'Education Spécialisés à Domicile pour enfants de 0 à 10 ans présentant des troubles de la personnalité montre l'intérêt des interventions à domicile auprès de familles profondément perturbées et ayant déjà bénéficié d'interventions psycho-sociales dans leur passé.

SUMMARY

The experience of a "Service of Special Education and Home Visit" for children from zero to ten years old showing personality disorders demonstrates how useful are home visits to deeply disturbed families having had already recourse to social psychological services in the past. Therefore systemic family therapy for helping such difficult cases is proposed.