

THERAPIE FAMILIALE

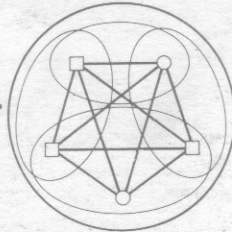
Revue Internationale d'Associations Francophones



m+h Genève

Vol. I - 1980 - No 1

Je B



THERAPIE FAMILIALE Vol. I - 1980 - No 1

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Editorial	1
M. SELVINI-PALAZZOLI : Le racisme dans la famille	5
Ph. CAILLÉ : Psychopathologie de la famille	17
C. GANRY : Théorie de la communication, théorie des systèmes et structuralisme	29
J.C. BENOIT, A. DAIGREMONT, C. GUITTON et B. RABEAU : Interventions systémiques dans une schizophrénie	43
Ph. van MEERBEECK : La crise d'adolescence ou la coupure du monde vécue comme une amputation dans le corps familial	61
O. MASSON, D. MASSON : Psychoses de l'enfant et de l'adolescent et thérapie familiale	71
G. AUSLOOS, G. BOUCHARA, R. PILLA : Ces choses qu'on ne peut pas dire .	85
Informations	93

CONTENTS

ORIGINALS

Editorial	1
M. SELVINI-PALAZZOLI : Racism in the Family	5
Ph. CAILLÉ : Family Psychopathology	17
C. GANRY : Communication Theory, Systems Theory and Structuralism	29
J.C. BENOIT, A. DAIGREMONT, C. GUITTON and B. RABEAU : Systemic Interventions in a Case of Schizophrenia	43
Ph. van MEERBEECK : Adolescence Crisis or Retreat from the World as a Cutting off from the Family Body	61
O. MASSON, D. MASSON : Child and Adolescent Psychoses and Family Therapy	71
G. AUSLOOS, G. BOUCHARA, R. PILLA : Those Things you're not allowed to say	85
Information	93

... / ...

Pantagruel dist à Trouillogan le philosophe :

“Nostre féal, de main en main vous est la lampe baillée.

C'est à vous maintenant de répondre.

Panurge se doibt-il marier ou non ?

– Tous les deux, répondit Trouillogan

– Que me dictez-vous ? demanda Panurge

– Ce que vous avez ouy, répondit Trouillogan.

– Que ay-je ouy ? demanda Panurge

– Ce que j'ay dict, répondit Trouillogan.

– Ha ! Ha ! En sommes-nous là ? dist Panurge.

Passe sans fluz ! Et doncques, me doibs-je marier ou non ?

– Ni l'un ni l'autre, répondit Trouillogan.

– Le Diable m'emport (dist Panurge) si je ne deviens resveur et me puisse emporter si je vous entends ! Attendez je mettray mes lunettes à ceste orielle guauche, pour vous ouyr plus clair ! ”

Comment Trouillogan, philosophe, traite la difficulté du mariage

Extrait de Pléiade, p. 454

François RABELAIS

LE RACISME DANS LA FAMILLE*

Mara SELVINI-PALAZZOLI

Tandis que de toutes parts l'on prend conscience de l'aspect inacceptable du racisme et que finalement s'organise la contestation d'une telle plaie sociale, la psychothérapie familiale nous révèle curieusement, cas après cas, que de la même manière le microgroupe social naturel structure et stabilise certains de ses dysfonctionnements en fonction de mythes heredo-biologiques en tout semblables à ceux qui fondent le racisme. C'est pour cette raison que je me suis autorisée à utiliser aussi ce terme typiquement sociologique pour la famille dans laquelle le phénomène peut être observé, pour ainsi dire, à l'état naissant.

L'encyclopédie philosophique de l'Institut pour la collaboration culturelle dans son édition de 1957 définit ainsi le terme "racisme".**

"Le Racisme, en général, est la tendance à considérer chaque type de civilisation et de culture comme la manifestation de qualités raciales déterminées (...). De ce fait, il ne croit pas du tout à une égalité substantielle des races, mais il reconnaît qu'elles sont différentes *et donc qu'elles ont une valeur supérieure ou inférieure* ; à partir de là découle l'obligation de la primauté du meilleur et du plus fort, la subordination du moins bon et plus faible (...). Toute opposition entre fantastique et réel tend à disparaître et l'existence se concrétise exclusivement en tant que réalité biologique raciale : identification d'être et de race . . .

De part son caractère essentiellement *mythique* le racisme ne peut être confondu avec une étude rigoureusement scientifique de races et des rapports qu'elles peuvent nouer avec les diverses cultures."

Ce qu'il m'importe le plus de souligner dans cette définition est le caractère mythique du racisme : mythique au sens d'irrationnel, d'anti-scientifique et aussi de collectif tant il est vrai que le mythe est lié au

* Tiré de "Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria", XXXII, fasc. VI, 1971.

** Du "racisme", je rapporte seulement la définition générale qui m'intéresse ici pour l'argument que j'entends développer. Je ne m'étends pas, par souci de concision sur les très importantes considérations faites à ce sujet par le Marxisme. Je me limiterai à citer la célèbre affirmation de Marx : "un nègre a la peau noire quelles que soient les circonstances, mais c'est seulement dans certaines conditions socio-économiques, qu'il devient un esclave.

social jusque-là, "il n'est jamais produit par un seul mais par un peuple ou un clan".

Reprenant la définition du racisme dans ses généralités ici rapportées, j'essaierai de la reformuler en termes adaptés à son application au premier groupe naturel : la famille (raciste).

Est raciste la tendance à considérer un comportement individuel et inter-personnel comme des manifestations découlant de caractéristiques heredo-biologiques déterminées. Reconnaisant les membres d'un groupe naturel comme génétiquement différents *on leur attribue automatiquement une valeur supérieure ou inférieure*. En découle l'obligation (attendu) de la primauté du meilleur et plus fort, de la subordination du moins bon et plus faible. Toute opposition contre fantastique et réel tend à disparaître et l'individu se concrétise exclusivement comme réalité hérédo-biologique. L'être est identifié à partir de quelques caractéristiques hérédo-biologiques. Du fait de son caractère essentiellement mythique, le racisme familial doit être confronté à une étude rigoureusement scientifique des individus, des rapports et des rôles que ceux-ci soutiennent dans le contexte du système familial.

En fait, si le caractère du racisme en général est mythique, c'est aussi le cas du racisme familial, en tant qu'irrationnel, anti-scientifique et lié au social.

Le mythe familial en effet n'est pas produit par un seul, mais par le groupe naturel tout entier. Comme on le verra mieux tout à l'heure, celui-ci fait partie d'un système familial au maintien duquel tous les participants contribuent conjointement.

Ferreira dans un article désormais classique paru en 1963 "Family myth and homeostasis" a, le premier, posé le concept de mythe familial comme phénomène systémique associant son surgissement, sa persistance et son aggravation dans le maintien homéostatique d'une organisation familiale donnée.

Dans cet article, l'auteur, alors qu'il décrit divers exemples assez classiques de mythes familiaux, ne fait pas état du mythe dont nous nous occupons ici, pas plus qu'aucun autres de ceux qui, à notre connaissance, ont étudié la famille n'y fait davantage illusion.

Ferreira dit : "Par mythe familial on entend une série de croyances solidement intégrées et partagées par tous les membres de la famille, croyances concernant chaque membre et les relations réciproques dans la famille ; elles ne sont pas niées par aucun de ceux qui y sont impliqués même si l'existence de tels mythes requiert assez souvent de grosses distorsions de la réalité".

Il est important de noter que, bien que le mythe familial fasse partie des images familiales, il est souvent différent de la façade que la famille en tant que groupe essaie de présenter aux autres.

Il fait plutôt partie intégrante du mode qu'à la famille d'apparaître à ses membres, c'est-à-dire qu'il est une partie de l'image interne du groupe, une image à laquelle tous les membres de la famille contribuent et que, manifestement, ils s'efforcent de conserver.

En termes d'image familiale interne, le mythe familial renvoie aux rôles reconnus de ses membres.

Il exprime des convictions partagées concernant autant les membres de la famille que leurs rapports, convictions qui doivent être acceptées a priori malgré de flagrantes falsifications. Le mythe familial décrit les rôles et les attributions des membres dans leurs transactions réciproques, rôles et attributions qui, bien que faux et illusoire, sont acceptés par chacun comme chose sacrée et tabou, que personne n'ose analyser et encore moins transgresser. L'un des membres peut savoir et même souvent sait qu'une grande partie de cette image est fautive, quelque chose de semblable à la ligne politique officielle d'un parti.

Mais une telle conscience lorsqu'elle existe est gardée pour soi et cachée au point qu'en pratique l'individu s'opposera de toutes ses forces à sa mise en évidence de sorte que, allant jusqu'à refuser d'en reconnaître l'existence, il fera de son mieux pour maintenir intact le mythe familial. *Car le mythe "explique" le comportement des individus dans la famille au même moment qu'il en cache les "motivations"*.

Cette dernière observation de Ferreira me paraît la plus importante car c'est de là, à mon avis, que naît l'interdit de reconnaître l'existence de mythe et de le mettre en évidence de façon patente. En fait, comme on le voit bien à partir des tentatives thérapeutiques rapportées par Ferreira (assez maladroites à vrai dire) mais n'oublions pas que son texte date de 1963 et que depuis lors la technique de la psychothérapie familiale a fait d'importants progrès et de notre expérience personnelle, le groupe entier, y compris celui qui éventuellement souffre le plus du mythe, est prêt à disqualifier "d'une seule voix", le thérapeute imprudent qui se hasarderait à démasquer le mythe de façon directe au lieu de le contourner par des stratégies cachées et imprévisibles. Car, on ne le soulignera jamais assez, le mythe familial partagé, n'est pas un phénomène individuel et pas d'avantage duel, mais bel et bien un phénomène systémique, pierre angulaire du maintien de l'homéostasie du groupe naturel. Il fonctionne comme le dit Ferreira comme une soupape de sécurité dans les moments de stress, une sorte de thermostat qui entre en fonction chaque fois que les relations familiales connaissent un danger de rupture, de désintégration ou de chaos.

C'est-à-dire que le mythe tend à maintenir et même à augmenter le niveau d'organisation de la famille, cristallisant des schèmes de compor-

tement qui se perpétuent sur des modes circulaires et auto-régulateurs caractéristiques de tout mécanisme homéostatique.

L'ardeur à maintenir le mythe fait partie de l'ardeur à maintenir la relation, une relation qui évidemment est vécue par les participants comme étant d'importance vitale.

Le mythe hérédo-biologique lui aussi sert comme on le verra, à l'homéostasie du système familial : *et pendant qu'il sert à chacun à expliquer ou justifier ses propres comportements et ceux des autres, il en cache les motivations.*

Je rapporterai ici quelques exemples de mythe familial de type raciste rencontrés dans mon expérience de psychothérapie familiale.

Pour une meilleure compréhension de ces exemples j'ébaucherai quelques considérations de base.

Le couple : un carrefour de systèmes

Quand un homme et une femme se rencontrent et se mettent en ménage, ils se trouvent immédiatement confrontés à une série de problèmes. Parmi eux, l'un des plus importants est assurément leur provenance de familles différentes.

Différents souvent les lieux d'origine, différents les caractères somatiques, les croyances, les coutumes, les stéréotypes, les rites, différentes la *Weltanschauung* et l'échelle des valeurs, différentes les choses grandes et petites qui s'apprécient ou qui sont méprisées, différent l'arsenal comportemental, différentes souvent aussi les significations que chacune des familles attribue à de nombreuses expressions et paroles, même les plus communes et les plus employées.

De la rencontre de telles différences devra jaillir un style propre pour le nouveau noyau.

Ceci arrivera d'autant plus facilement que la communication entre les deux, sera plus ouverte et libre de toute crainte et d'autant plus que sera définitif le détachement de chacun des partenaires des liens ambivalents avec les familles d'origine.

En fait, c'est précisément le conjoint ayant les liens les plus conflictuels avec sa famille d'origine, qui cherche à imposer à l'autre ou une fréquentation plus assidue de cette dernière, ou certaines modalités de comportement, d'habitudes de croyances etc.

En termes systémiques, je dirai comme le dit D. Jackson, que le mariage est une relation fluide entre les deux partenaires et leur système respectif de comportement. Le concept de système s'applique au mariage comme à quelque autre système que ce soit.

Mais le système matrimonial apparaît d'autant plus compliqué si l'on se rend compte que lorsqu'une personne vit avec une autre, il se crée inévitablement un nouveau système.

Lorsqu'un couple se forme, la chose la plus importante pour chacun des partenaires est de tenter de définir la nature de la nouvelle relation. Chacun souhaite un système de fonctionnement qui soit satisfaisant pour lui et préférerait pouvoir y accéder sans devoir changer les modalités de son comportement qu'il a déjà acquises. Chacun voudrait que ce soit l'autre qui s'adapte.

Le plus souvent chaque conjoint accepte comme bonnes ses propres façons de se comporter, ses propres petites manies, ses habitudes et trouve erronées, celles de l'autre. De ce fait, presque tous les mariages, au moins au début, comportent des frictions. Réduire de telles frictions dit Jackson est difficile à cause de l'universelle "cécité comportementale". Les individus contribuent à la formation du système conjoint non seulement avec des tendances comportementales conscientes, mais avec leur personnalité toute entière y compris la partie dont ils ne savent rien et qui a des motivations inconscientes.

Quoiqu'il en soit, chacun des deux conjoints tente de modeler la relation, d'infléchir la manière dont le système conjoint devra fonctionner et de déterminer les limites d'un comportement réciproquement acceptable.

Une fois que le système conjoint s'est stabilisé, il tend à demeurer en homéostasie. La tendance homéostatique, propre à chaque système, acquiert cependant un caractère particulièrement rigide dans les systèmes matrimoniaux insatisfaisants et en équilibre précaire.

Car de tels systèmes sont toujours caractérisés par de graves troubles de la communication (et par une série progressivement croissante de règles concernant "les thèmes dont on ne peut parler sans risquer une catastrophe"), antipathies, souffrances, rancœurs secrètes envers la famille d'origine du conjoint, qui ajoutées aux désillusions provoquées par le rapport au conjoint lui-même, restent à l'état latent. Un tel état de choses peut durer des années tant que dans le système n'est pas introduit un élément nouveau. Mais si un enfant vient à naître, brusquement tout se réactive et s'exacerbe. Il peut arriver alors que dans la vague du mythe hérédo-biologique une série de phénomènes converge vers le nouveau venu.

"A qui ressemble-t-il" ?

Cette interrogation universelle, un peu absurde pour un nouveau-né encore plutôt informe, peut susciter des réponses claires ou secrètes qui posent les fondements d'un funeste destin transpersonnel.

Pour désigner l'essence de cette nouvelle créature humaine, un *prédicat* suffira, une caractéristique physique par exemple : ce front bombé, cette forme des yeux, ces doigts faits de telle façon . . . Cette

caractéristique physique est là, témoignant d'une série d'autres caractéristiques qui "bien entendu" ne tarderont pas à se manifester et qui seront simultanément redoutées et attendues, suscitées et combattues. L'enfant s'inscrit ainsi dans le système déjà stabilisé par ses parents (et par la famille plus large). Ne lui appartiennent en propre, pour l'instant que son sexe et ces fameuses caractéristiques. Cela servira admirablement à construire un mythe au cas où le système en aurait besoin.

Voyons un exemple :

Une femme sur la quarantaine, mince et blonde, mère d'un fils unique étiqueté schizophrène à l'âge de 15 ans, vient me consulter pour une éventuelle psychothérapie familiale. Elle vit en ce moment dans une autre ville, chez une sœur. Elle voudrait une thérapie familiale pour trouver le courage de retourner habiter avec son mari et son fils sorti depuis peu de l'hôpital psychiatrique. Voici le passage le plus significatif de l'entretien.

"J'ai su que je pouvais avoir un fils anormal lorsque j'étais enceinte de trois mois. C'est à ce moment-là que je découvris que mon mari avait une sœur folle. Lui me l'avait tenu caché... comme tant d'autres choses. Ils sont de X (localité du Sud de l'Italie) des gens que l'on ne comprend pas. Des choses incroyables que je raconterai après. Celle-ci nous arriva un jour à la maison, qui l'aurait pensé ? ... elle fit une scène terrible avec mon mari, en plein égarement, elle hurlait ...

A partir de ce moment, je vécus dans la terreur. Quand l'enfant naquis, je vis tout de suite qu'il avait pris d'eux... les yeux, regardez (elle sort de son sac une photo d'enfant avec des yeux sombres qui m'apparaissent comme seulement tristes). Voyez ce regard... il est étrange... fixe, il m'a toujours fait peur ! "

De la suite de l'entretien, il ressort que le garçon inaugura brusquement à 15 ans un comportement psychotique fait de scènes violentes, hurlements et mimiques propres à "faire peur" à la mère (et non au père, en la présence duquel il se recomposait immédiatement tout en continuant à communiquer sur un mode psychotique).

Il apparaît aussi que la psychose avérée du fils explosa au moment, où la mère qui avait vécu pendant des années dans la maison comme une recluse, prit contact avec sa famille d'origine, qui insistait pour qu'elle se séparât de son mari.

Il apparaît aussi très significatif que la mère demande une psychothérapie de la famille au moment où le fils quittait l'hôpital psychiatrique. Comment pourrait-elle se séparer de son mari, maintenant qu'elle a un fils malade et qui a tellement besoin de ses soins ?

De qui tient-il ?

La question est devenue désormais classique dans notre répertoire de la première (ou des premières) entrevues familiales. Nous avons cependant appris qu'il faut être prudent : demander par hasard, courtoisement, comme pour une routine banale. Dans le cas heureux où il y a d'autres enfants, il vaut mieux commencer par ceux qui ne présentent pas de symptômes, pour arriver d'une manière presque imprévue au patient désigné. Nous accueillons les réponses sans commentaires d'aucun ordre et surtout pas critiques.

Le contexte thérapeutique glisserait immédiatement en contexte judiciaire donnant lieu à d'immédiates négations et disqualifications.

Une jeune mère demande par téléphone un entretien pour le problème de sa fille aînée Paule, 4 ans, qu'elle juge inéducable. Elle a aussi une seconde fille Stéphanie, 2 ans, qui ne pose pas de problème. Je ne convoque ensemble à l'entretien que les parents. Déjà, dans la première phase de recueil des données dont nous nous servons habituellement pour tracer le cadre familial, je note que le père s'exprime dans un langage d'étudiant.

Docteur : Niveau d'études ?

Père : Ah, j'ai fait un tas d'écoles. Ce qui fait sursauter l'épouse, une femme pâle correctement assise, enveloppée dans son manteau de fourrure qu'elle a refusé d'enlever. Il ressort du récit du père qu'il fut toujours un rebelle riche cependant de capacités de réalisation peu communes et de vastes intérêts.

S'étant soustrait à 14 ans à la tutelle d'un père autoritaire de souche artisanale qui voulait l'inclure dans sa boutique, il fit cent métiers, étudiant durement aux cours du soir grâce auxquels il obtint plusieurs diplômes techniques. Il occupe en ce moment un poste important de direction dans une société, gagne très bien sa vie et à temps perdu étudie l'électronique (dont il n'a rien à faire dans son emploi actuel, mais qui le passionne). Il a l'air d'un homme satisfait de ce qu'il fait et soucieux de s'améliorer.

La mère est originaire d'une famille de province. Ses parents sont enseignants. Elle aussi est institutrice et depuis quelques années travaille "même si elle n'en a pas besoin" dans une école maternelle où elle a aussi placé sa fille dans la classe d'une collègue. L'histoire de sa fille, qu'elle raconte d'une voix étouffée et les yeux brillants de larmes frappe par le peu d'importance des faits en égard à l'énormité du vécu négatif.

La mère : Déjà dès les premiers mois, je fus effrayée par la vivacité de l'enfant. Ça n'était pas normal.

Docteur : Par exemple ?

La mère : Il suffit que je vous dise qu'à peine âgée de quelques mois, elle réussit à se renverser avec son siège de plastique où je l'avais attachée. Elle trouva à s'agripper à quelque chose et chuta du meuble avec son petit siège et tout le reste.

Je restai persuadée qu'elle s'était fait quelque chose à la tête. Vers l'âge de deux ans, je la conduisis passer un électro-encéphalogramme car elle n'était pas normale.

Docteur : Que faisait-elle ?

La mère : Une rébellion continue, des caprices qui me faisaient honte, les gens disaient : "Mais qu'est-ce qu'elle a cet enfant ?". A la mer, il n'était pas possible de la faire sortir de l'eau. Je me suis toujours épuisée pendant des heures et des heures pour la rendre raisonnable.

On ne trouva rien dans le tracé, j'espérais qu'au moins le coup sur la tête puisse être une explication. Pas du tout . . . Ensuite à trois ans, je l'ai mise dans une école maternelle où je vais aussi travailler. J'ai préparé le terrain à l'avance, j'ai dit et redit à ma collègue que c'est une enfant particulièrement difficile, qu'elle devait la traiter à part et maintenant je m'entends dire que elle aussi ne sait plus par quel bout la prendre ! Alors on m'a conseillé de lui donner plus d'activités pour qu'elle se défoule. Ainsi je la conduisis prendre des leçons de patinage. Au début, elle semblait enthousiaste. Moi je restais là pour assister aux leçons comme les autres mères. Un jour, elle s'est heurtée au professeur de patinage, elle voulait faire à sa façon, je suis intervenue pour la faire obéir, il en est résulté une scène, la monitrice s'en est pris à moi (elle éclate en sanglots). Elle m'a fait honte devant toutes les autres mères, c'en était trop, trop ! Alors je me suis décidée à vous téléphoner. C'est toujours pire, toujours plus anormal.

Le père : Voilà, ma femme pense toujours aux autres, à ce que diront les gens, à faire bonne figure, moi j'en ai rien à foutre des gens ! Et puis elle exige de Paule un tas de choses du genre : se tenir bien à table, avec pour résultat que Paule ne veut plus manger.

Docteur : (Tourné vers l'épouse) Il y a aussi une enfant plus jeune, il me semble. Comment est-elle ?

La mère : Oh ! une enfant tout à fait normale (elle change d'expression et parle de Stéphanie, dit combien il a été facile de l'élever).

Docteur : De qui tient-elle ?

La mère : (sursautant) Qui ? . . .

Docteur : Stéphanie.

La mère : Ah de moi, exactement telle que j'étais lorsque j'étais petite, ma mère le dit aussi.

Docteur : Et Paule ?

La mère : (criant) De lui ! (Elle éclate de nouveau en sanglots) et moi je ne veux pas, je ne veux pas . . . car elle sera malheureuse toute la vie . . . Ce sera une infortunée . . .

Watzlawick, lorsqu'il parle des modalités d'interaction qui s'instaurent entre deux sujets dans la relation duelle dit : "Un partenaire n'impose pas à l'autre un certain type de relation, mais plutôt chacun se comporte d'une manière qui présuppose le comportement de l'autre et, ce faisant dans le même temps, il lui en fournit les raisons". Face à la constitution sthénique de cette enfant de quelques mois (élément personnel apporté par l'enfant dans la relation), la mère "prend peur" : la voilà confrontée à la donnée hérédo-biologique irréversible *la fille est comme le mari*.

Présumant en elle, préfigurés, tous les comportements redoutés, elle lui fournit dans le même temps, les raisons pour qu'ils se vérifient. L'enfant de son côté, présumant désormais chez la mère certains comportements, lui fournit ponctuellement les raisons pour qu'ils aient lieu. La modalité de communication symétrique constitue désormais un circuit, actions et rétroactions se renforcent mutuellement et l'escalade devient évidente et dangereuse. Mais le père aussi a un poids important dans le rôle systémique car il est lui aussi convaincu *que Paule est comme lui*. De cette manière le rapport triadique se complique avec constitution d'un triangle pervers : le père instaure une alliance secrète avec l'enfant, il ne fait pas mystère de son mépris pour les stéréotypes de son épouse et fournit à Paule qui l'amplifie son modèle de comportement. Mais Paule à ce stade, a une fonction importante : elle est le véhicule de la communication entre les parents. Avec le mythe de Paule (portrait de son père), le couple peut finalement combattre à terrain découvert : la mère contre les grossièretés du mari qui lui sont intolérables (et qu'elle veut supprimer chez Paule), le père contre le snobisme de l'épouse (qu'elle prétend imposer à Paule) ; mais surtout, tous les deux peuvent continuer à vivre ensemble parce qu'il y a Paule et même plus : *le problème de Paule*.

Deux familles d'origine : le conflit en termes racistes

Une famille nombreuse vient au premier entretien de thérapie familiale "à cause d'Emilie", une gravissime anorexique vomisseuse pour laquelle ont échoué toutes les précédentes tentatives thérapeutiques. Elle est adressée par une collègue psychothérapeute qui après quelques entretiens avec la patiente désignée, a prévenu de l'inutilité de poursuivre la série de tentatives de traitement individuel. De fait, ayant épuisé en quelques séances le récit de "ses malheurs" et de ses mésaventures thérapeutiques, la jeune fille, qui a vaguement désigné ses parents comme "deux braves personnes qui pourtant se comprennent peu", semble n'avoir plus rien à dire. Elle reste là, comme vidée, inaccessible dans son abattement passif.

Ayant convoqué les parents à un entretien, dans le but d'élargir sa vision du contexte dans lequel vit la patiente, la collègue assiste avec stupeur à une série de querelles qu'on ne peut arrêter, entre eux deux sur des sujets totalement étrangers au problème, querelles dans lesquelles la patiente désignée intervient souvent, dans le but évident d'apporter quelques éclaircissements sans toutefois aboutir à rien. Ses commentaires qui frappent la collègue par leur pertinence, tombent tous régulièrement "in vacuum". Les parents semblent trop occupés à se contredire pour écouter leur fille.

Voici ce que nous recueillons à la première séance de thérapie familiale. Les deux parents, âgés d'environ 50 ans, exercent la même profession libérale dans un gros bourg. Lui est issu d'une famille (que j'appellerai Crippa) de commerçants typiquement provinciaux, petits bourgeois, très attachés aux valeurs du bon vieux temps : une mère consacrée à la maison, à l'église, aux œuvres de bienfaisance, un père entièrement voué au travail et aux pratiques religieuses.

Elle, est au contraire l'aînée d'une famille hautaine, de tradition libérale, qui tient en grand mépris église, prêtres et ceux qui les fréquentent (j'appellerai cette famille De Marchi). Il en résulte que la belle-mère De Marchi ne fit jamais aucun mystère de son mépris pour les origines du gendre. La belle-mère Crippa de son côté manifesta une profonde douleur lorsque son fils lui annonça ses fiançailles avec une diplômée et de plus athée. "Comment peut-on épouser une femme issue d'une telle famille ! Ce ne sont pas des femmes d'intérieur, ce ne sont pas des femmes à épouser !".

Quoiqu'il en soit, ils s'épousent et dès le début du mariage, s'engagent dans une compétition professionnelle : ils se disputent les succès, grignotent leurs territoires respectifs de compétence. Les deux enfants aînés, un garçon et la patiente désignée, passent "par obligation" plusieurs années dans la maison de la grand-mère maternelle,

femme on ne peut plus agressive qui ne perdait pas une occasion pour marquer chaque défaut du sceau dit typique de la race paternelle. — A la question — De qui tient-il ? — formulée pour chaque enfant, surgit un enchevêtrement de qualificatifs raciaux que père et mère distribuent de façon discordante. Par exemple, pour la mère, le fils aîné un Crippa pour certaines choses, un De Marchi pour le père. Il n'y a que pour Emilie que tous les deux sont d'accord : c'est une Crippa pur sang.

Voici l'enregistrement des transactions que Emilie inaugura à ce moment-là avec la mère.

Emilie (tendue vers sa mère qui est assise à côté d'elle). Tu te rappelles quand j'étais petite ? Je t'en faisais quelques-unes c'est vrai, et toi à me dire tout de suite que j'étais une Crippa. Mais le pire était que papa intervenait et toujours pour me défendre même si j'avais complètement tort . . . Ainsi j'étais toujours obligée d'être du côté de papa . . . et pourtant je t'aimais . . . énormément . . . Je ne sais pas ce que j'aurais donné pour . . . et au contraire, je te faisais la tête . . . parce que tu m'avais dit que j'étais une Crippa . . . et alors je ne savais plus quoi faire . . . J'aurais préféré mille fois que vous . . . m'écrasiez même . . . mais ensemble. Et puis il y a la conviction . . . nous avons fini par nous convaincre que les De Marchi sont mieux que les Crippa.

La mère (elle semble incapable de saisir le contenu de ce message. Elle est en retrait, dans une attitude défensive). Mais que pouvais-je y faire si tu ne parlais pas. Tu me faisais la tête pendant des journées entières ! (se tournant vers la thérapeute, se détendant, avec le ton de qui peut enfin parler avec quelqu'un qui raisonne) : Vous voyez, Docteur, une caractéristique essentielle des Crippa, c'est la susceptibilité. On ne peut discuter avec eux, ils sont tout de suite vexés ! . . .

Peut-être pour paraphraser Watzlawick, en termes traditionnellement racistes le commentaire devient-il plus clair.

Si vous êtes convaincus qu'un tel est "un nègre" vous présumez en lui certains comportements et dans le même temps vous lui en fournissez les raisons. Mais simultanément l'autre, qui sait que vous le prenez pour "un nègre", présumant en vous certaines présuppositions, vous en fournit les raisons.

Si nous reprenons l'affirmation de Marx rapportée dans la note (cf. page 3), nous pouvons la réexaminer maintenant en termes systémiques et l'appliquer au mystère familial.

Un être humain est porteur de certaines caractéristiques dans toutes les situations mais c'est seulement dans certaines conditions de système familial que du fait de ces caractéristiques, il devient "un nègre".

Mais là le drame, inhérent à la complémentarité des rapports interhumains est global en-ceci qu'il implique et emprisonne dans une réciproque stagnation, tous ceux qui participent à la relation.

Car si quelqu'un, comme nous l'avons déjà vu, continue à rester "un nègre" parce qu'autrement il a peur de devenir "personne" dans la relation, de même ceux qui le traitent de cette manière, continueront à le faire et en raison de la même peur tragique.

Mara Selvini Palazzoli

Centre pour l'étude de la famille
et des techniques de groupe

Via Leopardi, 19
20123 Milano

Traduit par Claude Cappadonro, F-40800 Aire s/Adour.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA FAMILLE*

Philippe CAILLÉ

L'emploi de l'expression "psychopathologie de la famille" implique pour nous que c'est vraiment tout le groupe familial qui est défini comme malade. Le fait qu'un membre de la famille présente un symptôme psychiatrique est l'occasion pour la famille de prendre contact avec nous, mais le porteur de symptôme ne doit pas de ce fait être placé dans une position particulière. Dans la pensée systémique, la survenue d'un état psychotique dans une famille est souvent le résultat d'un système familial fermé et rigide à l'intérieur duquel tous les impliqués souffrent de façon aussi intense bien que de façon différente. La conséquence en est que la situation ne peut s'améliorer pour quiconque sans que tous soient soulagés par un changement dans les règles qui dirigent leur relation interne.

Rencontre avec une famille

Quatre individus sont présents, une famille de trois personnes et le médecin. Le père a cinquante ans. C'est un solide cultivateur, prudent et sobre en discours et en gestes. La mère est institutrice. Elle porte sans faiblesse ses 46 ans, est habillée sans affectation et s'exprime de manière concise et directe. La fille, 25 ans, légèrement obèse, paraît quelque peu agitée, et s'exprime fébrilement. Son curriculum scolaire comprend le brevet et un cours commercial. Elle a cependant ces dernières années été à plusieurs reprises invalidisée par des épisodes psychotiques qui ont conduit à des hospitalisations de longue durée en milieu psychiatrique. Le trait le plus frappant de sa symptomatologie a été l'idée d'être une actrice célèbre. Elle habite pour le moment chez ses parents et travaille dans la journée dans un "atelier d'entraînement industriel". Elle énonce dès le début de l'entretien son intention de solliciter son admission à l'Ecole Théâtrale d'Oslo et son espérance de pouvoir ensuite obtenir un rôle dans un film. Il est par ailleurs facile de remarquer l'antagonisme entre les parents. La mère ne s'adresse jamais directement au père. Elle informe d'emblée le médecin de ce que le père

* Texte publié originellement en Norvégien dans *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr 31, 1621-1624, 1977.

ne l'a jamais aidée, n'a jamais montré d'intérêt véritable ni pour elle, ni pour sa fille. Du fait de son égoïsme foncier, il a toujours pris une attitude négative et critique à leur égard. Le père assure le médecin de son innocence et de son désir sincère d'aider sa fille et son épouse. Il dit à celle-ci d'un ton plaintif et malheureux qu'elle le rejette constamment et le mécomprend bien qu'il dise les choses dans la meilleure intention. L'épouse ne répond pas, mais sourit avec mépris. La fille intervient en s'exclamant que le père lui fait perdre son courage et essaye de lui rendre la vie pénible.

Elle montre ensuite les formulaires d'admission qu'elle a reçu de l'Ecole Théâtrale. Il est certes écrit que le Baccalauréat est exigé comme minimum d'éducation générale, mais elle espère de façon optimiste pouvoir obtenir une dispense. Elle commence à parler ardemment de son intention de faire une carrière d'actrice lorsqu'elle aura terminé son éducation.

Le médecin s'enquiert de l'avis des parents. Le père pense que tout cela est chimérique. Sa fille n'a ni baccalauréat, ni expérience de la scène. Il peut par l'intermédiaire de relations lui procurer un emploi dans la banque locale, ce qui signifierait sécurité d'emploi ainsi que possibilités d'avancement. La mère est d'avis que seul compte que la fille ait une perspective qui lui donne courage et humeur. La fille s'écrie qu'elle hait le père qui lui ôte sa croyance en elle-même.

Plus tard au cours de l'entretien, la mère laisse tomber qu'un travail comme expéditrice ou une occupation comparable conviendrait peut-être bien à la malade. Le père, la mère et le médecin s'accordent sur le fait que le travail est important pour elle et qu'il est à espérer qu'elle continuera pour le moment à fréquenter l'"atelier d'entraînement industriel". Ses performances se sont récemment améliorées et il faut croire qu'elle conservera cette attitude positive.

Après l'entretien, sur le chemin de la maison, la fille devient de plus en plus confuse et agressive. Elle doit être reconduite au Service de Psychiatrie où elle est hospitalisée de nouveau.

Comment comprendre ce que nous avons vu ?

La plupart d'entre nous sont conscients du fait que ce que nous percevons est toujours coloré de nos représentations intérieures, de nos théories sur la façon dont les choses s'organisent. Si le développement correspond à ce que nous attendions, si nos interventions donnent le résultat espéré, nous supposons que notre théorie était juste. Dans le cas contraire, nous cherchons un nouveau modèle explicatif qui soit mieux adapté aux problèmes actuels et donne meilleures chances de les résoudre.

Plusieurs systèmes de référence ont fait leur apparition en psychiatrie depuis 1950. Qu'allons nous choisir de découvrir dans cet exemple clinique ? Une malade subpsychotique au "moi" vacillant qui met la discorde entre des parents malheureux et rend difficile la relation conjugale ? Une puissante mère schizophrénigène, une figure paternelle blafarde et périphérique et leur produit commun, un individu psychotique dont l'identité chancelante se compense de représentations mégalomaniaques ? Ou bien, père, mère et fille comme participants malheureux à un système humain destructif ? Les règles impitoyables de la famille assurent ici cohésion et continuité, mais ne permettent ni développement individuel, ni expression de besoins propres. La souffrance individuelle se manifeste de façon diverse. Nous appelons comportement psychotique une de ces expressions de souffrance.

L'expérience de notre travail hors du milieu hospitalier avec grandes possibilités de contact avec l'entourage du malade nous fait dire que ce dernier système de références qui prend comme unité d'observation la famille ou tout autre groupe naturel humain présente un grand nombre d'avantages. Nous ne voulons pas par là même nier la justification de l'emploi d'autres modèles dans des situations de travail différentes (3).

Théorie des systèmes

La pensée de base est que tout système, qu'il soit de l'ordre du vivant ou de l'inanimé, est plus que la somme de ses éléments et ne peut donc être expliqué par l'analyse de chacun des composants (2). La famille que nous avons présentée ne peut donc être comprise par la seule analyse psychologique du père, de la mère et de la fille. Pas plus que la nature particulière d'une vallée ne peut être saisie par les études séparées de la rivière, de la population, de la flore, de l'industrie locale etc. C'est la relation entre les parties composantes qui caractérise le système. Notre mode de pensée traditionnel basé sur la réduction, l'analyse, la démarche déductive, doit donc être mis de côté au profit d'une compréhension écologique, inductive qui prend en considération la totalité et les règles qui la dirigent.

La balance du système est son homéostasie. Celle-ci est très stable dans les systèmes physiques où elle prend le nom d'équilibre. Dans les systèmes biologiques comme la régulation de la glycémie, l'homéostasie est plus labile. La glycémie montrera au cours de la journée quelques déviations modérées de la valeur optimale moyenne. Dans les systèmes humains, le point d'équilibre même se modifie non seulement parce que la composition du groupe se modifie, mais du fait que l'humain a un cycle de vie qui comporte des changements dans l'aptitude physique, la compétence et la personnalité.

Un moyen de décrire un système humain est de mettre à jour les règles qui régissent la relation interne entre les participants. Elles sont le fondement de l'homéostasie du système. Des négociations subtiles sur le plan non-verbal dont les intéressés ont souvent eu peu conscience sont à la base de ces règles. Le phénomène se laisse facilement observer dans un groupe en formation. Peu à peu tous peuvent arriver à prédire où chacun va s'asseoir, qui fera des propositions audacieuses, qui argumentera pour la prudence. Les règles jouent pour tous. Aucun des participants ne peut objectivement être tenu d'en assumer la responsabilité car tous, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à leur formation.

Il peut cependant dans certains cas sembler, qu'un membre de la famille, par exemple la mère dans notre cas clinique, impose ses règles à la famille. Selon la pensée systémique, ceci-même est une règle familiale. En réalité aucun des participants n'a la maîtrise unilatérale des règles. Tous participent à leur élaboration et à leur maintien. Les membres du groupe familial sont éléments d'un cercle relationnel fermé. Leur appartenance systémique les influence au même grade en ce qui concerne leurs possibilités de développement propre et d'individualisation. La façon dont apparaît la souffrance individuelle dans un système dysfonctionnel est par contre très variable parmi les participants.

C'est la répétition de séquences de comportement ou de communication qui donne à l'observateur la possibilité de comprendre les règles du système (1). La mère s'adresse au médecin avec une accusation portée contre le père, celui-ci essaye de s'excuser à l'égard de la mère, la fille intervient par des soupçons dirigés contre le père. Si une telle séquence se répète suffisamment, elle témoigne d'une règle dont la famille n'a guère conscience. Elle a encore moins la possibilité d'en révéler l'existence ou de la modifier. Une personne neutre peut au contraire stimuler la capacité du système aux changements internes et contribuer à ce que les règles se modifient.

Pour obtenir ceci, il faut abandonner le raisonnement traditionnel dichotomisant qui aboutit à classer toute solution comme juste ou fautive, bonne ou mauvaise. Il faut accepter dans ses conséquences les plus profondes la signification paradoxale des phénomènes homéostatiques à l'intérieur des systèmes humains. L'homéostasie assure appartenance, sécurité, prévisibilité, mais implique en même temps une restriction, voire un abandon, de certaines aptitudes individuelles authentiques. Tout attachement émotionnel à un autre être humain a de la même façon à la fois des aspects positifs et négatifs. La sollicitude parentale pour l'enfant est une sécurité en même temps qu'une sujétion. L'autorité d'un père peut aussi bien être considérée sous son aspect éducatif que sous son aspect répressif. La plupart d'entre nous ont une

compréhension intuitive de cette double nature des rapports humains. L'accent mis sur l'un des aspects de la relation nous amènera automatiquement à penser à l'aspect opposé. Lorsque des parents insistent sur leur préoccupation d'empêcher que l'enfant soit exposé à toute forme de danger, l'importance donnée à l'aspect de protection peut nous faire nous demander si l'enfant ne risque pas d'être trop contrôlé ou inhibé. Si les parents sont toujours au contraire anxieux de ne pas donner à l'enfant assez de liberté et d'indépendance, la question sera de savoir s'ils sont suffisamment conscients de lui assurer une protection et un contrôle suffisants.

La structure et les règles d'un système fonctionnel sont vécus comme *plus* ou *moins* satisfaisantes, jamais comme parfaites ou totalement inacceptables. Il se produit des périodes de transition où les participants doivent redéfinir leur relation interne, et ainsi changer les règles du système. Elles sont suivies par périodes où la structure est vécue comme satisfaisante et donne une sensation de sécurité et de stabilité. On peut mentionner à titre d'exemple qu'une famille traverse habituellement trois périodes de crises. Les deux premières sont le passage de l'état de couple sans enfants à celui de famille avec enfants en bas-âge et le passage consécutif au stade de la famille comportant adultes et adolescents. Le troisième état de crise se produit souvent quand les enfants quittent définitivement le foyer et les parents doivent à nouveau rétablir une relation dyadique. Chaque famille a de surcroît sa propre histoire avec ses crises propres qui, elles aussi, rendent nécessaire une modification de la relation interne (7).

Bien différente est la dynamique interne de systèmes dysfonctionnels. La souffrance individuelle y est prononcée et le système est donc exposé au danger de dissolution. Comme réponse à cette menace se forment d'importants automatismes d'homéostasie. Tout changement est considéré comme une menace. Tout est fait pour que les règles soient inaltérables et éternelles. La famille se comporte comme si elle habitait dans une vieille maison en ruines où le fait de déplacer un livre pourrait suffire à faire s'écrouler la toiture. Le besoin de négocier la nature de la relation interne doit être nié. Il faut donc faire table rase des besoins individuels de chacun. Les sentiments que les participants ont les uns pour les autres sont définis une fois pour toutes comme bons ou mauvais. Les alliances et les oppositions semblent définitives et éternelles. Il se constitue ainsi un cercle vicieux. La souffrance individuelle augmente, et parallèlement s'accroissent les mécanismes d'homéostasie. Dans les cas extrêmes, l'existence de conflits importants par exemple entre le père et la mère sera considérée comme une caractéristique stable, trait particulier original du profil familial. Ces conflits ne seront par contre jamais mis en rapport avec l'existence de symptômes chez un ou plusieurs des membres du groupe familial.

De telles déficiences dans la pensée logique sont ici nécessaires et caractérisent le système dysfonctionnel ou fermé. On peut comprendre toute parole prononcées au cours de l'entretien, mais il peut être difficile de donner une signification à ce qui a été dit. Cela peut être dû au bas niveau de précision dans le mode d'expression, à un antagonisme entre le contenu verbal et non-verbal, ou simplement au fait que celui qui parle se contredit lui-même ouvertement. Le comportement au domicile familial doit se conformer à un certain nombre de rituels complexes. Celui qui cherche à s'y opposer est considéré comme agressif et méchant, ou comme égaré et malade. On identifie souvent sur un mode magique les différents membres de la famille à diverses ascendances plus ou moins éloignés (4). La cohésion familiale est mise à l'épreuve grâce à des rituels complexes à l'observance desquelles tous doivent participer. Un tel système a cependant souvent besoin d'un "traître" ou d'un "bouc émissaire" qui enfonce cette législation compliquée. Le fait que les participants se sentent malgré tout anxieux et insatisfaits reçoit ainsi une explication. Le comportement du dissident est ce qui empêche que l'existence de chacun soit heureuse et sereine.

Le système "ouvert" ou fonctionnel se caractérise au contraire par des règles peu nombreuses, facilement compréhensibles qui ont un fondement logique. Les expressions d'opinion y sont claires et directes. Les différences individuelles de goût et de besoins y sont reconnues. Les réactions émotionnelles y sont tolérées. La famille est réceptive en ce qui concerne l'information logique. L'acquisition de connaissances, les recommandations pourront éventuellement provoquer un changement dans les règles et un renversement dans les rôles.

Une telle présentation dichotomisante en systèmes "ouverts" et "fermés" est bien sûre une simplification artificielle, rendue nécessaire par l'emploi du langage dont la structure est linéaire, obligeant la pensée à la recherche de la relation cause-effet et à l'analyse. En réalité, il n'existe pas de telle polarisation, mais seulement une différence de niveau en fonction ou dysfonction. Ce niveau varie aussi dans le temps. Un groupe humain peut être relativement fonctionnel à un certain moment, relativement dysfonctionnel à un autre.

Retournons à notre famille

Nous sommes maintenant en état de reconnaître les traits caractéristiques d'un système fermé.

La communication entre les participants se développe en cours de séance sur un modèle compliqué et illogique. On ne trouve aucune concordance entre le rôle que chacun est dit avoir par rapport aux autres et le contenu actuel du comportement de l'intéressé. La mère qui

est supposée protéger la fille et être sa véritable alliée, l'encourage à poursuivre des plans chimériques. Le père qui est le "persécuteur" de la fille lui donne en fait des conseils acceptables et lui propose une aide concrète. La mère et la fille soutiennent que le comportement du père est une explication suffisante de la détresse familiale. La fille a été victime de plusieurs épisodes psychotiques. La souffrance individuelle s'exprime souvent dans les systèmes fermés par des symptômes psychotiques. Ce mode de communication est ambigu et par là-même acceptable.

Chacun des participants a la conviction erronée d'avoir le contrôle de la situation et de s'être ainsi protégé du risque d'abandon par les deux autres. La mère a tant de force et d'autorité qu'aucun n'osera lui signifier une rupture. Personne ne peut guère être plus accordant et humble que le père, ce qui lui garantit aussi apparemment une place dans la maison. Quant à la fille, sa position comme intermédiaire entre le père et la mère est capitale aussi longtemps qu'il n'existe pas de rapports directs entre eux. Que se passerait-il si le rapport entre les conjoints semblait s'améliorer ? Serait-elle en définitive abandonnée à elle-même après avoir été victime de leurs conflits conjugaux pendant 24 ans ? Par son message psychotique, elle devance ces questions par un avertissement menaçant. "Ce que vous attendez de moi aurait sans doute été raisonnable si j'avais été votre fille. Je ne suis cependant pas votre fille, mais une actrice bientôt célèbre. J'aurais bien sûr pu être votre fille, mais alors vous auriez dû être autres que ce que vous êtes". Pour empêcher que ce message angoissant ne s'exprime sous un mode d'expression moins ambigu, les parents doivent montrer des signes de sollicitude et de dévouement à l'égard de leur fille qui reçoit ainsi une confirmation de sa croyance d'avoir le contrôle de la situation relationnelle.

On retrouve la même ambiguïté dans la demande que la famille fait au thérapeute. Elle apporte un problème, la fille malade, et demande au médecin la cure du symptôme. En même temps, le thérapeute est empêché d'apporter quelque changement que ce soit à la relation familiale car elle est définie comme sans problèmes, ou s'il y a des conflits, ceux-ci sont définis comme sans solution. Le thérapeute pourrait être tenté de suggérer que l'état de la fille est le résultat de la mauvaise entente entre les parents. Il pourrait essayer d'obtenir que le père et la mère essayent d'aborder les raisons profondes qui sont à l'origine de leur mésentente. Le résultat probable serait l'abandon du traitement par la famille. Dans le meilleur des cas, la famille révélerait par de subtiles démarches, aussi effectuées en dehors des séances, son antagonisme et son scepticisme à l'égard du thérapeute. L'homéostasie

du groupe serait ainsi à nouveau priorisée aux dépens de la souffrance individuelle et rendrait impossible la tentative de traitement. Le problème doit donc être d'aider une telle famille sans déclencher ces réactions homéostatiques indésirables.

Peut-on changer un système lorsque les règles de celui-ci s'opposent à tout changement ? La réponse doit être aussi paradoxale que la requête faite par la famille au thérapeute. Cela peut consister en une "acceptation" de ce que rien dans la relation familiale ne peut faire l'objet de critiques, accompagnée d'une injonction à n'effectuer pour le moment présent aucun changement (6). La mère doit continuer à critiquer le père et à encourager les plans de carrière cinématographique de la fille. Le père doit continuer à protester de sa bonne foi et à donner de bons conseils à sa fille, tout en sachant qu'ils ne seront pas suivis. La fille doit montrer clairement son animosité contre le père, maintenir son alliance avec sa mère et rassembler des informations supplémentaires sur la carrière d'artiste. De cette façon, on évite d'enfreindre aucune des règles du système bien qu'on se déplace vers une modification de celles-ci. Si le système veut garder son illusion de contrôle intégral, il doit s'opposer aux instructions du thérapeute et donc effectuer quelques modifications comportementales. La fille peut par exemple accepter une proposition du père et s'allier temporairement avec lui. Si le système suit au contraire l'injonction du thérapeute, il se soumet ainsi à un contrôle extérieur au système, ce qui est à nouveau un changement et implique des possibilités thérapeutiques.

Principes thérapeutiques

Nous devons nous limiter ici à quelques points principaux dont découlent certaines lignes de conduite à respecter dans des interventions thérapeutiques de cette espèce. La stratégie thérapeutique est naturellement toujours adaptée au grade de dysfonction observée dans la dynamique familiale. Ce qui suit concerne particulièrement les systèmes humains du type fermé auxquels appartiennent entre autres la plupart des familles où un membre du groupe familial présente des troubles psychiques graves, une maladie psychosomatique ou un comportement nettement asocial.

Garder le contrôle de la situation thérapeutique :

Le thérapeute doit s'abstenir de toute forme de critique ou de jugement. Il existe énormément d'angoisse et de sentiment de culpabilité dans ces familles. Le thérapeute s'allie aux forces homéostatiques qui ont malgré tout maintenu la famille intacte. Même si certaines attitudes peuvent sembler menaçantes ou étranges, le comportement de

chacun de ses membres du groupe familial doit être accepté comme le seul possible et nécessaire pour l'instant présent. Les aspects négatifs de tels comportements sont en effet suffisamment apparents pour tous. Du fait de la dualité intrinsèque des comportements humains que nous avons déjà mentionnée, il suffira que le thérapeute se concentre sur les aspects positifs de ces comportements et tâche de les mettre en valeur.

Pour les mêmes raisons, il faut éviter toute épreuve de force avec le système traité. Les participants d'un tel groupe attachent grande importance à leur pouvoir sur les autres. Le thérapeute peut facilement se laisser prendre au jeu. Il lui faut donc souvent souligner que, bien qu'il ait une certaine connaissance des dynamiques familiales, il lui reste encore beaucoup à apprendre et des familles, et sur elles. Si l'évolution n'est pas celle qu'on souhaitait, il est logique qu'il en porte l'entière responsabilité. Si on attend de lui qu'un changement précis se produise rapidement, il ne portera aucun dommage à la famille en énonçant qu'il n'a pour le moment aucune possibilité de satisfaire ce souhait.

Eviter d'être incorporé dans le système familial :

On sait d'expérience combien il est facile d'être influencé par les règles et les interactions qui se font jour dans de telles familles. Il peut être relativement facile d'éviter les dangers les plus apparents comme celui de prendre parti ou de recevoir d'un membre de la famille une confiance à garder secrète. Un cothérapeute préférablement du sexe opposé au sien peut être un adjuvant nécessaire pour ne pas succomber à d'autres manipulations plus subtiles, mais non moins efficaces, qui sont en fait le mode relationnel prédominant dans un système fermé. Un observateur placé derrière un miroir unidirectionnel, protégé de ces influences, pourra contribuer par des observations d'ensemble et fournir ainsi l'aide considérable d'une supervision vivante.

Toute démarche thérapeutique doit être systémique :

En règle générale, tous les membres du groupe familial doivent participer au traitement. De très jeunes enfants ne doivent cependant pas nécessairement être présents à chaque séance. Il peut, dans certains cas particuliers, être nécessaire d'accepter l'absence d'autres membres de la famille pendant certaines périodes du traitement. Il est cependant impérieux, sinon indispensable, de voir tous rassemblés au moins une fois lors d'une séance.

En tout cas, les évaluations et les interventions du thérapeute doivent être systémiques, donc prendre en considération tous les membres du groupe familial qu'ils soient présents en séance ou non. Si l'on décrit le comportement d'un d'entre eux, il sera aussi nécessaire de

commenter sans exception aucune l'attitude de chacun des autres par rapport à l'intéressé. Si on donne une tâche à accomplir à la famille, tous doivent avoir une part déterminée dans ce qui doit être effectué. Cela peut s'obtenir de façon pratique en envoyant à la famille une lettre à lire à voix haute quand tous sont rassemblés.

Les interventions thérapeutiques tendent à libérer la famille de mécanismes homéostatiques néfastes. Elles ne sont pas normatives :

Nous avons déjà souligné que des déclarations sur ce qui doit être considéré comme normal ou désirable ne feraient que rendre encore plus précaire la situation de la famille. Le thérapeute doit au contraire mettre l'accent sur son besoin d'acquérir une connaissance approfondie de la famille qu'il désire aider. Les défenses systémiques se modifient comme résultat du soutien paradoxal donné par le thérapeute aux éléments statiques de la dynamique systémique. La famille en viendra petit à petit à proposer des changements que le thérapeute accueillera avec un scepticisme non déguisé.

Les lois systémiques expliquent que la famille soit poussée en son nom propre à un changement quand le thérapeute légalise la continuation du statu quo. Le thérapeute peut ainsi faire apparaître la part d'angoisse et de frustration qui est présente chez chacun créant alors un doute quant au fait que l'un soit plus malade ou perturbé que l'autre. Tous sont ainsi peu à peu placés de façon symétrique par rapport à un problème commun.

Il peut souvent être utile de donner à la famille des tâches concrètes qui peuvent à la fois avoir une valeur symbolique et une valeur de communication. Cela se laisse plus aisément expliquer par un exemple : Un père et une mère amènent leur fille de 10 ans en traitement. Ils se plaignent de ce que son comportement soit devenu difficile et incompréhensible à la maison, le tout accompagné d'une détérioration des prestations scolaires. Le thérapeute observe que les parents sont en concurrence ouverte en ce qui concerne d'expliquer ce qui se passe dans la tête de la fille, et que celle-ci a rarement l'occasion de placer un mot. Il exprime sa compréhension pour les inquiétudes parentales et son intérêt pour les renseignements fournis. Puis il conclut que les parents doivent l'aider par des informations encore plus précises. Il leur remet à chacun un bloc avec instruction d'écrire tout ce que la fille pourra dire jusqu'à la prochaine séance. Cette tâche donna une amélioration remarquable dans la relation familiale. Les parents avaient été confirmés dans leurs rôles et il leur était confié une tâche importante. Ils se trouvèrent si occupés à prendre des notes que la fille eut enfin la chance de s'exprimer sans être interrompue. Les parents entendirent ce qu'elle avait à dire et lui donnèrent réponse. Son comportement redevint normal.

La notion de temps à une importance capitale :

Même si une intervention thérapeutique est justement choisie, il faut un certain temps pour que le système puisse réagir à son contenu par un changement structural. Si la famille est vue à intervalles trop courts, le thérapeute pourra interpréter faussement la situation et voir dans l'absence de changement l'indication d'une intervention inefficace. Une nouvelle intervention, en elle-même juste sur le plan formel, pourra dans ces circonstances exercer une pression trop grande sur la dynamique systémique et déclencher des réactions homéostatiques imprévues et indésirables. Il apparaît qu'un intervalle de temps de trois à quatre semaines est souvent adéquat en thérapie familiale de type systémique.

Conclusion

La théorie systémique a déjà contribué à faire comprendre la responsabilité du groupe dans l'apparition du syndrome psychiatrique chez l'individu. Les implications cliniques d'une telle compréhension sont naturellement nombreuses.

En thérapie de famille l'approche systémique peut par le blocage de réenforcements circulaires arrêter l'accentuation d'une symptomatologie psychiatrique qui peut se produire sur plusieurs générations.

Nous trouvons enfin utile de souligner la haute valeur éthique et humaine de cette nouvelle compréhension des problèmes du groupe humain. Elle n'accuse personne, ne stigmatise personne et met l'accent sur la libération de ressources latentes, mais jusqu'ici inutilisables dans le groupe familial.

SUMMARY

Family psychiatry abandons the classical individual model in psychopathology. The family is chosen as the sick unit to treat. General system theory considers the psychiatric symptom as determined by the type of relations which are ongoing in the family. Every family member makes his unique contribution toward shaping the rules, but nobody has unilateral control over them.

There are various types of human systems. Some of them allow their participants individual growth and originality. Others cause individual suffering, have tyrannical rules and produce psychomatic and mental disturbances. Most human systems are intermediate, functional in periods, dysfunctional in others.

Dysfunctional systems are characterized by strong homeostatic mechanisms which tend to hinder any change in the internal relations of the group. System theory and human communication theory have brought interesting perspectives to the problem of how to avoid obstacles and promote change in dysfunctional families. Some main therapeutic implications are reviewed and briefly discussed.

Dr Philippe Caillé

Directeur-clinique du Centre de Guidance familiale de Sagene
Drøbaksgt, 1
Oslo 4 - Norvège

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I. Le Seuil, Paris, 1977.
2. VON BERTALANFFY, L. : *General system theory*. Penquin Books Ltd., Middlesex, 1973.
3. CAILLÉ, P. : *La question des modèles théoriques en psychothérapie de famille*. Ann. Psychothérapie, 8, 4-11, 1974.
4. FERREIRA, A.J. : *Family myth and homeostasis*. Arch. Gen. Psychiatry, 9, 457-463, 1963.
5. JACKSON, D.D. : *The question of family homeostasis*. Psychiatr. Q. 31, 79-90, 1957.
6. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. et PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. Edit. E.S.F., Paris, 1978.
7. POLLAK, O. : *Sociological psychoanalytic concepts in family diagnosis*. In J. Greene, R.L., Ed. *The psychotherapies of marital disharmony*. Free Press, New York, 1965.

THEORIE DE LA COMMUNICATION, THEORIE DES SYSTEMES ET STRUCTURALISME

C. GANRY

Il est évident et banal de dire que le langage est l'élément essentiel de la communication humaine.

Nous savons que les différentes conceptions sur le langage ont été bouleversées par l'apport de De Saussure. A la vieille phonétique et sémantique, qui étudiait les sons et les sens, il a substitué la phonologie et la sémiologie qui étudient les formes et l'organisation de la langue. Il a remplacé le procédé historiciste ou diachronique par l'étude synchronique. On sait aussi quelle influence dans de nombreuses directions a eu ce mouvement qu'on pourrait dire déjà "systémique" (système est le terme employé par De Saussure) mais qui a été vulgarisé sous le nom de structuralisme à la suite de Jakobson, Karcevsky et Troubetzkoy.

Mais comme toujours, après le renversement opéré par De Saussure, une réaction est apparue, jugeant trop excessive la part accordée à la forme aux dépens du sens. Les conceptions de De Saussure et ses successeurs ont alors été reprises par un certain nombre d'auteurs qui, en conservant l'hypothèse structuraliste, l'ont appliquée à la sémantique. D'où une nouvelle école de sémantique structurale.

Par ailleurs, il est frappant de constater la faible place réservée à "l'autre", c'est-à-dire l'interlocuteur, le destinataire, dans les conceptions de De Saussure. Il a très judicieusement séparé la langue, fait collectif, de la parole, élément individuel. Mais il en traite très brièvement dans un de ses chapitres et il faut bien dire d'une manière assez mécaniciste, sans aborder réellement les problèmes de communication.

Ces derniers ont été étudiés par les linguistes beaucoup plus tardivement et il faut rendre hommage à Jakobson d'avoir pris conscience de l'importance de cette partie de la linguistique. Tout en conservant une position structuraliste très voisine de celle de De Saussure à laquelle il a apporté de remarquables développements, il a longuement étudié les phénomènes de relation et a consacré un chapitre de son ouvrage : *Essais de Linguistique Générale à Linguistique et théorie de la communication*. Il a ainsi introduit les travaux des théoriciens américains de la communication et la manière dont il l'a

adaptée à ses conceptions linguistiques se révèle finalement assez proche de celle des psycho-sociologues et psychiatres américains sans en avoir toutefois l'extension et les conséquences pratiques.

Ces derniers, représentant l'école de Palo Alto, ont effectué en effet un long travail, à la fois théorique et pratique, depuis les premières observations et conceptualisations de Bateson et Jackson. Actuellement, celui-ci a débouché sur une perspective thérapeutique particulièrement originale, en pleine expansion et qu'on a l'habitude de désigner sous le nom de thérapie familiale.

Sémiotique et communication

Watzlawick et Coll. écrivent : "L'étude de la communication humaine, comme celle de la sémiotique (théorie générale des signes et des langues) peut se subdiviser selon les trois domaines distingués par Morris et qu'a repris Carnap : syntaxe, sémantique et pragmatique".

Précisons tout de suite que ce concept de sémiotique est habituellement admis par tous les auteurs. Dans le même sens, on emploie souvent le terme de sémiologie que l'on peut considérer comme la science des signes et des symboles*. De Saussure l'avait définie comme "la science qui étudie la vie des signes au sein de la vie sociale".

Pour Piaget, la fonction symbolique ou sémiotique comprend en plus du langage l'imitation sous ses formes représentatives, la mimique gestuelle, le jeu symbolique, l'image mentale, etc.

On peut de toute façon distinguer une sémiotique de la signification et une sémiotique de la communication. Dans cette perspective, parlant de la communication, Watzlawick et Coll. distinguent :

- La syntaxe qui recouvre les problèmes de transmission de l'information. Celle-ci a pour objet l'étude des problèmes de codage, des canaux de transmission, de la capacité, du bruit, de redondance et autres propriétés statistiques du langage.
- La sémantique dont l'objet principal est le problème du sens. Quoiqu'il soit parfaitement possible de transmettre des symboles avec une précision syntaxique parfaite, ces symboles demeureraient vides de sens si l'émetteur et le récepteur ne s'étaient mis d'accord auparavant sur leur signification. En ce sens, tout partage d'information présuppose une convention sémantique.

* Signalons que pour certains auteurs le terme de sémiologie a un sens plus restrictif. Ainsi, P. Guiraud en donne la définition suivante : "L'étude des systèmes de signes non linguistiques".

- “Enfin, la communication affecte le comportement et c’est là son aspect pragmatique”. Il s’agit bien là de l’application de la sémiotique dans une perspective relationnelle.

Jakobson adopte une position identique tout en accordant une prééminence au langage quand il dit : “le système sémiotique le plus important, et même la base de tout le reste, c’est le langage”.

Retenons donc essentiellement cette partie de la communication appelée pragmatique et qui concerne le comportement. Elle sera plus longuement développée plus loin.

Communication et système binaire

Watzlawick et Coll. comparant le système nerveux de la vie de relation et le système nerveux végétatif expliquent que le premier fonctionne soit sur un mode d’excitation, soit sur un mode d’inhibition et qu’il s’agit là d’une information digitale binaire alors que le deuxième envoie régulièrement dans la circulation des quantités discrètes de substances spécifiques.

Ces deux modes fondamentaux de communication sont retrouvés dans le fonctionnement des machines : certaines fonctionnent selon le principe du tout ou rien : il s’agit d’un fonctionnement digital selon le principe du digit ou bit (unité d’information). Les données et instructions sont traduites par des nombres. D’autres machines utilisent des grandeurs discrètes et positives et on les appelle analogiques.

Indiquons tout de suite que ces données ont été transposées dans la communication humaine. La communication digitale correspond à la communication verbale, la communication analogique à la communication non verbale.

Jakobson compare le principe dichotomique (phonème) à la base de tout le système des traits distinctifs du langage, à l’emploi des signaux binaires (G. Ungeheims a d’ailleurs donné une interprétation mathématique des traits distinctifs et de leur structure binaire). Nous savons en effet que les phonèmes, élément de base du langage (de deuxième articulation pour Martinet) se présentent et s’organisent selon un système d’oppositions et de contrastes. La manière dont les phonèmes sont émis en fonction de la prononciation des sons, ce qu’on appelle parfois des traits pertinents, est en effet régi par la loi du tout ou rien. Tel trait exclut en effet tel autre, il n’y a pas de moyen terme. Ceci correspond bien au concept de bit.

La redondance

La notion de redondance en linguistique s’exprime à la fois au niveau syntagmatique et paradigmatique et au niveau phonologique.

Dans une phrase, certains termes employés sont superflus ou même ne font que répéter un terme précédent (pléonasme) ou ils n'apparaissent qu'à titre de confirmation, si la phrase est tronquée quand ils ne sont pas présents (ellipse). On peut dire aussi qu'ils se présentent de façon régulière comme une sorte de leitmotiv parfois spécifiquement chez chacun d'entre nous, sans ajouter grand chose au sens. A la limite, ils sont prévisibles.

En matière de phonologie, certains phonèmes aussi apparaissent superflus. Par exemple, dans "scissiparité", la disparition de trois derniers phonèmes n'empêche pas la compréhension du mot. Mais si les deux premiers phonèmes ont été mal entendus, les trois derniers permettent de rétablir le mot.

De la même façon, si dans "bis", le b, habituellement est prononcé avec intensité, il risque d'être confondu avec le p de "pisse". La vibration des cordes vocales du p, signe habituellement redondant, c'est-à-dire sans utilité, permet de faire la différence.

Cette notion de redondance est très utilisée dans l'étude de la communication humaine.

Watzlawick, pour expliciter ce phénomène, prend l'exemple d'un observateur regardant un jeu qu'il ignore complètement. Il s'apercevra rapidement que "le comportement des joueurs laisse apparaître une certaine répétitivité, une redondance dont il pourra essayer de tirer des conclusions". Il arrivera peut-être ainsi à comprendre les règles ou au moins certaines règles de ce jeu.

Dans l'observation de groupes familiaux ou plus simplement de couples conjugaux, on remarque la répétition régulière de séquences de comportement, ce qu'on appelle la ponctuation de séquences de communication. On aboutit ainsi à la notion de "prédiction qui se réalise" et peut s'étendre à la répétition de ce modèle de ponctuation.

Communication et message

Buhler, en 1933, établit un modèle de langage en trois fonctions, émotive, conative et référentielle, modèle triangulaire correspondant au destinataire, au destinataire et à ce dont on parle.

Ce schéma a été affiné par Jakobson qui propose une organisation comportant un certain nombre de facteurs :

	Contexte	
Destinataire	message	Destinataire
	contact	
	code	

Le destinataire transmet un message au destinataire, c'est-à-dire une information présentant, pour les deux, un certain sens. Il est en effet nécessaire que le message renvoie à un contexte ce qu'on appelle parfois encore le référent, c'est-à-dire, un ensemble à la fois sémiologique et sémantique permettant aux deux interlocuteurs de se situer dans la réalité. Ce contexte est soit verbal soit susceptible d'être verbalisé. Le message nécessite un code, c'est-à-dire que le destinataire et le destinataire doivent avoir en commun un même système de signes permettant la compréhension du message. Enfin, pour que le message puisse être entendu, il est nécessaire qu'il existe entre destinataire et destinataire un certain contact, c'est-à-dire la possibilité physique de percevoir le message et certaines conditions psychologiques.

A ses six facteurs, Jakobson fait correspondre six fonctions linguistiques différentes :

Référentielle (Contexte)

Emotive (destinateur) *Poétique* (Message) *Conative* (Destinataire)

Phatique (Contact)

Métalinguistique (Code)

Il est évident que la fonction essentielle apparaît être la fonction référentielle ou encore dénotative ou cognitive. Elle correspond au facteur contexte. Un code commun étant établi, la compréhension du message sera réalisée grâce à cette fonction.

- La fonction conative est orientée vers le destinataire : c'est en relation avec celui-ci que la communication prend son aspect personnalisé. Non seulement le contenu du message, mais la forme de celui-ci, en seront spécifiques.
- La fonction phatique permet de garder ou d'accentuer le contact grâce à des phrases qui n'apportent aucune information mais évite la rupture (ex. ciseaux-parleurs, enfants).
- La fonction poétique met l'accent sur le message pris pour son propre compte et en évidence l'importance des signes dans leur relation avec les objets.
- La fonction émotive (ou expressive) est centrée sur le destinataire. C'est en effet l'expression du langage qui peut donner une signification particulière à celui-ci : par exemple, les interjections mais aussi l'intensité, la tonalité du discours. Elles peuvent indiquer, par exemple, "l'ironie ou le courroux". Notons cependant que cette fonction émotive est constamment supportée par un message verbal.

- Enfin, la fonction métalinguistique centre le discours sur le code. Il s'agit pour les interlocuteurs d'une épreuve de vérification : "Que voulez-vous dire par là ? M'avez-vous bien compris ?"

Cette opération permet de distinguer le métalangage du langage objet ou langage de désignation.

Nous pensons qu'il ne faut pas passer sous silence une autre fonction importante du langage, la fonction de dénotation et connotation.

Alors que le métalangage recherche éventuellement une nouvelle forme lui permettant d'explicitier le langage objet, le langage de connotation trouve derrière un premier sens, un deuxième sens assorti d'une nouvelle forme.

Sa	Se	connotation	Se	Sa	métalangage
Sa	Se	dénotation	Se	Sa	langage objet

Le terme de communication est utilisé par Watzlawick dans deux sens, d'abord dans un sens général désignant "l'aspect pragmatique de la communication humaine". Ensuite, quand il désigne une unité de communication (ou de comportement) il parle de "message" ou bien "là où la confusion n'est pas possible, d'une communication. Une série de messages sera appelée "interactions".

Par ailleurs, tout message présente sous un aspect "polyphonique", de nombreux modes de "comportement": verbal, tonal, postural, contextuel, etc. chacun d'eux spécifiant le sens des autres. Il s'agit d'ensembles allant de la congruence à l'incongruence et au paradoxe.

Ainsi, une communication ne transmet pas seulement une information, mais traduit, en même temps, un comportement. Selon Bateson, ces deux opérations représentent l'aspect "indice" et l'aspect "ordre" de la communication. L'indice transmet une information, il est synonyme de "contenu" du message. L'aspect "ordre" désigne la manière dont on doit entendre le message et donc en fin de compte la relation entre les partenaires. Watzlawick donne l'exemple de messages comme : "Veillez à desserrer l'embrayage progressivement et sans-à-coups" et "Vous n'avez qu'à laisser filer l'embrayage et la transmission sera fichue en un rien de temps", ces deux messages ayant le même contenu informatif (aspect indice), mais définissent visiblement des relations très différentes.

Ainsi, la relation qui lie les aspects "indice" et "ordre" est la suivante: le premier transmet les "données" de la communication, le deuxième dit comment on doit comprendre celle-ci.

Cette relation peut s'exprimer sur un mode verbal ou non verbal par les cris, le sourire et d'une infinité d'autres manières. La relation peut aussi se comprendre parfaitement en fonction du contexte où s'effectue la communication, par exemple "entre soldats en uniforme ou sur la piste d'un cirque".

Cet aspect relation, communication sur la communication, est appelé métacommunication par Watzlawick et il conclut "toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication".

Rappelons que pour cet auteur, il existe deux manières de désigner des objets : sur un mode digital ou analogique. Le premier est représenté par des mots, le deuxième par une représentation, telle une image. Plus généralement, on peut dire que la communication digitale est une communication verbale et la communication analogique une communication non verbale. Celle-ci engloberait "posture, gestuelle, mimique, inflexions de la voix, succession, rythme et intonation des mots et tout autre manifestation non verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que les indices ayant valeur de communication qui ne manquent jamais dans tout contexte qui est le théâtre d'une interaction".

Et plus loin, "Nous pouvons nous attendre à voir non seulement coexister, mais se compléter les deux modes de communication de tout message. Selon toute probabilité, le contenu sera transmis sur le mode digital, alors que la relation sera essentiellement de nature analogique".

Terminons cette partie en rappelant l'ambiguïté des notions de métalangage et métacommunication souvent mal définies et employées indistinctement l'une pour l'autre.

Nous pensons qu'il faut réserver le terme de métalangage à la vérification, au commentaire sur le langage verbal. Encore, et cela est particulièrement important dans les problèmes de communication, faudrait-il distinguer ce qui est une vérification ou un commentaire exprimé et ce qui reste du domaine du langage intérieur.

Quant à la métacommunication, il s'agit d'un domaine plus vaste dont fait partie le métalangage mais qui comporte aussi un domaine extra-verbal. Par exemple, le comportement, l'attitude non verbalisée de quelqu'un peut faire l'objet d'un commentaire : "Pourquoi, ne me dites-vous pas bonjour aujourd'hui ?". Cette remarque pouvant être là encore intérieure, non verbalisée.

Enfin, un domaine plus subtil, à la limite des processus inconscients, est la manière dont nous réagissons aux attitudes d'autrui, sans en prendre vraiment conscience.

Pour reprendre l'exemple cité plus haut, nous passons à côté de quelqu'un qui nous salue habituellement, mais qui ne le fait pas aujourd'hui : est-ce volontairement, ne m'a-t-il pas vu ? Nous ressentirons un certain malaise : devons-nous prendre l'initiative de dire bonjour ou adopter l'attitude de l'autre personne ? La décision se prend souvent en dehors d'un véritable raisonnement, sous la forme d'une sorte de réaction intuitive.

Théorie générale des systèmes et communication

Nous exposerons cette partie selon les conceptions de Watzlawick et nous essaierons ensuite de la comparer aux conceptions du mouvement structuraliste européen.

Watzlawick étudie la structure de l'interaction humaine en rappelant que le temps d'interaction recouvre une "série de messages", c'est-à-dire qu'après l'étude d'une unité de communication, est abordée celle de "communications qui se répètent et se maintiennent, c'est-à-dire la structure des processus de communication". En reprenant des notions antérieures, il considère "que le concept de modèle de communication représente la répétition ou redondance des faits".

L'interaction humaine est considérée comme un système et il est possible de lui appliquer la théorie générale des systèmes, bien que celle-ci soit classiquement réservée aux ordinateurs ; mais en réalité elle peut s'étendre aux systèmes biologiques, économiques, psychosociologiques, etc.

Hall et Fogen définissent ainsi un système "un ensemble d'objets et les relations entre ces objets et entre leurs attributs" ; les objets sont les composants ou éléments du système, les attributs sont les propriétés des objets et les relations, ce qui fait tenir ensemble le système. L'important n'est pas de décrire les objets comme des individus isolés, mais comme des personnes, en-communication-avec-d'autres-personnes, c'est-à-dire que l'essentiel n'est pas le contenu de la communication, mais l'aspect "relation" ou "ordre".

Hall et Fogen essaient d'établir les rapports du système et de ce qu'ils appellent le milieu : "Pour un système donné, le milieu est l'ensemble de tous les objets tel qu'une modification dans leurs attributs affecte le système ainsi que les objets dont les attributs sont modifiés par le comportement du système". On voit ainsi l'inter-relation et l'interaction du système et du milieu. Chaque système peut être divisé en sous-systèmes.

Les systèmes vivants (ou organiques) "sont ouverts, ce qui veut dire qu'ils échangent avec leur milieu matière, énergie ou information. Un système est clos s'il ne reçoit, ni envoie d'énergie sous aucune

forme, information, chaleur, matière, etc. et s'il n'y a pas de modification des composants, l'exemple étant la réaction chimique qui se produirait dans un récipient étanche et hermétique". Cette théorie des systèmes ouverts et hiérarchisés permet de dépasser les notions de système et de son milieu.

Koestler écrit "un organisme vivant, ou un groupe social, n'est pas un agrégat de parties, ni de processus élémentaires ; c'est une hiérarchie intégrée de sous-totalités autonomes, lesquelles consistent en sous-sous-totalités, etc. Ainsi, les unités fonctionnelles à chaque échelon de la hiérarchie sont-elles pour ainsi dire à double face : elles agissent comme totalités lorsqu'elles sont tournées vers le bas et comme parties quand elles regardent vers le haut".

Watzlawick appliquant cette théorie à la communication humaine en conclut que les partenaires d'une communication ont des relations à la fois verticales et horizontales avec d'autres personnes et d'autres systèmes.

Seuls sont alors envisagés les problèmes concernant les systèmes ouverts. Ces systèmes ne se comportent pas comme de simples agrégats d'éléments indépendants, mais constituent un tout cohérent et indivisible. Ils forment une totalité et les liens qui unissent les éléments d'un système sont si étroits qu'une modification de l'un des éléments entraînera une modification de tous les autres et du système entier.

Le système s'oppose à l'agrégat d'éléments indépendants ou amas (heap), les variations d'un élément n'affectant pas les autres ou le tout. La notion de sommativité s'oppose alors à celle de totalité.

"Il faut", dit Watzlawick "négliger les éléments au profit de la "Gestalt" et aller au cœur de sa complexité, c'est-à-dire de sa structure. Le concept psychologique de "Gestalt" n'est qu'une manière d'exprimer le principe de non-sommativité".

Dans la théorie des systèmes, deux notions sont très importantes : la rétro-action et la circularité. De Saussure a beaucoup insisté sur l'aspect linéaire de la parole qui se déroule selon une ligne continue. Mais dans la relation intervient un processus de réciprocité, A transmettant à B qui renvoie à A. Selon un terme employé dans le fonctionnement des machines, il s'agit d'un phénomène de feed-back ou de rétro-action. Si un troisième élément intervient au lieu d'un processus rectiligne, continu et dirigé dans le même sens tel qu'on l'envisage dans un phénomène de causalité $A \rightarrow B \rightarrow C$, on peut avoir non seulement un processus de feed-back, d'un élément à un autre $A \rightleftharpoons B \rightleftharpoons C$, mais un processus circulaire $A \rightleftharpoons B \rightarrow C$. Dans un tel système, caractéristique des systèmes ouverts, les modifications ne sont pas tant déterminées par les conditions initiales que par la nature du processus lui-même ou les paramètres du système. Chez les individus en interaction "les caractères

spécifiques de la genèse ou du résultat de cette interaction sont loin d'avoir la même importance que sa structure actuelle”.

Certains de ces systèmes sont caractérisés par leur stabilité, en particulier celui de la famille. Jackson a ainsi introduit le concept d'homéostasie familiale. Cette tendance à l'homéostasie des familles est particulièrement nette, par exemple, dans les familles de psychotiques où il semble que le sujet malade soit indispensable à l'équilibre du système familial. Inversement, si le malade s'améliore c'est souvent un autre membre de la famille qui devient malade à son tour pour rétablir l'équilibre du système.

Nous aborderons maintenant le structuralisme tel que les auteurs européens l'ont édifié.

Disons d'emblée qu'il est frappant de constater les analogies, à quelques nuances près, entre un certain courant structuraliste européen et le mouvement américain tel que nous venons de l'esquisser.

Dans un article que nous avons rédigé récemment sur “Le structuralisme. Son influence en psychopathologie”, nous avons essayé de faire une revue des aspects de ce structuralisme en envisageant les conceptions de différents auteurs, Piaget, Ey, De Saussure, Levi Strauss, Foucault et Lacan et nous avons opposé deux formes de structuralisme, l'un avec Piaget et Ey s'attachant aux problèmes d'organisation, de système, l'autre avec De Saussure, Levi Strauss, Foucault et Lacan se référant explicitement au signe linguistique. A partir des conceptions de base de linguistique structurale de De Saussure, ces derniers auteurs se sont engagés soit dans une théorie de systèmes d'opposition (à l'image de la phonologie), soit dans un approfondissement des notions de signifiant et signifié. Levi Strauss, par exemple, étudiant le système des attitudes dans l'avunculat, met en évidence “comme disait le phonologue, deux couples d'opposition”. D'autre part, analysant, dans une perspective sémantique, les mythes Tereno et Bororo d'origine du tabac, il découvre, derrière le sens linguistique, un sens mythique, ce que nous appellerons aussi la dénotation et la connotation.

Levi Strauss donne cependant de la structure une définition générale très voisine de celle de Piaget et ne s'adressant donc pas spécifiquement au signe.

C'est la définition de ce dernier auteur que nous prendrons comme base de discussion : “Une structure est un système de transformation qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui se conserve ou s'enrichit par le jeu même de ses transformations sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fassent appel à des éléments extérieurs. En un mot, une structure comprend ainsi les trois caractères de totalité, de trans-

formation et d'auto-réglage". Cette définition est pratiquement superposable à celle de Levi Strauss seul, dans la définition de ce dernier, manque le concept d'auto-réglage.

Piaget précise : "Le caractère de totalité propre aux structures va de soi, car la seule opposition sur laquelle tous les structuralistes sont d'accord est celle des structures et des agrégats ou composés à partir d'éléments indépendants du tout". Il divise les structures en sous-structures, parle de hiérarchie des structures.

Il est facile de voir ainsi les ressemblances frappantes existant entre la théorie systémique américaine et les conceptions structuralistes européennes.

Les mêmes termes se retrouvent : système, structure, sous-système et sous-structure, opposition du système et de la structure à l'agrégat, totalités, modification et transformation, hiérarchie.

Quant à la notion de Gestalt, elle existe aussi dans les deux écoles. Comme nous l'avons développé dans l'article cité plus haut, les origines des écoles systémiques et structuralistes se reconnaissent dans la psychologie de la forme, dont les notions essentielles sont celles de totalité et transformation et d'auto-réglage avec la loi de la bonne forme.

Enfin Piaget, par exemple, se réfère au concept d'homéostasie de Cannon édifié à partir de structures biologiques qu'il étend aux différentes structures, pour expliciter les processus d'auto-régulation. Interviennent selon lui, dans celui-ci, des phénomènes de feed-back entraînant des circuits cybernétiques.

Il nous paraît utile d'aborder, pour terminer, les notions d'auto-réglage chez Piaget, de systèmes ouverts et systèmes clos chez les systémiques américains. Il nous semble qu'il s'agit là du même problème.

Les auteurs américains, nous l'avons vu, s'inspirant de Hall et Fogen, comparent le système et son milieu, celui-ci étant en interrelation avec le système, la difficulté résidant dans la distinction entre les objets du milieu et ceux du système. Mais le milieu pour un système peut être considéré lui aussi, comme un système d'où la différenciation en système et sous-système.

Les rapports du système et du milieu entraînent la distinction entre systèmes ouverts et systèmes clos, l'exemple de ces derniers étant une réaction chimique sans modification des composants et sans échange d'énergie, par opposition aux premiers.

Le caractère d'auto-réglage pour Piaget entraîne la conservation des structures et une certaine fermeture, c'est-à-dire "que les transformations inhérentes à une structure ne conduisent pas en dehors de ses

frontières mais n'engendrent que des éléments appartenant toujours à la structure et conservant des lois."

Ce principe d'auto-réglage n'est cependant pas incompatible avec celui de transformation. Il s'agit de modification à l'intérieur d'une certaine structure dont l'organisation n'est pas modifiée, qui conserve les mêmes propriétés et le même fonctionnement. Mais ces transformations ne se font pas en système clos puisqu'elles empruntent au milieu des éléments entraînant des modifications. Ainsi, l'intelligence de l'enfant se développe par accommodation aux éléments du milieu mais aussi par assimilation, c'est-à-dire par intégration à la structure existante de nouveaux éléments ou objets du milieu. On assiste, au fur et à mesure, du développement de l'intelligence à une équilibration de plus en plus grande de la structure à la fois mobile et stable.

Cette notion nous rapproche de la notion d'homéostasie complétée par celle d'équifinalité des auteurs américains. Celle-ci caractérise la stabilité des systèmes ouverts "qui peuvent parvenir à un état temporairement autonome, indépendant des conditions initiales et déterminé uniquement par les paramètres du système". Mais ce système peut être modifié par des entrées d'information (inputs) provenant du milieu.

Commentaire

L'importance du mouvement systémique issu de l'École de Palo Alto réside essentiellement dans sa conséquence pratique : l'avènement d'une thérapeutique nouvelle et originale appelée habituellement thérapie familiale pour laquelle certains auteurs, sans fausse modestie, parlent de rupture épistémologique et de révolution copernicienne. Prenant le contre-pied des conceptions psychiatriques traditionnelles et de la psychanalyse, ils n'utilisent pas et ne se réfèrent pas à l'inconscient et surtout centrent leur conception et leur action non sur la personne, mais sur les relations interpersonnelles et les perturbations de celles-ci.

La meilleure illustration possible en est cette phrase de Watzlawick : "La schizophrénie considérée comme la maladie incurable et progressive de l'esprit d'un individu est complètement différente de "la schizophrénie" considérée comme la seule réaction possible à un contexte où la communication est absurde et intenable."

Nous n'étudierons pas le versant "thérapie familiale" qui a déjà fait l'objet de nombreux travaux et nécessiterait un long développement.

Ce que nous avons voulu montrer, ce sont les rapports étroits entre le mouvement systémique américain et le mouvement structuraliste européen.

Le mouvement systémique a pris ses racines dans la linguistique, la théorie de la communication et la théorie des systèmes inspirées des travaux américains. Nous avons précisé déjà que deux grands courants du mouvement structuraliste européen s'étaient dessinés ; un s'adressant explicitement et exclusivement au signe, l'autre étant centré sur l'organisation, le système. L'école systémique américaine a emprunté à ces deux courants. Nous avons vu, par exemple les points communs entre Jakobson et Watzlawick dans le registre plus particulièrement consacré au langage. D'autre part, dans ce qu'on pourrait appeler l'organisation des relations, un auteur comme Piaget, avec d'ailleurs des références souvent fort différentes de l'Ecole de Palo Alto, arrive à des théorisations très voisines de celles-ci et il est étonnant de voir dans quelle ignorance est tenu ce courant structuraliste européen par les auteurs américains.

Nous voudrions conclure en insistant sur ce dualisme du structuralisme et notre refus déjà affirmé d'adhérer à cette affirmation de Wahl pour lequel le structuralisme comprend seul les sciences du signe, des systèmes du signe.

L'exemple systémique américain nous paraît particulièrement éclairant pour affirmer la réalité de ces deux courants, l'importance de chacun d'eux, leurs possibles interactions et complémentarité dans une théorisation et une pratique.

RESUME

Cet article essaie de montrer les rapports existant entre le mouvement systémique américain et le mouvement structuraliste européen. Ce dernier se développe à partir de la linguistique structurale de De Saussure pour qui la langue est un système d'oppositions et de contrastes. Mais De Saussure s'intéresse peu aux problèmes de communication qui sont abordés par Jakobson. Celui-ci, comme Watzlawick, étudie les différents aspects de la sémiotique. On retrouve, chez les deux auteurs, une interprétation binaire de l'information et de la langue, des conceptions des fonctions du langage très voisines, avec une grande importance attachée au métalangage et à la métacommunication.

La définition de la structure chez Piaget et Levi Strauss contient des éléments identiques à ceux du mouvement systémique américain d'où découlent des notions communes : gestalt, homoeostasie, systèmes ouverts et fermés, modification, transformation, hiérarchie des systèmes, feed-back, etc.

On peut ainsi s'étonner de l'apparente ignorance dans laquelle est tenu le mouvement structuraliste européen par les auteurs américains.

C. Ganry

Psychiatre de secteur CHR St Jacques
44000 Nantes

BIBLIOGRAPHIE

1. GANRY, C. : *Le Structuralisme – Son influence en psychopathologie*. Revue de Neuro-Psychiatrie de l'Ouest, No. 54, novembre 1976.
2. JAKOBSON, R. : *Essais de linguistique générale*. Les Editions de Minuit.
3. PIAGET, J. : *Le Structuralisme. Que Sais-Je ?*
4. WATZLAWICK, P. ; HELMICK-BEAVIN, J. ; JACKSON, D. : *Une logique de la communication*. Le Seuil.

INTERVENTIONS SYSTEMIQUES DANS UNE SCHIZOPHRENIE

J.C. BENOIT, A. DAIGREMONT, C. GUITTON et B. RABEAU

Une conception systémique de la maladie mentale la définit comme un "état stable", où le devenir existentiel est figé, et où une homéostasie relationnelle rigide l'emporte sur toute possibilité de liberté autonomisante. La psychose fige les relations de l'adulte jeune avec les siens et, de plus, freine les évolutions affectives dans l'ensemble de la famille. Souvent, l'intensité de la fusion paralysante et non dite est telle que l'on peut décrire deux sous-systèmes se contrôlant réciproquement : *le psychotique*, d'une part, et *"la famille du psychotique"*, d'autre part. Un lien rigide existe qui est le plus souvent évident, mais en même temps caché, minimisé. Il est, par exemple, montré comportementalement et nié verbalement. Il se révèle être une force pathogène et chronicisante caricaturale. Cette constatation induit des actions brusquées de la part des soignants vis-à-vis des parents "pathogènes", mise à distance, séparation du malade vis-à-vis des siens ("parentectomie"), agressivité directe. Ces gestes accroissent les conflits, les passages à l'acte et les troubles du comportement tant du côté de la famille que du malade.

Ce schéma pessimiste peut devenir, paradoxalement, la base d'une hypothèse de travail efficace. Dans cette nouvelle perspective inversée, la prise en charge thérapeutique a pour but *la mise au point de l'ensemble des relations* entre les partenaires concernés : le psychotique, "la famille du psychotique" et "l'institution du psychotique", l'équipe soignante. Il faut à toute force éviter tant un conflit direct, symétrique, qu'une collusion, complémentaire, entre la famille et l'institution. Celles-ci supprimeraient les possibilités d'informations réciproques. L'incertitude : il s'agit de passer de la rigidité à la souplesse et des certitudes excessives aux incertitudes : "... *information* est parfois associé à *connaissance* à cause de l'usage courant, au lieu d'être avec *incertitude* qui est son sens dans la théorie des communications" (J.P. Pierce).

Ces informations relationnelles font pénétrer un air neuf dans l'irrespirable fusion. *Elles sont ou deviennent naturellement thérapeutiques*. Les soignants guettent ce "nouveau" qui timidement fait surface. Le blocage se transforme en une situation *actuelle* d'émotions et de découvertes. Les soignants travaillent sur le matériel obtenu, développant leur spontanéité interrogative au cours des séances.

INTERVENTIONS SYSTEMIQUES DANS UNE SCHIZOPHRENIE

J.C. BENOIT, A. DAIGREMONT, C. GUITTON et B. RABEAU

Une conception systémique de la maladie mentale la définit comme un "état stable", où le devenir existentiel est figé, et où une homéostasie relationnelle rigide l'emporte sur toute possibilité de liberté autonomisante. La psychose fige les relations de l'adulte jeune avec les siens et, de plus, freine les évolutions affectives dans l'ensemble de la famille. Souvent, l'intensité de la fusion paralysante et non dite est telle que l'on peut décrire deux sous-systèmes se contrôlant réciproquement : *le psychotique*, d'une part, et *"la famille du psychotique"*, d'autre part. Un lien rigide existe qui est le plus souvent évident, mais en même temps caché, minimisé. Il est, par exemple, montré comportementalement et nié verbalement. Il se révèle être une force pathogène et chronicisante caricaturale. Cette constatation induit des actions brusquées de la part des soignants vis-à-vis des parents "pathogènes", mise à distance, séparation du malade vis-à-vis des siens ("parentectomie"), agressivité directe. Ces gestes accroissent les conflits, les passages à l'acte et les troubles du comportement tant du côté de la famille que du malade.

Ce schéma pessimiste peut devenir, paradoxalement, la base d'une hypothèse de travail efficace. Dans cette nouvelle perspective inversée, la prise en charge thérapeutique a pour but *la mise au point de l'ensemble des relations* entre les partenaires concernés : le psychotique, "la famille du psychotique" et "l'institution du psychotique", l'équipe soignante. Il faut à toute force éviter tant un conflit direct, symétrique, qu'une collusion, complémentaire, entre la famille et l'institution. Celles-ci supprimeraient les possibilités d'informations réciproques. L'incertitude : il s'agit de passer de la rigidité à la souplesse et des certitudes excessives aux incertitudes : "... *information* est parfois associé à *connaissance* à cause de l'usage courant, au lieu d'être avec *incertitude* qui est son sens dans la théorie des communications" (J.P. Pierce).

Ces informations relationnelles font pénétrer un air neuf dans l'irrespirable fusion. *Elles sont ou deviennent naturellement thérapeutiques*. Les soignants guettent ce "nouveau" qui timidement fait surface. Le blocage se transforme en une situation *actuelle* d'émotions et de découvertes. Les soignants travaillent sur le matériel obtenu, développant leur spontanéité interrogative au cours des séances.

Si l'on suit l'école systémique, il faut laisser de côté les "accusations" et opposer *le contre-paradoxe au paradoxe*, pour suivre le titre admirablement choisi du livre de Mara Selvini Palazzoli.

Mais est-il possible ainsi de plonger dans le bain des manœuvres ambivalentes de tels ensembles fusionnels, "familles à transaction schizophrénique", puis de ressortir aisément en tenant à la main une formule heureuse autant qu'efficace, le contre-paradoxe ? Et lorsque cela se fait, n'est-ce pas artificiel ? Et si cela est efficace, n'est-ce pas traumatisant ?

En fait les choses sont plus simples. Comment les paradoxes et les contre-paradoxes nous feraient-ils défaut alors que *les entretiens collectifs les utilisent comme base même* ? La rencontre collective malade-famille-soignants, acceptée par tous, cultive le paradoxe contre-paradoxe crucial d'une levée des "comme si", par l'ici et le maintenant de la séance. L'expression réciproque des difficultés, des tensions, des complexités aboutit en fait à des élucidations, des assouplissements, des dédramatisations. Tel est le contre-paradoxe basal. Le mode d'intervention des soignants le plus efficace est la *connotation positive* (Selvini). Dans le fond, attitude rogérienne, elle demande un effort de compréhension emphatique des valeurs de la famille. Les contre-paradoxes, ce sont les informations nouvelles et les incertitudes introduites dans un contexte statique paradoxal d'énergies intenses et fixées.

Etienne, hospitalisé depuis 30 ans, manifeste, après huit entretiens collectifs, une amélioration franche : il parle plus clairement... il n'urine plus dans son pantalon et s'habille correctement. Pour la première fois il sort seul une heure ou deux de l'hôpital, plusieurs fois par semaine. Un jour, pour la première fois aussi, il écrit quelque chose. Ce sera : "je suis fou".

Le schizophrène écrit : "Je suis fou"

Admirable contribution à la liste des paradoxes célèbres, celui du menteur, "je mens", ou encore ceux du double-lien, "aime-moi", "sois spontané", "tu dois être plus indépendant de moi". Etienne commence à aller mieux, il écrit : je suis fou, nous aidant à découvrir le contre-paradoxe, voie de sa désaliénation. Sa famille le sort en promenade rituellement quelques heures par semaine depuis des décennies. C'est là qu'il est interné, autant qu'à l'hôpital. L'équipe psychiatrique doit clore cette porte, avec l'accord de la famille, si elle veut que le malade utilise la porte de l'hôpital qui lui est ouverte. Ce sont des relations incoordonnées qui retiennent présente la folie d'Etienne, jusqu'au jour où lui-même commence à comprendre son propre paradoxe. Ne se désignait-il pas comme fou, incapable d'utiliser sa liberté ?

Le contre-paradoxe consiste dans une élucidation collective. Tous ensemble, on arrête de faire "comme si" l'attitude logique était de marcher la main devant les yeux.

Le psychotique joue à ce jeu dramatique non moins que les autres et sans doute, même, joue au centre (Haley).

Peut-être est-il *celui qui*, le plus plastique, *sait se prêter à toutes les relations et surtout à tous les désirs et à toutes les projections*. Sa "bonne volonté" est certaine, même si elle est cachée par les symptômes "secondaires" visibles, opposition, agressions, dépression, etc. La famille et l'institution jouent avec lui. Le jeu des familles est le jeu des projections individuelles discordantes, maintenues unifiées par le malade et sa pathologie.

Dans l'institution chaque psychotique adulte jeune propose aux soignants son jeu de la famille X ou Y. Il continue à offrir un mode de relations où *chacun sera pris au piège de ses propres projections affectives*. Tel infirmier plus âgé se sentira le père, tel médecin plus jeune le frère, et telle infirmière, bien sûr, sera pendant un temps la mère. Mais le jeu sera plus difficile qu'"à la maison". Les ruptures succéderont aux abandons. Le psychotique, dans ces relations ambiguës, utilise *son propre comportement* plutôt que la parole. Il décevra et sera déçu. En face de lui, les joueurs ne sont que des similis. Le psychiatre, pour sa part, soulignera l'impénétrabilité. Il sera aussi tenté de proposer son propre jeu, celui de la médecine et de la schizophrénie.

Ces projections affectives des soignants constituent aussi la base émotionnelle de l'effort thérapeutique. Toute la question consiste pour un soignant à utiliser cette force en ayant conscience de sa nature subjective. *La confrontation en équipe fonctionnelle centrée sur le malade* est la solution reconnue comme valable depuis que l'on réfléchit activement à la thérapie institutionnelle.

C'est en quoi la pensée systémique est une pensée nouvelle. Pour cesser de parler, nous aussi, "schizophrénien", nous apprendrons le "batésorien". Nous chercherons ces idées qui nous aideront à lever le blocage de ces états stables : le psychotique, la famille du psychotique, la psychiatrie du schizophrène. Abandonnant nos vocabulaires étranges, nous développerons des conduites dialectiques lucides face aux innombrables "comme si".

Le cas Michèle

Les entretiens collectifs ont débuté après un an d'hospitalisation. Ils se sont répétés pendant quinze mois, à raison d'un entretien toutes les quatre à six semaines, douze au total. La mise en place de ce projet a tenu à plusieurs raisons. L'équipe médicale se sentait assez solide sur ses

bases théoriques pour tenter l'expérience d'une prise en charge systématique, à propos d'une malade particulièrement difficile, où des mesures classiques avaient déjà échouées.

De plus, la malade faisait partie d'une famille nombreuse, bien regroupée sur la Région parisienne et en parlait sans cesse. Malgré les oscillations de son angoisse et la discordance courante de ses propos, elle était capable de nous tenir au courant des nouvelles de sa famille, en particulier nécrologiques, et émaillait ses déclarations d'allusions hermétiques et symboliques à propos de ses proches directs. Enfin, la relation comportementale montrée par Michèle et ses parents était d'une agressivité excessive, quasiment insoutenable, qui ressemblait autant à la caricature qu'à la parodie d'une relation parent-enfant. Ces excès nous amenèrent à penser que l'enjeu systémique mis en cause par l'hospitalisation de Michèle devait être éminemment important et explosif pour provoquer de pareilles rétroactions entre ces trois personnes.

Nous utilisons à dessein le terme de *rétroaction* car il définit bien le rôle actif que prend chaque manœuvre agressive, d'une part ou d'une autre, pour entretenir les communications pathologiques. Chaque manipulation n'est pas seulement une réaction à une provocation, mais aussi est à l'origine d'une réaction de la même nature. Ceci entretient le jeu pathologique, dans une réalité circulaire qui englobe l'hôpital.

Au cours des entretiens collectifs, nous avons pu recueillir beaucoup d'informations systémiques, autant que biographiques ou existentielles. Nous avons été frappés, une fois de plus, de la facilité avec laquelle le/la malade évoque son curriculum vitae et se laisse aller à des émotions, des souvenirs, bref aux catharsis authentiques, lorsqu'il est ainsi placé en présence, à la fois, de ses soignants et de ses proches.

Déjà au niveau du service, la mise en route de cette nouvelle façon de travailler, dans le cas de psychotiques "jeunes", c'est-à-dire encore au contact étroit de leur famille, a nécessité quelques aménagements institutionnels. Par exemple, nous avons demandé qu'un blocage strict soit réalisé au niveau des appels téléphoniques : les secrétaires avaient la consigne de demander le message qu'elles devaient transmettre au médecin, en évitant au maximum de lui passer directement la communication . . . On sait comment les familles de psychotiques, excessivement manipulatrices, piègent de différentes façons les thérapeutes grâce au téléphone : induction d'angoisse, majoration des symptômes, demande de prise de position individuelle et immédiate, réclamations, demande de modification des projets, demande d'écoute personnelle, etc.

L'équipe médicale se composait d'un médecin appartenant à la hiérarchie, un médecin traitant, une psychologue et, à l'hôpital, une infirmière.

Pour résumer, ces entretiens collectifs nous ont permis de recadrer la pathologie individuelle de la patiente dans son contexte familial actuel et d'évoquer, devant l'évolution favorable de sa situation, quelques hypothèses concernant le rôle systémique de sa psychose.

I. Sémiologie de la patiente

En feuilletant l'épais dossier, nous retrouvons trace d'une première hospitalisation en psychiatrie à l'Hôtel-Dieu, en 1970 pour un syndrome délirant avec excitation atypique. En 1974, un certificat d'admission en placement volontaire, décrit un "état psychotique avec troubles du cours de la pensée, pleurs, voix de petite fille, s'intégrant dans un grand tableau de discordance : ambivalence, bizarreries, impénétrabilité, passe en revue tous les membres de sa famille en répétant qui la fait souffrir et qui elle fait souffrir".

Nous avons notion de plusieurs hospitalisations intercurrentes.

Elle entre dans le service en décembre 1976 et en sort en décembre 1978, après plusieurs interruptions de l'hospitalisation pour deux séjours dans des foyers et deux périodes d'été en famille.

Le tableau à un stade aigu nous paraît être celui de pathétisme de Kalbaum avec une agitation discordante sur des thèmes de culpabilité et d'autoaccusation. Elle se jette parfois à terre dans des attitudes d'angoisse dépressive. A la phase aiguë succède un tableau de maniérisme dépressif avec des auto-accusations extensives et absurdes, le maintien d'une certaine confusion temporo-spatiale et une discordance relationnelle de fond.

Les améliorations franches donnent un tableau de gentillesse et de coopération assez scrupuleuse, toute l'affectivité étant par ailleurs centrée sur la famille proche et large : les visites, les mariages, les fêtes, les deuils pour lesquels Michèle présente une sorte d'hypermnésie, comme vis-à-vis de toutes ses hospitalisations et des aides sociales reçues, etc.

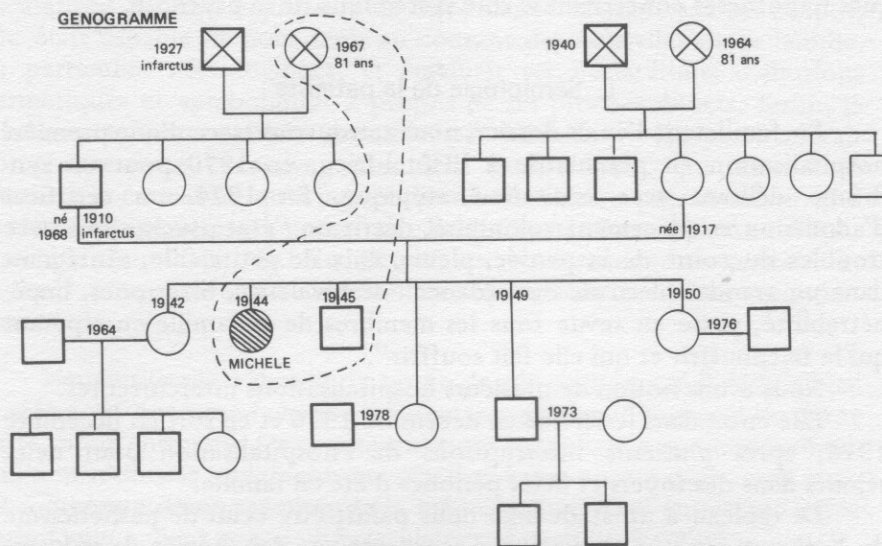
Il apparaît que le quotient intellectuel est limité, autour de 80, ce qui étonne un peu devant la richesse sémiologique.

II. Situation familiale

Nous avons affaire, en effet, à une "grande famille". Le géogramme ci-après montre l'extension même du processus à chaque génération.

Les collatéraux de Michèle, mariés, ont déjà bien mis en route la quatrième génération.

La plupart des renseignements ont été obtenus au cours des entretiens collectifs. Chacun des membres de la famille connue, c'est-à-dire Michèle, sa mère et son père, paraissait redouter une telle exploration. Celle-ci s'est donc réalisée dans le cours naturel des échanges malade/famille/soignants. Le dernier jour même Michèle apporta certaines précisions essentielles.



Le père a subi un infarctus en 1968.

Les deux grand-pères sont morts prématurément, les deux grand-mères sont mortes au même âge à trois ans d'intervalle.

La grand-mère paternelle était particulièrement liée à Michèle et à son cadet. Ils forment une famille unie, très marquée par ses origines aristocratiques et provinciales, ainsi que par le christianisme et ses traditions.

III. Bref historique individuel

Michèle est née en 1944. Elle a commencé des études d'aide-puéricultrice après avoir renoncé à une vocation religieuse. Elle est restée célibataire.

A partir de 1963, elle souffre de rectocolite ulcéro-hémorragique. Sa maladie s'aggrave nécessitant de nombreuses hospitalisations, parfois même en réanimation (1965). Ceci l'oblige à arrêter ses études. Elle vit souvent prostrée et couchée, chez ses parents, soumise à des régimes alimentaires et des contrôles médicaux invalidants. De 1968 à 1974, elle est suivie par une psychiatre qui la prend en charge à la sortie d'une hospitalisation à l'Hôtel-Dieu. La thérapeute s'implique beaucoup et

réussit quelques tentatives d'insertion socio-professionnelle fugaces. Elle est "aidée" par la mère d'abord, puis, lorsque celle-ci renonce, par les deux sœurs, Marie-France et Cécilia, qui viennent prendre le relai. Malheureusement, ces efforts restent vains et lorsque le médecin se marie, Michèle abandonne la thérapie. La rectocolite ulcéro-hémorragique rechute très gravement. De nouveau c'est l'ambulance, la réanimation, les régimes et les maisons de repos. A partir de 1974, elle présente une succession d'épisodes psychotiques aigus récidivants. En l'espace de quinze mois, elle traverse six institutions différentes.

IV. Sémiologie et réflexion systémiques

L'équipe médicale fut frappée au cours de la première année de séjour dans le service, par deux points qui se dégagèrent peu à peu du magma d'informations livrées par la malade :

1. La psychiatisation assez récente de la malade

Autrefois, malade somatique et perçue simplement comme "caractérielle" par sa famille, elle était mieux tolérée par ses parents que dans son état actuel, avec statut de "malade mentale". En effet, ses parents s'en sont toujours occupés lorsqu'elle était couchée à la maison. Mais lorsqu'elle arrive à l'hôpital psychiatrique, se faisant elle-même hospitaliser, ils ne se manifestent que pour exprimer leur fureur, mais jamais leur sollicitude. Ils "abandonnent" Michèle là sans lui amener ses affaires personnelles avant deux mois ! Cette escalade des symptômes de Michèle et de l'agressivité dans la relation avec ses parents nous semble une information systémique déterminante.

2. Michèle est donc, malgré tous ses symptômes habituels ou aigus, parfaitement capable de se faire hospitaliser toute seule et d'assumer les démarches nécessaires pour parvenir à ses fins. Elle explique elle-même, une fois hospitalisée, que le jour de son hospitalisation coïncide avec le jour de l'anniversaire de sa mère. La rétroaction familiale classique est la suivante : tout le monde se plaint qu'elle brille par son absence à chaque fête de famille, mais lorsque cette participation lui est imposée, elle fait un scandale psychiatrique sur place. Ceci est une seconde information systémique importante et amène la question : *à qui, à quoi, peut bien servir son exclusion volontaire ?*

Pourquoi toute la famille, en cœur, cautionne-t-elle cette manipulation ?

Le panorama actuel familial est le suivant :

- Marie-France s'est mariée en 1964. Elle a quatre enfants.
- Gérard était le frère le plus proche de Michèle. Ils ont été élevés ensemble, aidés par leur grand-mère paternelle. Ils ont bénéficié ensemble de cours de rééducation pour leur dyslexie. Gérard présente des troubles caractériels mineurs pendant son adolescence et se retrouve de moins en moins toléré par ses parents. Il multiplie les difficultés et se fait rejeter par ses parents. Il rompt des fiançailles en 1973 et commence à vagabonder en province de façon instable et non-intégrée.
- Cécilia, célibataire, travaillant, vivant seule, est autonome. En 1976, elle a subi une néphrectomie. Elle s'intéresse beaucoup à Michèle et voudrait l'aider. Elle se mariera en septembre 1978.
- Hubert est marié depuis 1973. Il a deux enfants.
- Irène se marie en décembre 1976 et part au Gabon avec son mari.

C'est donc une famille en pleine évolution. Au cours de l'hospitalisation de Michèle, nous voyons d'abord Irène se marier et partir pour le Gabon, Marie-France avoir son quatrième enfant, Cécilia se fiancer et se marier ; enfin, en décembre 1978, Gérard se refiance et trouve un travail fixe.

Ce panorama permet de souligner également deux mutations familiales importantes :

- a) En 1964, le décès de la grand-mère maternelle, le mariage de Marie-France, enfin le début de la rectocolite ulcéro-hémorragique de Michèle.
- b) Le décès de la grand-mère paternelle en 1967, avant que le père ne fasse un infarctus et Michèle une grave rechute hémorragique qui la conduira à l'Hôtel-Dieu.

V. Les entretiens collectifs

Dans un premier temps l'équipe rencontre la malade avec ses parents, et dans un second temps l'équipe invite également les frères et sœurs à participer.

1. Six entretiens ont lieu avec les parents entre mai et décembre 1977

Les thérapeutes observent que (1) la mère se montre d'une agressivité extrême, prévenant sans arrêt des attaques supposées de la part des médecins, (2) le père soutient sa femme, (3) la malade se noie dans son histoire passée jalonnée des morts successives de parents plus ou moins proches.

La mythologie familiale exprimée par la mère apparaît ainsi :

- concernant Michèle :
 - Michèle ne nous dit pas toute la vérité.
 - Michèle souffre de ne pas être mariée, elle est jalouse de ses frères et sœurs. La preuve, c'est qu'elle ne supporte pas les réunions de famille.
- concernant l'ensemble de la famille, la mère dit :
 - mon mari et moi nous pensons pareil,
 - nous sommes tous très unis,
 - nous laissons nos enfants très libres,
 - il n'y a pas de conflit, de relation privilégiée ou de préférence dans la famille.

Nous constatons que nous n'avons pas assez tenu compte de cette mythologie familiale qui nous a pourtant été répétée et rappelée chaque fois par la mère. Nous aurions dû au contraire l'accepter d'emblée et la connoter positivement. Ceci pose le problème général du sang-froid des soignants face à l'agressivité familiale injustifiée. Il s'agit bien entendu d'un conflit fondamental entre systèmes et pouvoirs, la malade est au centre.

Sur un plan pratique, pendant cette période de mai à décembre 1977, Michèle est hospitalisée. Elle commence à travailler dans un C.A.T. au mois de septembre, revenant le soir à l'hôpital. Le week-end, elle peut aller dans sa famille si elle le désire.

Michèle demande de plus en plus clairement à retourner vivre chez ses parents. Devant l'ambivalence des parents, les thérapeutes prennent sur eux de répondre négativement, estimant que ce n'est pas la meilleure solution pour elle (entretien No 6). Les thérapeutes ont probablement tort de se mettre ainsi en symétrie avec les parents : ils sont les meilleurs pour s'occuper de la malade. Ils se donnent donc la tâche impossible de trouver eux-mêmes une solution pour Michèle (recherche d'un foyer de jeunes travailleurs).

En février 1978, les parents partent en voyage au Gabon visiter leur plus jeune fille. Ils n'en avertissent pas les thérapeutes. Mais chaque week-end Michèle est invitée par l'un de ses frères et sœurs. Ces week-end se passent parfois mal. Chacun à leur tour, ils téléphonent dans le service pour avoir des nouvelles. Lors de l'entretien suivant — No 7 — où le père vient seul, nous le prévenons que nous allons inviter ses autres enfants. Nous nous engageons dans une symétrie intéressante et ici assez efficace.

2. Entretiens 8 à 11 avec parents et frères et sœurs de mars à septembre 1978

Cette convocation des frères et sœurs est donc une réponse à la manœuvre parentale, mais nous faisons alors peut-être deux erreurs.

Premièrement : nous n'avons convoqués que les trois qui s'étaient manifestés (Marie-France, Cécilia et Hubert) laissant intentionnellement Gérard de côté, ce en quoi nous avons négligé la mythologie familiale qui veut que tout le monde soit uni, qu'il n'y ait pas de différence . . .

Deuxièmement : nous les avons considérés comme co-thérapeutes demandant à chacun de nous rendre compte de ce qui s'était passé, ce qui pouvait tout au plus apporter des informations sur le passé.

Entretien No 8 — mars 1978

Les frères et sœurs nous disent qu'ils s'étaient concertés pour inviter Michèle pendant ces week-ends : ils renforcent ainsi la mythologie de l'unité, mais Cécilia dénonce ces propos comme faux. Chacun avait invité Michèle de sa propre initiative et un peu pour ne pas être de reste par rapport aux autres. Ainsi apparaît la symétrie entre les enfants. Est-ce pour être mieux aimé de la mère ?

C'est également Cécilia qui pose le problème de l'absence de Gérard et qui rapporte le sentiment d'exclusion qu'il a eu en apprenant l'existence de cette réunion. Cécilia se démarque ainsi du reste de la famille. Elle prend la défense de l'absent ce qui peut-être pour elle une position dangereuse. Est-elle alliée de Gérard ? S'agit-il d'une coalition des célibataires ? Mais en même temps, elle est assise à côté de sa mère. La soutient-elle ?

Sur le plan pratique, Michèle, améliorée, peut quitter l'hôpital pour aller vivre dans un foyer trouvé par le service. Tout le monde espère beaucoup dans cette solution. Le prochain entretien collectif aura donc lieu au dispensaire du secteur, déplacement géographique qui signifie normalisation.

Nous décidons également d'inviter Gérard la prochaine fois. Il téléphonera mais ne viendra jamais. Cette invitation a eu lieu sans doute avec un temps de retard !

Entretien No 9 – avril 1978

Reprise des symptômes psychotiques de Michèle. Elle est renvoyée du foyer depuis deux jours. Elle a passé le week-end auprès de ses parents, mais doit revenir à l'hôpital. C'est en tout cas ce que tout le monde semble penser. La mère qui jusque là s'est surtout montrée agressive, ébauche une attitude dépressive. Cela montre qu'elle est sur le point de craquer. Marie-France, Cécilia et Hubert viennent à la ressource pour la sauver. Et comment ? En montrant bien que c'est Michèle qui est impossible. Eux aussi ont tout fait pour l'aider les uns après les autres mais ça n'a jamais marché. C'est donc bien de la faute de Michèle, ce nouvel échec, et pas de la faute de sa mère comme certains médecins voudraient le faire croire. Tout le système familial est ainsi mobilisé pour protéger l'homéostasie.

Les thérapeutes observent également que Michèle est l'objet de messages paradoxaux de la part de ses frères et sœurs : "Nous voulons t'aider à être indépendante, nous voulons t'aider à te séparer des parents". Dès que les thérapeutes tentent de parler du fonctionnement familial global, frères et sœurs sollicitent Michèle à exhiber ses symptômes et la remettent à sa place de malade.

Nous finissons cependant l'entretien en connotant positivement leurs efforts à tous et, en particulier, nous assumons clairement le paradoxe en précisant que "Michèle montre son autonomie en se faisant réhospitaliser".

Entretien No 11 – septembre 1978 (une semaine après le mariage de Cécilia)

Hubert et Marie-France sont revenus. Cécilia est absente : elle devait aller chercher son mari à Orly. Elle manifeste ainsi qu'elle est mariée et peut-être aussi qu'elle est partie.

Au niveau comportemental, on observe deux clans manifestes : la mère, Hubert d'une part, et d'autre part le père et Marie-France. La malade se place entre les deux camps.

Deux thèmes sont abordés par les thérapeutes, le mariage de Cécilia et la relation entre Michèle et Gérard.

A propos du mariage de Cécilia, la famille précise que le mariage n'est pas un départ mais l'entrée d'une personne de plus dans la famille. Peut-être est-ce même le retour dans le droit chemin. La famille absorbe sans problème tous les conjoints.

A propos de la relation entre Michèle et Gérard, on assiste à une disqualification massive qui confirme bien qu'il s'agit d'un terrain dangereux et d'une alliance sans doute insupportable pour les autres. Hubert se montre particulièrement agressif à l'égard des thérapeutes . . . Tout le monde sollicite encore Michèle à exhiber ses symptômes pour écarter le danger d'une réflexion sur un mode systémique.

Il fallait à ce point soit redéfinir la relation avec la famille et cesser de considérer les frères et sœurs comme co-thérapeutes . . . ou bien abandonner le terrain. Michèle interrogée sur ce point, signale sa lassitude face aux rencontres.

Les thérapeutes ont choisi la seconde solution et déclarent forfait, tout en affirmant une fois encore que la maladie mentale de Michèle impose une poursuite des soins. Ils arrêtent l'escalade symétrique, ainsi la famille reprend le pouvoir.

3. En conclusion

Michèle est toujours hospitalisée. De nombreuses manipulations de la part des uns et des autres tentent de faire reprendre les entretiens. Cécilia téléphone pour savoir ce qui s'est passé exactement. Marie-France nous fait savoir par Michèle qu'elle voudrait reprendre les entretiens. Puis c'est le tour des parents. Nous signifions à Michèle que si quelqu'un veut reprendre les entretiens, il nous le fasse savoir directement . . .

Quelques jours plus tard, *Michèle demande sa sortie*. Ses parents lui proposent de revenir vivre dans leur appartement. On peut penser que c'est l'ultime manœuvre pour que nous les convoquions, ou bien est-ce parce que les thérapeutes ont abandonné le terrain les premiers que la mère peut enfin proposer clairement à sa fille de la reprendre ? N'étant plus en compétition, elle propose une solution personnelle.

Nous décidons que le médecin traitant de Michèle recevra seule à l'hôpital la malade et ses parents pour décider de la sortie. L'équipe des entretiens familiaux confirme qu'elle est hors circuit. Au cours de cet entretien, *Michèle évoque devant son médecin le mauvais caractère de sa mère*. Elle peut enfin métacommuniquer sur le comportement de celle-ci.

VI. Commentaires : le rôle de Michèle

A la réflexion, se dégagent deux aspects de la problématique de Michèle.

1. Identité et rôle systémique

Il semble bien que Michèle se dévoue pour ressusciter les deux grand-mères, paternelle et maternelle. Elle est celle qui reste au foyer parental, malade, ou même qui y revient de son plein gré, après sa sortie de l'hôpital psychiatrique, par exemple. La tonalité de culpabilité de la sémiologie de Michèle est en miroir avec l'agressivité organisatrice et éducatrice de la grand-mère maternelle. La mère de Michèle décrit d'une façon admirable la dureté de l'excellente éducation qu'elle a reçu et qu'elle tente de transmettre. Tandis que le père, bienveillant et au second plan, apporte l'image de sa propre mère.

Dans certains entretiens collectifs, la mère a évoqué la figure de la "grand-mère", personnage imaginaire, idéal et bienfaisant, personnage constitué par les personnalités fusionnées de chacune des deux grand-mères, qu'il est impossible et interdit de différencier. Michèle était elle-même incapable de se "souvenir" de chacune de ses deux grand-mères et de sa relation avec chacune d'elle. C'est au cours du dernier entretien à l'hôpital psychiatrique, le jour de sa sortie, qu'elle a pu se le remémorer et retrouver la date de décès de chacune.

2. La relation avec le frère psychopathe

Des hypothèses générales peuvent être émises. Michèle représente la fusion parentale — assez conflictuelle — dans une identité fusionnant les deux grand-mères aux personnalités opposées. C'est dire que la psychotique est la clé de voute de l'édifice familial tel que le vivent les parents. Ce pouvoir central de la psychotique gène l'évolution autonomisante des frères et sœurs dans la mesure où elle se réalise sur un mode pathologique incertain, en particulier nié par la mère et confirmé par le père de façon occulte. Nous avons fini par penser, devant l'extrême discrétion qui régnait au sujet de Gérard dans les propos tenus par la famille aux entretiens collectifs, que la relation avec Gérard était encore problématique, particulièrement pour la mère. Les entretiens collectifs d'ailleurs se terminent à cause de l'énorme agressivité montrée par toute la famille *lorsqu'on aborde ce sujet*. Nous pensions cependant devant la similitude des chemins suivis par Gérard et Michèle, parallèlement, que Michèle s'était peut-être aussi donné pour but de soutenir ou d'aider Gérard. Celui-ci a quitté la maison familiale dans des conditions très conflictuelles en 1973, juste avant le mariage de son frère cadet, et avant une rechute gravissime de rectocolite ulcéro hémorragique de Michèle. Chacun joue son instabilité et sa dépendance sur son registre. Au cours du dernier entretien individuel, le jour de sa sortie de l'hôpital, Michèle nous donne une autre information fondamentale qui

justifie notre hypothèse : elle nous déclare avec soulagement que son frère Gérard s'est refiancé, qu'il va se marier et qu'il a trouvé un nouveau travail, bref, qu'il se normalise, comme elle !

Discussion

Dans ces quelques paragraphes, les auteurs se souviendront des remarques et des questions qui leur furent adressées lors de rencontres avec d'autres praticiens. La question qui ouvre nombre de discussions concerne les principes mêmes de cette démarche à visée thérapeutique : "Est-il certain que les réflexions systémiques dont vous faites tant de cas aient cette valeur que vous leur donnez ?" !! Les descriptions complexes utilisées demandent certes un travail important, mais comment prouver leur supériorité par rapport aux descriptions classiques ? N'est-il pas plus sage, d'ailleurs, d'attendre une "stabilisation" du processus psychotique, par exemple grâce à une hospitalisation d'assez longue durée, aboutissant à une "institutionnalisation" de la psychose, au lieu de se lancer dans des aventures aussi délicates et coûteuses ?

Cette caricature pessimiste est souvent vécue par les soignants psychiatriques : la schizophrénie, maladie incompréhensible et incurable. Or, justement, la théorie systémique aborde le problème de la schizophrénie directement sur ce plan et indique une nouvelle voie possible : *la compréhension et l'intervention dans les psychoses au niveau des inter-relations entre le schizophrène et sa famille.*

La question : "Pourquoi tout ce travail ?" cache en fait celle-ci : "Est-ce que les soignants de Michèle — comme tous les soignants de schizophrènes — n'essaient pas d'échapper à notre destin commun, cette angoisse devant la psychose et sa chronicité ?"

Un rappel des appuis théoriques et concrets nouveaux apportés par la pensée *systémique* et communicationnelle est donc une fois encore nécessaire. Qu'est-ce que penser de façon systémique ? C'est penser, avant tout, que moi-même, en tant que soignant, je participe au système "famille du psychotique + psychotique". Je suis inclus dans cet ensemble. La théorie du double lien — injonctions paradoxales simultanées — s'applique à tout soignant de schizophrène. Telle est la réalité relationnelle qui nécessite des réflexions et des actions globales, systémiques, sur cet ensemble : "famille du psychotique + psychotique + soignants du psychotique".

Le fait crucial décrit par l'Ecole de Palo Alto, autour de Bateson, réside dans cette forme de complicité occultée qui unit les différents participants de cette triade relationnelle. Lorsque tout accord évolutif

paraît impossible ou hors d'atteinte, le compromis idéal c'est la chronicité, en d'autres termes le triomphe de l'homéostasie rigide par rapport à l'évolution autonomisante et à des crises dont le système ne peut pas faire les frais. Mais ce compromis n'est qu'un compromis. C'est-à-dire 1) qu'il doit être maintenu et, 2) que de toute façon, il passe par des tensions et des crises. Son instabilité nécessite une vigilance réciproque, elle-même fort coûteuse. La vision classique de la situation est fragmentaire : schizophrénie chronique, famille pathogène, pronostic désastreux. Certes, ces expressions ont leur vérité dans les faits. Mais justement tel est le point sur lequel va porter *l'effort* systémique. Et c'est là où il apparaît possible : il s'agit de récupérer les énergies engagées dans le compromis fragmentaire grâce à la confrontation consciente et volontaire des participants les plus actifs de l'ensemble du système.

Le travail systémique trouve dans la méthode des entretiens collectifs, illustrée ci-dessus, l'appui simultané d'hypothèses théoriques et d'une technique d'interventions concrètes auxquelles vont participer le/la malade, les membres de la famille disponibles ou concernés et l'équipe soignante définie.

Un résultat précis de ces techniques est la découverte des informations essentielles tant passées que présentes : le rôle hiérarchique de la grand-mère maternelle et la survenue des fiançailles de Gérard, frère marginal sur la voie du retour familial par exemple.

Il s'agit donc d'un mode mixte d'actions que l'on pourrait dénommer "intervention — recherche", au niveau de la famille de Michèle. Il a couvert plus d'un an, avec toutes les capacités de bonne volonté et de réflexion d'une équipe. Sa réussite montre la voie : trouver les formes de synthèse relationnelle en groupe qui restituent au système global son pouvoir évolutif.

La difficulté qui attend ces thérapeutes est la menace bien connue depuis sa très claire formulation par Searles : "l'effort pour rendre l'autre fou". Telle est la menace implicite des doubles liens, celle à laquelle les soignants des psychotiques essaient d'échapper. Soit en facilitant les processus homéostatiques de la chronicité, soit en conduisant les tentatives systémiques d'ouverture et d'évolution. Dans cette seconde voie, l'incertitude et les hypothèses remplacent les certitudes classiques — elles-mêmes fort incertaines !

Le second point capital de la discussion est, logiquement, le suivant : "Comment le travail systémique se réalise-t-il ? ", c'est-à-dire : 1) par quelles voies, 2) quels sont les modes d'action.

Avec l'exemple ci-dessus du génogramme — figure impossible à construire à partir d'entretiens séparés — certaines voies techniques ont été soulignées. D'autres sont visibles dans la lecture de l'observation de

Michèle. Toutefois, ici encore est posée de façon latente une question de principe. Le fait que les soignants s'intéressent à la famille de Michèle ne correspond-il pas à un désir ?, et si oui, *qu'est-ce que ce désir ?* La théorie systémique souligne la présence actuelle du problème des relations familiales dans la psychose, mais de plus, il est naturel que les soignants — dont tel est le métier — perçoivent cette donnée et qu'ils réagissent à ces interférences. Ils sont participants de ce système. Pourquoi alors ne pourraient-ils prendre conscience de leur implication ? Leur désir thérapeutique — leur projet d'aider les malades dont ils assument les relations — va donc passer nécessairement, par une perception intuitive de la demande du malade et de sa famille — le reste du système. Toute solution passe par la cohésion entre les réponses des différents soignants dont le désir d'aide est ainsi impliqué.

Ces désirs d'aide deviennent un projet thérapeutique lorsqu'ils sont unifiés dans un travail clinique et de réflexion en commun. L'équipe fonctionnelle sera unie par un projet collectif d'évaluation et de compréhension des relations entre Michèle et sa famille. Ceci nécessite une étroite entente et son maintien lors de l'évolution du système global (malade, famille, soignants).

D'autres éléments encore jouent un rôle. L'implication des conceptions théoriques des soignants doit être facilitée. Ceci nécessite des réunions régulières sur des thèmes, des cas ou des travaux d'autres équipes concernant la famille et les thérapies familiales, aussi bien que l'étude de la place des théories systémiques en psychiatrie.

Un autre élément est celui de l'unité clinique de travail : *la séance* d'entretien collectif et son contexte. Chaque équipe centrée sur un cas doit faire l'effort pratique d'information nécessaire à l'efficacité de chaque séance. En général, dans notre groupe, est appliquée la technique d'encadrement de la séance très clairement définie par M. Selvini.

Une rencontre d'équipe préalable à la séance permet le rappel de la séance précédente, qui peut remonter à un bon mois. Au cours de la séance, chaque soignant tente de poser les questions latentes qu'il perçoit lui-même, intuitivement. Après 3/4 d'heure ou une heure, le groupe des soignants se retrouve seul pour confronter ses observations et ses hypothèses. L'équipe tentera d'individualiser les paradoxes vécus et d'aboutir à un accord sur une prescription. La formule la plus simple consiste dans la fixation d'une date de rendez-vous suivant.

Lorsqu'un paradoxe précis a été identifié, une prescription va l'utiliser. Ceci est plus fréquent lorsque les cas sont suivis au dispensaire, les malades possédant alors une autonomie comportementale déjà meilleure.

Dans les cas les plus difficiles, tel celui de Michèle, l'évolution globale s'est fondée sur la création et le développement d'une relation aussi positive que possible entre les trois sous-systèmes, malade, famille de la malade, soignants. *Le critère le plus évident des progrès réalisés se trouve là.* Il s'agit d'un apaisement des tensions : réduction des symptômes aigus et progression des conduites autonomes, diminution de l'agressivité et des manipulations familiales et accord de la part des soignants vis-à-vis de toute solution d'où qu'elle vienne. Notons que la récompense des soignants réside dans la disparition de l'angoissante obscurité schizophrénique, comme dans l'apaisement des secousses imposées à l'institution par la pathologie de Michèle ou l'agressivité initiale de sa famille.

Une dernière question est souvent posée : "Pourquoi ce principe de "rester centré sur le/la malade" alors que vous dites vous intéresser aux relations familiales ?"

En effet, "rester centré sur le/la malade" se manifeste par des attitudes telles que : accepter des rencontres avec *une partie seulement* de la famille, écouter les intervenants dans la séance sans trop intervenir, laisser la famille globale construire elle-même les contrats. Une ébauche de réponse réside dans le rappel du contexte. Certes l'institution psychiatrique sectorisée est particulièrement massive. Mais surtout, le psychotique entrant dans cet univers se trouve toujours pris dans une situation extrême, en particulier par la gravité de la dépendance relationnelle. Ceci vaut même pour des institutions de très bonne qualité. L'incrustation progressive des conduites psychotiques va nécessiter le maintien à long terme d'une relation psychiatrique lourde et d'évolution lente.

Entretien collectifs : moindre ambition que thérapie familiale, mais aussi conscience que les soignants sont, *en réalité*, eux-mêmes absorbés pour une part dans l'institution qui les définit et où ils travaillent. Cette lucidité — d'un instant — nous incite à nous poser cette dernière question : "Qui sommes-nous, pour ces psychotiques et leurs familles ?".

Cette interrogation essentielle trouve une réponse dans la pratique, aussi démocratique que possible, d'entretiens collectifs en tant que lieu d'échanges et d'induction réciproque à l'aide communautaire, dans un compagnonnage positif.

RESUME

La pratique systémique des entretiens collectifs familiaux en présence du psychotique ouvre un horizon nouveau aux équipes travaillant dans des institutions psychiatriques même classiques.

Centrée sur le patient et le rôle de sa pathologie dans le fonctionnement familial passé et actuel, l'équipe peut réaliser, à travers une série d'entretiens espacés, un bilan des interrelations et des interactions. Il s'agit d'un travail clinique d'un très grand intérêt et doué d'une efficacité certaine. Ces données sont éclairées ici par la description d'un cas clinique.

SUMMARY

The systemic — and systematic — use of collective family interviews in the presence of the psychotic, strictly like that, opens a new therapeutic horizon in psychiatric institutions, even classical ones. By focussing on the patient and the role of his pathology within the family, the team can study the interrelations and interactions both past and present. This clinical approach is of great psychological interest and has a proven efficiency. These data are illustrated by the description of a clinical case and of the process relationship between patient, staff and family.

J.C. Benoît
A. Daigremont
C. Guitton
B. Rabeau

Centre Hospitalier spécialisé de Villejuif

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I — Le Seuil, Paris, 1977.
2. BENOIT, J.C. : *Les doubles-liens. Paradoxes familiaux des schizophrènes*. P.U.F. A paraître.
3. BERTA, M. ; et BENOIT, J.C. : *Le projet psychothérapique*. Denoël, Paris, 1976.
4. DAIGREMONT, A. ; GUITTON, C. et RABEAU, B. : *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*. E.S.F. Paris, 1979.
5. HALEY, J. : *The family of the schizophrenic : a model system Nerv. Ment. Dis.* 1959, 129, 357-374. Trad. fr. : "La famille du schizophrène : un système mis en modèle", in *Annales de Psychothérapie*, ESF, Paris, pp. 15-42, 1980.
6. PIERCE, J.P. : *Symboles, signaux et bruits*. Masson, Paris, 1966.
7. SELVINI PALAZZOLI, M. ; BOSCOLO, L. ; CECCHIN, G. et PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. Edt. E.S.F. Paris, 1978.
8. STANTON A. and SCHWARTZ, M. : *The mental hospital*. Basic Books, New-York, 1954.

**LA CRISE D'ADOLESCENCE
OU LA COUPURE DU CORDON VECUE COMME UNE AMPUTATION
DANS LE CORPS FAMILIAL**

Ph. van MEERBEECK

Th. : Pourquoi es-tu tombée malade ?

A. : On racontait à l'école que j'étais alcoolique.

Th. : Tu n'as pas pu nier, dire non, démentir ?

A. : NON !

Th. : Comment t'appelles-tu ?

A. : Anne Du Bois.

Th. : C'est le nom de ton père,

Père : Oui, Docteur, c'est mon nom.

Th. : Vous pouvez dire non à votre fille ?

Père : Vous savez, on a qu'elle. Elle est très gâtée par ma mère et par ma femme.

A. : Je n'aime pas ma mère. C'est ma grand-mère qui m'a élevée et qui est ma mère.

Mère : Anne, tu dis n'importe quoi. Vous savez, elle perd la tête. C'est comme quand elle a vu Dieu.

A. : Il était dans l'armoire et il s'est approché. Je faisais couler de l'eau et il m'a caressé les cheveux.

Th. : Parle-t-on de sexualité à la maison ?

Père : Non, Docteur.

A. : Monsieur le Curé me regarde des fois avec un regard plein de reproches.

Th. : Monsieur le Curé ?

Mère : Il vient déjeuner tous les matins à la maison. Il organise des pèlerinages pour le village.

Th. : Vous comprenez la folie de votre fille, Monsieur ?

Père : Moi je n'entends rien à tout ça. Je ne m'occupe que des jardins : les fraises et les fleurs.

Th. : Vous habitez où ça ?

Mère : A Fouriflor.

La thérapie s'arrête après quatre séances où se racontent les bagarres de la famille, famille qui occupe la moitié du village.

La mère doit se faire opérer d'une hystérectomie radicale totale. Elle nous parle de sa peur. Et sa fille l'aide avec un mouchoir trempé dans une eau miraculeuse.

Et puis, les vacances . . .

A la rentrée: téléphone de la mère: "Anne est méconnaissable. Elle s'est fiancée et elle va très bien. Elle m'aide au magasin. Elle ne pense plus à être décoratrice ou danseuse".

Comment comprendre cette thérapie familiale brève ?

Anne avait été diagnostiquée : Psychose hystérique.

Est-ce la remise-en place du Père dans ce matriarcat ou la déculpabilisation des parents qui furent thérapeutiques ?

Les séances n'étaient structurées par aucune stratégie. Il y avait un transfert très important et dans ce transfert une écoute du discours familial qui a permis l'éclosion de signifiants.

Pour théoriser ce travail, ou pour simplement tenter de le faire, il semble utile de sortir de l'Imaginaire des théoriciens systémiques, et avant de parler du registre symbolique, peut-être d'en dire un peu plus sur le Réel.

Couper le cordon

Le Réel : c'est l'Horreur pour Milner (1979).

C'est le non représentable, c'est l'innomable. C'est la dispersion des nœuds Borronéens. C'est la coupure dans le corps comme les bras d'enfants du colonel fou d'*Apocalypse now* (film de Coppola) ou encore comme l'adolescent qui s'enfonce une fourchette dans le bras (*La Luna* de Bertolucci) : à ce moment là, l'imaginaire défaille, délire. Le symbolique ne nomme rien. L'adolescent de *La Luna* cherche désespérément son Père, pour s'arracher à sa mère incestueuse. L'Horreur, c'est la naissance : l'arrachement du corps à corps : la coupure de l'ombilic qui s'accompagne d'un cri, d'un cri mêlé, celui de la mère, celui de l'enfant. Avant, comme l'a montré I. Diamantis c'était même-mort : l'inconscient de la mère avait durant neuf mois ce pouvoir de vie et de mort sur l'inconscient de son enfant.

Le roc originaire !

Le Père ne fait pas la Loi. Il est porteur de La Loi, pas parce qu'il est le Père Réel, parce qu'il se nomme le Père.

Il donne un nom à l'enfant, pour lui donner le droit à sa mort, et à sa vie. Il dit le Non de l'Interdit.

De ce Ne-pas, se fonde l'ordre symbolique. De l'imaginaire, on ne cesse de parler, de communiquer, de méta-communiquer.

A l'adolescence, le scénario se répète douloureusement : l'adolescent veut désirer ailleurs, en dehors de la famille, quitter la scène familiale, comme il a quitté déjà la matrice : il tente, comme il le dit, de couper le corps-don. Corps-don, car il est bien question d'un don de son corps dans la tentative du suicide, l'anorexie mentale . . .

Le Réel est là : celui de la dispersion, dispersion du nœud Borroméen.

L'Imaginaire est en crise : et c'est la crise d'identité : Qui suis-je ?

Je pense donc je suis. Mais je ne suis jamais où je pense. Le Moi de l'adolescent et l'émoi de la famille : c'est l'oedipe secondaire avec le risque incestueux au plus haut point à cause de l'accès à la génitalité de l'adolescent. Exemple : Le Père qui montre à sa fille un condom rempli de son éjaculation pour lui faire une leçon de choses.

Et puis, il y a le secret, les secrets qui secrètent sans cesse de la "stagnation relationnelle". Les Non-dits en disent long. Les mythes s'émiettent : "quand je t'ai attendu", je n'ai pas cessé de pleurer. Ton père avait oublié durant ce W. E. à Paris ses préservatifs ! "

Une autre mère : "Le docteur m'avait dit : si vous attendez un second enfant, vous risquez votre vie : ce sera ou lui ou vous ! "

Une autre mère encore : "Son père n'est pas son père : je ne le lui ai jamais dit".

Th. : "Mais madame, il le sait ! "

Le fils en entretien croisé : "Je donnerais tout l'or du monde pour avoir un autre père que le mien ! "

Alors, passons à l'acte : et c'est le passage à l'acte pervers, psychopathique ou psychotique.

C'est l'impasse, l'impasse à l'acte, l'un pas-ça-je du tout puisque pas raisonnable.

C'est l'impasse de formalisation qui bat en brèche le moi, l'Idéal du moi. Et face à cette crise, les thérapeutes et leur narcissisme guérisseur pour atteindre le but de la guérison-normalisation systématisent, métacommuniquent, sculptent, psychodramatisent et même paradoxaient en connotant tant que ça peut positivement. Face à l'anorexie, ils se démènent et de paradoxe en paradoxe, ils perdent ou

accumulent des génogrammes qui ne les gênent en rien, quitte à maigrir, à s'aigrir, à écrire, à s'écrire sans cesse leur réussites thérapeutiques, leur succès. On est très loin de l'insu-que-sait, même si le paradoxe et le contre paradoxe, par certain côté, culbutent mais à leur insu dans le symbolique.

Le corps familial

Pourquoi le corps familial ?

C'est un concept avancé par Pankow (1977) qui tente de nous montrer une jonction entre sa théorie de l'Image du Corps et la théorie de double-blind.

Elle nous dit que "les zones de destruction dans l'image du corps chez les psychotiques correspondent aux zones de destruction dans la structure familiale de ces malades".

Elle nous montre que "Le corps du psychotique est aliéné par les troubles du corps vécu de ses parents et que la psychose est un monde ensorcelé englobant tout le corps familial, un monde pathologiquement fermé à toute ouverture : monde où chacun est partie de l'autre et où une existence propre, c'est-à-dire un corps vécu dans ses limites et s'ouvrant sur une existence à soi, pour soi, est exclue". Le modèle communicatif de Bateson s'inscrit, pour Pankow, dans le corps vécu des schizophrènes, aussi bien que dans le corps familial pour devenir un modèle structural. Le monde sans issue révélé par le système du double-blind, représente, sur le plan logique, l'exemple clef de la symbiose.

Bateson traduit sa formule par "approche et rejet" provoqués par l'angoisse de la mère.

Si l'approche et le rejet sont compris comme un mouvement entre parties et totalité du corps, ce monde clos du double-blind ne permet plus d'autre issue que la destruction. On ne peut pas être partie du corps de la mère et subitement exister seul dans un monde fragmentaire" (p. 73).

S'il y a une dispersion psychotique propre à toute naissance, (France Tustin, 1977), il y a de la psychose inévitable à l'adolescence aussi.

Entendre le symptôme offert par l'adolescent, comme un symptôme offert par le corps familial, c'est déjà un recadrage, une interprétation : sa fugue, sa tentative de suicide, son épisode délirant, son passage à l'acte psychopathique . . . Pourquoi ? Comment ? L'adolescent n'en sait rien, même s'il peut tenter d'en dire quelque chose.

D'ailleurs, ce n'est pas souvent lui qui demande de l'aide.

La famille se présente et elle parle. Elle parle comme elle peut avec l'émoi qu'il faut, puisqu'il n'y a plus d'entente dans la famille à cause de la crise et des cris.

Va-t-on ramener l'entente ou tenter d'entendre, d'écouter ? Ecouter quoi ? Les Non-dits ? Pour écouter un non-dit, il faut l'oreille fine (Ausloos, G., 1977). Aussi, les thérapeutes familiaux peaufinent, jouent au plus fin, jouent au plus fou (Selvini, 1978) et manipulent la double contrainte en prescrivant le symptôme à des doses pas du tout homéopathique, mais comme un vaccin, en interdisant de fuir la situation et de métacommuniquer (Deux éléments essentiels à la compréhension du double-bind) (Bateson, 1956).

Et le corps familial se mithridatise, s'anticorpore et le symptôme disparaît en dix séances.

Tout le monde sait que l'inconscient c'est la boîte noire et qu'en thérapie familiale on n'en tient pas compte. Mais l'inconscient, lui, il s'en fout. Alors, si on en tenait compte ? Ils viennent en famille. Et au début, dans les entretiens préliminaires : on parle . . . La famille transfère massivement sur le thérapeute.

Si le thérapeute renonce aux stratégies, aux systèmes, et qu'il écoute, qu'entend-il ? Le discours de la famille. Ce discours est multiple. Si on l'entend comme "un discours de corps familial" (comme on dit "un langage de corps de garde"), on pourrait dans la foulée de Sibony le désigner, le diviser en deux types de discours :

"Le premier discours est commun au point qu'on le prend, en effet, pour un moyen de communiquer, ce qui est un peu vrai dans la mesure où communiquer consiste souvent à fondre à deux ou à plusieurs un lieu commun, pour y mettre ce qui est "pareil", afin que les différences aillent se faire voir ailleurs ; et on s'étonne que ce lieu soit celui de la rencontre impossible : l'imaginaire. Et puis, il y a l'autre discours, encore plus difficile à cerner. Il est fait d'altération, de glissement, de passage ailleurs. Ce qui l'anime c'est l'évanescence de ce qu'il approche, et qu'il devrait ajouter en même temps, ce n'est pas ça.

Au sens strict, ce discours autre, fait de pure altération, devrait être un jet de silence, qui traverse l'abîme, ou un magma sonore qui s'écroule à vouloir le combler, cet abîme. Et pourtant, ça s'entend.

Ce discours autre a affaire à la jouissance et à la mort.

L'intérêt de ces deux discours, c'est leur dualité insistante dont les effets, eux, se font terriblement sentir : effets de réalité, de vérité, de méconnaissance.

Ce qui se repère, c'est leurs recoupements, leurs alternances, leurs frontières en morceaux, leur travail de capture et d'annexion mutuelle. C'est à cette frontière morcelée où le paradoxe est roi, que surgit le non-dit.

C'est là où s'étale la dépendance indestructible entre le pouvoir et la jouissance, la loi et le désir, "la mort et l'amour". Si le non-dit s'entend, ne serait-ce pas dans le paradoxe du signifiant.

L'être est traversé par le langage : c'est le parlêtre (Lacan, 1966). Le langage précède l'humain.

Pourquoi les mots guérissent parfois, ou rendent malade comme dans le double-bind, c'est parce que les mots sont parfois des signifiants, des signifiants rattachés à une chaîne, chaque signifiant, représentant le sujet pour un autre signifiant.

Méfions-nous du piège des significations, du piège des fantasmes, en tant qu'ils limitent la métaphore comme le montre Le Gauffey (1979).

Donner une signification immédiate, en ayant une stratégie, en donnant des tâches ou en prescrivant le symptôme, ce n'est qu'un appel au transfert. Repérer et souligner un signifiant, c'est lui donner un statut de lettre : on ne sait jamais si c'est un signifiant pour le sujet, ou pour la famille. On ne peut qu'en évaluer les effets, après coup.

C'est ça peut-être l'interprétation : elle provoque une dispersion, un surgissement du Réel, mais avec une nomination (Milner, 1979).

Il y a dès lors plus de symbolique et moins d'imaginaire.

En travaillant de cette façon, sans aucune stratégie, on donne un statut métaphorique au symptôme.

Reprenons un exemple clinique. *Jean l'assassin.*

Jean a 15 ans. Sa mère, veuve depuis un an à peine, prend rendez-vous pour son fils et elle-même.

Jean a un lourd passé psychiatrique : ses parents ont consulté pour lui depuis sa cinquième année.

Enfant, il avait été étiqueté psychotique et avait suivi une psychothérapie durant plusieurs années.

A l'âge de 12 ans, il avait refusé de poursuivre sa psychothérapie. A 14 ans, il perd son Père auquel il était très attaché et qui souffrait d'un cancer généralisé.

Durant le premier entretien, il ne dit pas un mot et sa mère le décrit violent, replié sur lui-même, injurieux, agressif, avec des problèmes scolaires et d'énormes difficultés d'intégration.

A la question du thérapeute : "de quelles injures vous accable-t-il ? ", la mère répond : "je n'oserais pas vous les répéter ! ". En insistant, elle finit par avouer en rougissant " salope ... putain ... assassin ... meurtrier ! ".

Frappé par le genre masculin des deux dernières injures, le thérapeute demande à la mère comment elle s'explique ces injures qui semblent être pour elle particulièrement inacceptables. La mère de Jean

lui dit en se retournant vers son fils : "On est là pour tout vous *avouer*, Jean m'accuse, me rend responsable de la mort de mon mari !".

Dans la suite de l'entretien, elle pourra aussi, avec beaucoup d'émotion, décrire la maladie de son mari, le traitement, ses derniers moments et le fait qu'elle a tenu Jean à l'écart de tout ça à cause de sa fragilité.

Tous les enfants savaient qu'il était condamné sauf Jean à qui on a appris sa mort deux jours plus tard. Sa famille avait pensé l'épargner en lui évitant de voir sa dépouille mortelle.

Le premier entretien sera suivi de quatre entretiens familiaux où il sera beaucoup question du quotidien, des fiançailles de la plus grande des filles et de la description par chacun des enfants de leur propre "crise d'adolescence !". Après ces quatre entretiens, un rendez-vous est annulé ; au rendez-vous suivant, Madame X se présente seule et vient raconter son désarroi, son épuisement, l'intolérable pour elle de ces injures culpabilisantes.

En l'interrogeant sur son couple, il lui échappe ce qu'elle n'avait jamais osé dire à ses enfants, ni à ses parents, ni à personne d'ailleurs : son mari était un grand malade depuis le début de son mariage. Chaque année, il était hospitalisé en psychiatrie et prenait régulièrement une médication neuroleptique. Il parlait, à elle seule, de suicide, d'idées de persécution : tout le monde le poursuivait, le regardait avec un regard accusateur en disant de lui : "Il l'a tué !".

Madame X raconte ensuite le calvaire qu'a été pour elle cette vie déchirée entre ses enfants à qui elle ne pouvait rien laisser voir et son mari qu'elle adorait, protégeait et soignait.

Le début de sa maladie lui semblait rattaché à un épisode dramatique des fiançailles.

Son mari avait demandé à son Père de l'aider à s'installer à son compte. Le Père de Mr X était en convalescence à la suite d'un infarctus.

L'entretien entre Mr X et son Père avait été particulièrement orageux.

Plein de rage, Mr X interrompt l'entretien avec son Père pour se changer les idées et pour se calmer.

Il part prendre l'air en compagnie de sa fiancée.

Une heure plus tard, il revient pour reprendre la discussion et il apprend par sa Mère que son Père est mort, ce Père qu'il fallait ménager !

Sans donner la moindre explication, le thérapeute tente de montrer à Mme X l'importance de partager ce "secret" avec ses enfants ; l'histoire de leur Père, de leur Grand-Père étant aussi leur histoire.

Le rendez-vous suivant sera annulé à plusieurs reprises.

Finalement, la famille se réunit et Mme X aidée par le thérapeute parvient à raconter à ses enfants "leur histoire !". Jean, à cette séance là, écoute très intensément.

Un mois plus tard, Mme X nous apprend qu'entre son fils et elle s'était opérée une détente extraordinaire. Ils étaient allés au cinéma à eux deux. Il restait agressif par moment, mais il ne l'injurait plus de la même façon. Il ne disait plus que "putain . . . salope".

Elle était bien persuadée que son fils n'était pas psychotique, que ce n'était pas une maladie héréditaire . . .

La thérapie familiale s'arrête sur le souhait de Mme X d'entamer une psychothérapie pour elle-même

La mère de Jean n'avait à aucun moment fait le lien entre le symptôme inacceptable de Jean et l'histoire de son Père !

Les mots qui guérissent, les mots qui rendent malade

Sans tomber dans le piège de la signification, du sens, l'exemple de Jean et de sa famille illustre peut-être bien ce qu'on pourrait appeler un mot-clef.

Ça parle. Ce dont nous disposons, c'est de paroles. Mais seuls comptent, comme l'a dit Sibony, leurs mutations, leur point de changement de langue, leur dé-confusion des langues . . .

Le thérapeute est mis sans cesse en présence de ces castrations en tant qu'elles n'ont pas eu lieu et que de leur "lieu" elles insistent par une souffrance sans issue, inconvertible ailleurs que dans le pure symptôme, par une angoisse fermée.

Ces castrations ont toutes pour effet une "séparation" et ce n'est pas pour rien qu'elles concernent les orifices du corps, l'activité orificielle par où le corps fuit (Sibony, 1978). Quand le corps est familial et qu'il est question plus que jamais de séparation, comme à l'adolescence, le thérapeute familial, comme l'analyste est mis en présence de ces castrations qui insistent, toute converties qu'elles sont dans le symptôme offert : la crise d'adolescence.

Les castrations munissent le sujet, les sujets d'un certain potentiel de contact avec son inconscient, d'un potentiel de castration où se puisent des forces d'appel et des directions de rappel de l'inconscient.

On sait, comme l'a montré Sibony, que l'agent de ce déploiement de contact et de fuites de l'inconscient, de ce potentiel de castration, c'est le mélange des inconscients de parents en tant que chacun y laisse émerger et se transmettre des découpes spécifiques de langages et que ce mélange est "passé" au feu et aux inerties de leur "rapport sexuel".

Il n'y a plus à s'étonner que tant de thérapies familiales débouchent sur une thérapie du couple des parents (Selvini, Zurich, 1977).

Au terme des entretiens familiaux, la demande peut surgir. Qui souffre ?

La demande peut surgir parce que le thérapeute familial, dans cette forme d'écoute, sait qu'il ne sait pas, même s'il accepte d'occuper, un certain temps, la position du supposé savoir.

L'interprétation durant ces entretiens a pris le détour de l'oblique (De Neuter, 1979), l'oblique du paradoxe, le paradoxe du signifiant, avec cet effet créatif qui sera la source où surgit le sujet ou les sujets.

La Nomination permet au corps familial d'entendre l'énoncé de la Loi : "Tu ne réintégreras pas ton produit" ou encore : "Tu ne réintégreras pas toutes les formes de l'instinct maternel !".

Les éléments, les membres de la famille pourront ensuite renoncer à ce qui fait lien-entrave dans ce corps familial, ce lien qui est là pour tenir à l'écart le nom de l'ensemble (le paradoxe Russelien).

Une convergence de l'horreur (la mutilation, l'amputation) mais avec une nomination (Milner, 1979) voilà ce que peuvent être les entretiens familiaux préliminaires à une demande d'aide d'un ou de plusieurs membres de la famille (et très souvent ce n'est pas l'adolescent en crise qui souffre le plus).

La famille a pu dire l'impossible de jouir en même temps du nom et du corps : la nomination a permis l'accès à l'autonomie, qui n'est plus ressentie comme une mutilation sans mot-dire, dans un cri, mais comme une séparation qui se parle.

Dr Philippe van Meerbeeck

Responsable du Département Adolescent
Centre Chapelle aux Champs, 30
1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. : *Adolescence, délinquance et famille*, Exposé au Congrès de Milan sur la délinquance juvénile, 4-8 mai 1977, in *Annales de Vaucluse*, 14, 1977.
2. BATESON, JACKSON, HALEY, WEAKLAND : *Toward a theory of schizophrenia*, *Behav. Sci. I*, (251-264), 1956.
3. BOSZORMENYI-NAGY, SPARKS : *The Invisible Loyalties*, New-York, Harper and Row, 1973.
4. DE NEUTER, P. : *L'interprétation*. Séminaire non-publié, U.C.L., 1979.
5. DIAMANTIS, I. : *Une presque-île : devenir mère, un péril*. Lettres de l'Ecole, 41-52, Paris, E.F.P., 1978.
6. LACAN, J. : *Les Ecrits*. Seuil, *Le champ freudien*, Paris, 1966.

7. LE CAUFFREY : *Le fantasme comme limite de la métaphore*. Exposé aux journées de l'E.F.P., Paris, 1979.
8. MILNER, J.-Cl. : *Ecrire, Nouer, Couper*. Conférence aux journées de l'E.F.P., Septembre 1979.
9. PANKOW, G. : *Structure familiale et psychose*. Paris, Aubier-Montaigne, 1977.
10. SELVINI, PRATA, BOSCOLO, CECCHIN : *Paradoxe et contre-paradoxe*. E.S.F., Collection Sciences Humaines Appliquées, 1978.
11. SIBONY, D. : *Le nom et le corps*. Seuil coll. "Tel quel", Paris, 1974.
12. SIBONY, D. : *L'autre incastrable*. Seuil, Paris, 1978.
13. TUSTIN, F. : *Autisme et psychose de l'enfant*. Seuil, Paris, 1977.

RESUME

La crise d'adolescence ou la coupure du cordon vécue comme une amputation dans le corps familial.

L'auteur tente de montrer dans la clinique des adolescents, l'intérêt du concept de corps familial :

La crise d'adolescence peut se concevoir et s'entendre comme un "symptôme offert" par le corps familial qui vit l'angoisse de la rupture, du départ du côté de l'amputation, ou comme amputation d'un membre de ce corps.

Ce type d'approche et d'écoute remet en question radicalement les théorisations, la nosologie et l'approche thérapeutique des adolescents.

SUMMARY

The crisis of adolescence or the cutting of the cord lived as an amputation in the familial body.

The author tries to demonstrate in the surgery of adolescents, the interest for the concept of the familial body.

The crisis of adolescence can be understood and heard as an "offered symptom" by the familial body, that lives the anguish for rupture, for departure on the side of amputation or as an amputation in a member of the body.

This model of approach and listening challenges radically the theories, the nosography and the therapeutic approach of adolescents.

PSYCHOSES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET THERAPIE FAMILIALE*

Odette MASSON, Daniel MASSON

Basé sur l'étude de six familles, ce travail cherche à montrer l'intérêt de l'approche familiale pour traiter les troubles psychotiques se manifestant chez les enfants et les adolescents.

Les difficultés rencontrées dans le traitement de jeunes psychotiques ont incité de nombreux auteurs à chercher d'autres modes d'approche que la psychothérapie classique individuelle. L'école psychanalytique parisienne a développé le psychodrame (Lebovici et Coll 3). Les auteurs anglo-saxons, dès 1950, ont élaboré différentes méthodes de thérapie familiale, qui tiennent compte de la grande interdépendance des membres de la famille et de la place qu'occupe l'enfant ou l'adolescent dans la structure hiérarchisée du système familial. Les thérapeutes travaillant en référence individuelle ou familiale ont une identité de but : soulager les souffrances psychiques du patient désigné, et celles de son entourage. Les disparités entre modèles d'interventions individuelles et familiales se situent au niveau théorique, étiologique et technique. Au mode déductif d'analyse du comportement humain, on substitue une méthode prenant en compte la circularité transactionnelle, se basant sur l'observation des relations à travers la communication. Tout comportement est communication et toute communication affecte le comportement (9). L'école milanaise (7) considère la famille comme un groupe-naturel-avec-histoire, qui, au cours de son développement, a forgé ses propres règles trouvant fréquemment leurs sources dans les règles gérant les relations des familles d'origine. Ce groupe familial représente un système ouvert, auto-réglé, qui oscille entre les tendances à la stabilité par le biais de rétroactions négatives, et les tendances au changement par la modification des normes et des règles sous la pression d'événements externes ou internes, par le truchement de rétroactions positives.

Les familles les plus malades sont les plus résistantes aux changements nécessaires que comporte le déroulement du cycle vital : "sous stress, elle augmentent la rigidité de leur modèle transactionnel, et celles de leur limites et elles évitent ou résistent à toute exploration ou alternative" (Minuchin, 6). Les familles dont il est question ici en font partie, illustrant ce que de nombreux auteurs ont observé dans les

* Conférence présentée au 6ème Symposium International sur la psychothérapie de la schizophrénie. Lausanne. Septembre 28-30, 1978.

milieux psychotiques, avec leurs barrières générationnelles floues, (Lidz et coll., 4), la chronique parentification des enfants (Boszormenyi-Nagy et Spark, 2), les modalités interactionnelles du type de la liaison, de la délégation et du rejet formulées par Stierlin (8). Ces modalités interactionnelles fixent le patient désigné, à des niveaux structurels variables, dans le rôle d'objet narcissique des parents et l'empêchent ainsi d'exister en tant que sujet.

Dans l'optique systémique, les symptômes apparaissent comme des redondances dans le jeu spécifique qui caractérise l'interaction et, "non comme le résultat d'un conflit non résolu entre des forces intrapsychiques supposées" (Watzlawick et coll., 9). Le fait même que les symptômes paraissent changer d'hôtes dans ces familles, tandis que les interactions restent semblables, donne toute sa valeur à cette représentation. Les symptômes du patient désigné, comme certains comportements d'autres membres de la famille qui sont également symptomatiques, mais rarement présentés comme tels, sont au service du maintien de l'homéostasie. En même temps, ces symptômes très bruyants, représentent l'ouverture des cercles vicieux interactionnels, dans la mesure où ils provoquent l'entrée d'un thérapeute dans la famille, entrée menaçante, redoutée par tous les protagonistes du jeu répétitif. Cette compréhension éclaire les dangers que court le thérapeute d'être englobé dans ces transactions pour ne former finalement qu'un élément supplémentaire au sein d'un circuit déjà constitué.

Techniquement, le thérapeute joint la famille sans se laisser entraîner à prononcer des jugements ou des critiques concernant le groupe ou un de ses membres (Selvini et coll., 7). Il pratique la partialité multidirectionnelle (Boszormenyi-Nagy et Spark, 2), permettant d'établir un contact avec chaque membre de la famille. Au moment où le thérapeute a établi une relation avec les membres de la famille et compris suffisamment la nature du système, il qualifie les symptômes du patient désigné comme une aide apportée par ce dernier à la famille. C'est la connotation positive (Selvini et coll. 7), qui révèle la fonction du symptôme dans les transactions familiales.

Telles sont brièvement résumées les options théoriques qui ont sous-tendu ce travail avec six familles qui présentent les caractéristiques communes suivantes :

1. — Un ou plusieurs de leurs membres ont présenté un épisode psychotique déclenché lors de l'accession par la famille à une nouvelle phase de son cycle vital :
 - Dans une famille, au moment où une fillette d'un an y arrivait en placement en vue d'adoption.

- Dans une deuxième, lors de l'entrée à l'école des deux aînés.
- Dans cinq familles, lors de l'avènement à l'adolescence d'un enfant entre 13 et 16 ans.

Le total de sept situations pour six familles s'explique par la récurrence dans une famille de décompensations schizophréniques alternant entre la mère et une des filles.

2. – Ces familles font partie de cohortes institutionnelles et forment ainsi une sélection par la gravité des symptômes présentés par le patient désigné, et aussi par la rigidité de l'organisation familiale. Rappelons que l'évolution spontanée des jeunes patients présentant des symptômes psychotiques, comporte des risques de passage à une psychose chronique, avec retard mental secondaire pour un enfant, ou vers une schizophrénie quand il s'agit d'adolescents.
3. – Les patients désignés de ces familles ont tous été envoyés par des tiers après des échecs parfois répétés d'interventions thérapeutiques préalables.
4. – Les six familles sont encore en relation avec les thérapeutes, même si un traitement suivi n'est plus en cours. La durée des contacts varie entre huit et septante-deux mois.
5. – Ces traitements ont été difficiles à conduire, nécessitant pour cinq d'entre eux des aménagements compliqués, impliquant le recours à plusieurs institutions, dont l'hôpital de jour pour adultes, la consultation de guidance infantile, l'hôpital psychiatrique pour adultes, la clinique pédiatrique, l'hôpital de jour pour enfants ; des contacts ont été établis avec des psychologues scolaires, des pédiatres privés, des enseignants qui intervenaient également dans la vie de ces familles. Cette multiplicité d'intervenants se rencontre fréquemment pour ce type de milieux, qui cherchent à combattre l'accroissement de la tension émotionnelle à l'intérieur du groupe familial, par des appels à des tiers, qu'ils essaient de trianguler et d'impliquer.
6. – Les modalités psychothérapeutiques se réfèrent à la théorie systémique, même si à certaines phases intermédiaires de l'intervention, le contact avec la famille n'a pu être maintenu, fragilement, qu'à travers l'échange avec un seul de ses membres.

En observant l'évolution des six traitements, nous pouvons diviser les familles en deux groupes I, II :

I : formé par les familles A, B, C (tableau 2), qui ont pu suivre une thérapie conjointe avec des séances régulières. Dans ces trois familles,

les durées d'intervention nécessaires pour obtenir une modification du régime transactionnel, accompagné d'une disparition des symptômes chez les patients désignés, ont été relativement brèves, respectivement de 2, 6 et 8 mois pour les familles A, B et C.

Tableau 1

Famille	Symptômes de l'enfant	Durée et forme des traitements
A	Retrait autistique dès l'âge de 18 mois	7 séances de famille en 6 mois
B	Crises apragmatiques, idées délirantes dès 16 ans	12 séances de famille en 13 mois
C	Phobie scolaire, repli autistique dès 13 ans	11 séances de famille en 8 mois

II : le deuxième groupe est formé par les familles X, Y, Z qui n'ont pu suivre une thérapie conjointe régulière et ont offert des résistances majeures aux changements par des manœuvres classiques, soit l'absence de membres de la famille ou l'arrêt temporaire du traitement. (Tableau 2).

Tableau 2

Famille	Symptômes de l'enfant	Durée et forme des traitements
X	Phobie scolaire dès 13 ans. Auto- et hétéro-agressions	6 séances de famille, 30 séances individuelles avec l'adolescente Durée : 10 mois
Y	Panphobie hallucinations dès 13 ans	17 séances de famille, 20 séances individuelles avec l'adolescente. Reprise actuelle de la thérapie familiale. Durée : 27 mois
Z	Crise psychotique d'allure catatonique à 12 ans et demi	9 séances de famille 6 séances de couple 15 séances de famille et couple. Durée : 72 mois

Dans les trois familles X, Y et Z, l'obtention d'un changement des patterns interactionnels se montre des plus difficile. Dans la famille X, il n'a pas eu lieu ; les symptômes ont jusqu'à présent changé d'hôte, la patiente désignée en est actuellement libérée, mais c'est la mère qui les porte. L'intervention durant depuis dix mois a compris six séances de famille et trente séances individuelles avec l'adolescente, qui, pour le moment est seule disposée à rencontrer les thérapeutes.

Les modèles relationnels de la famille Y, sont actuellement en train de se modifier très lentement après vingt-sept mois de traitement.

Pour la famille Z, les contacts thérapeutiques ont été intermittents, étalés sur septante-deux mois. Il a fallu attendre soixante-neuf mois pour observer des modifications significatives dans le système familial.

Nous aimerions souligner que nous ne considérons pas comme une issue positive de la thérapie, la simple disparition des symptômes chez le patient désigné, mais exigeons, pour stipuler l'intervention réussie, un changement tangible des modèles interactionnels entre les membres de la famille nucléaire et, si possible, de la famille élargie. Dans les variables expliquant les différences d'issues thérapeutiques entre les deux groupes de familles, il faut tenir compte des erreurs techniques et stratégiques commises peut-être par les thérapeutes dans leur approche, soit :

- L'adoption d'un comportement symétrique, l'abandon de la règle de la non-critique ;
- L'irrespect de la partialité multi-directionnelle ;
- La perte, à certains moments, de la perspective systémique.

Cependant, d'autres variables peuvent être reconnues comme sources de difficultés techniques et stratégiques :

- L'unicité de l'enfant favorisant une extrême rigidité du système et qui se retrouve dans deux des trois familles du deuxième groupe.
- L'isolement social présent pour les familles X, Y et Z.
- La présentation de la relation conjugale comme une relation idyllique, immuable, intouchable, qui se retrouve dans ces trois familles du deuxième groupe.
- Une pauvreté durable de l'information de la part des parents quant à leurs relations avec les familles d'origine.

Résumé du traitement de la famille C :

Cette famille fait partie du premier groupe qui est formé de familles moins rigidement organisées. La cure s'est déroulée en l'espace

de huit mois et a compris onze séances. La famille nucléaire est composée du père et de la mère, d'une fille aînée de 16 ans et de Marc, le patient désigné, âgé de 14 ans. Marc présente une phobie scolaire depuis plus d'un an ; il fuit le contact, se montre absent, perplexe, discordant, physiquement ratatiné sur lui-même. Il nettoie compulsivement les portes et présente un hémisyndrome parétique atypique.

Cet exemple permet d'illustrer la façon dont les symptômes changent d'hôte lorsque surviennent, en cours de thérapie, des modifications dans les transactions familiales.

Durant la première séance(*) :

La mère et les deux adolescents paraissent former un groupe uni ; le père semble isolé.

Les thérapeutes notent la présence de fréquentes incongruences dans la manière de qualifier les communications. Exemple : verbalement, les parents disent bien s'entendre, mais ne s'adressent pas la parole et se tournent le dos pendant toute la séance. Les affirmations de bonne entente sont accompagnées de gestes hostiles des mains et de détournements de la tête. Marc garde son air absent, répond parfois aux stimulations de la mère par un "je ne sais pas", ne s'adressant à personne de précis. La manière dont les parents s'adressent à Marc indique la parentification chronique dont est l'objet le patient. Il n'y a pas de leadership affirmé. Pour le père : "C'est ma femme qui décide". La mère répond : "Tu ne peux pas dire ainsi, tu travailles, alors il faut bien . . .". Le père impute à la maladie, la mère à la mauvaise volonté de Marc, la responsabilité de ce qui se passe dans la famille. "Si c'est de la maladie, qu'on *me* le soigne", dit la mère. Elle s'attribue également une part de responsabilité en parlant de ses multiples dépressions et accuse l'absentéisme du père. Constamment, elle ordonne à Marc de parler, de la confirmer ou de l'infirmier, de dire ce qu'il pense. Elle ne reconnaît plus Marc : "Ce n'est plus mon petit". Le père reste calme, prudent, ne prend pas position. A aucun moment, il n'est question de l'adolescence, de la puberté de Marc. Le jour de la première séance est le jour anniversaire du mariage des parents. Les thérapeutes s'enquière de ce que mari et femme ont prévu pour fêter cet événement : le couple n'a aucun projet.

Les deuxième, troisième et quatrième séances sont consacrées à l'exploration de l'histoire de la famille et des relations avec les familles d'origine. Un divorce émotionnel apparaît : "Il y a longtemps que j'ai

* Nos remerciements vont au Dr Stephen Fleck qui a supervisé cette première séance.

renoncé à demander quoi que ce soit à mon mari : dit Madame. Les conjoints ne se sont jamais senti sur la même longueur d'onde, la femme a le sentiment d'avoir été trompée et oubliée par son mari, et ceci, dès le premier jour de son mariage. Ce jour-là, le mari avait été boire avec des amis et, d'emblée, la femme s'était persuadée que son mariage serait un échec. Le mari, de son côté, se sent isolé dans la famille et s'est surchargé d'activités à l'extérieur. Au cours de l'exploration des relations avec la famille d'origine, nous apprenons que les deux parents se sont mariés contre la volonté de leurs parents. Ils ont opéré une rupture brutale avec leurs familles d'origine, le mari à l'âge de 16 ans, en refusant de satisfaire le vœu de sa mère qui le destinait à devenir curé ; la femme en cessant à 22 ans de s'occuper de sa mère "hypocondriaque".

Les thérapeutes mettent le divorce émotionnel des parents en relation avec les ruptures brutales opérées avec les familles d'origine. Ils montrent aux conjoints que la souffrance vécue dans leur relation à deux constitue leur manière de témoigner leur attachement à leurs propres parents avec lesquels ils ont rompu sans avoir eu l'occasion d'élaborer ou de négocier leur autonomie. Cette connotation positive du divorce émotionnel amène les conjoints à se regarder pour la première fois longuement et silencieusement pendant la séance.

Lors de la cinquième séance, il est à nouveau question du comportement de Marc. Il devient franchement insupportable, avec sa manie de nettoyer les portes : "Je deviens folle d'avoir cette toupie dans les jambes", dit la mère. Il n'est toujours pas question de l'adolescence de Marc. En fin de séance, les thérapeutes donnent le commentaire suivant : "Aujourd'hui, nous aimerions surtout nous adresser à Marc. Nous sommes maintenant persuadés que vous, Marc, êtes un être très sensible, prêt à renoncer à beaucoup de choses pour le bien de la famille. Nous avons beaucoup de raisons de penser que vous croyez devoir vous comporter de façon bizarre, de faire la toupie dans les jambes de maman comme un petit enfant, pour rassurer vos parents ; rester ainsi bizarre comme un petit enfant, c'est dire : Il y a toujours quelqu'un à la maison. Vous croyez qu'en grandissant vous faites courir à la famille le risque de laisser père et mère seuls à la maison, le risque que votre père s'absente davantage et que votre mère soit encore plus déçue. Nous pensons que vous voulez ainsi aider vos parents, et c'est là quelque chose de louable. Nous pensons même qu'il est nécessaire de continuer." Marc jette des regards furieux aux thérapeutes, établissant ainsi pour la première fois un contact réel avec eux. Il hoche la tête. Céline prétend ne pas comprendre : pour elle, Marc est malade, un point c'est tout.

Les parents viennent seuls à la sixième séance ; les enfants refusent d'y participer. Mari et femme nous informent qu'ils ont été fêter leur anniversaire de mariage à retardement en allant dîner en ville. Ils s'accordent pour constater un changement dans le comportement de Marc. Il a pris distance par rapport à sa mère et s'est mis à lire ; il ne sort pas encore de la maison.

Puis la famille entre en crise à la septième séance. Les parents se disputent au sujet de la poursuite du traitement. La mère se montre dépressive, violente et agressive à l'égard des thérapeutes. Elle refuse définitivement de continuer le traitement car "il ne sert à rien". Le père est d'avis contraire. Les parents, par cette manœuvre, cherchent, chacun à leur manière d'obliger les thérapeutes à prendre parti. Ceux-ci ne se laissent pas ébranler et fixent simplement la date de la prochaine séance.

Le père vient seul à la huitième séance. Les parents ont envisagé un placement de Marc. En même temps, le père décrit des modifications intervenues dans le comportement de son fils : non seulement il lit, mais maintenant il s'occupe pendant la journée et se promène parfois. En revanche, nous apprenons que Céline préoccupe ses parents. Son rendement scolaire est en baisse et elle est rentrée très tard certains soirs sans avoir demandé la permission de sortir. Très grave, le père dit que nous avons eu raison de voir le comportement de Marc comme destiné à rapprocher mari et femme, car c'est effectivement ce qui a lieu. D'autre part, il nous informe qu'il s'occupe plus de Marc, mais que ce n'est pas facile. Les thérapeutes remettent au père une lettre destinée à la mère et à la fille, dans laquelle ils connotent positivement l'absence de la mère à la séance et la chute du rendement scolaire de Céline. Ainsi, les changements dans le système familial sont si rapides, qu'ils sont suivis d'une menace de rupture exprimée par l'absence de la mère, et la chute de rendement scolaire de Céline.

Mari et femme viennent à la neuvième séance. La mère en sanglotant, annonce de grands changements chez Marc. Il a grandi de trois centimètres, se montre fort ; ses symptômes ont disparu. Nous notons un changement dans la relation des conjoints ; ils se parlent plus, font des commentaires sur leurs attitudes respectives.

A la dixième séance, les parents nous informent que Marc se prépare activement à reprendre l'école. Il établit des contacts avec l'extérieur. Le père raconte ses sentiments en voyant Marc, durant une

expédition en montagne, entrer en compétition avec lui. Il se dit fier que son fils grimpe plus haut et plus vite que lui dans les rochers ; en même temps, il a eu très peur qu'il ne lui arrive un accident. Les deux parents commentent longuement leurs sentiments face à l'adolescence et à la sexualité naissante tant de Marc que de Céline : sur un ton à la fois admiratif et de plaisanterie, ils racontent l'essayage de pantalons devenus beaucoup trop petits pour Marc, ce qui a amené le jeune homme à faire le commentaire suivant : "Mais je ne sais pas où les mettre".

La mère dit avoir été complètement stupéfaite que Marc puisse parler ainsi librement de ses organes sexuels. Nous apprenons aussi que Marc s'affirme, répond à sa mère que ses affaires ne la regarde pas. Elle en souffre, ne dit rien à Marc, mais pleure le soir, auprès de son mari.

A la onzième séance, nous apprenons que Marc va à l'école depuis trois semaines ; il rattrape son retard. Céline l'aide, témoignant d'une possibilité d'alliance, jusque-là inexistante entre frère et sœur. Le père se sent moins isolé. La mère commente : "maintenant nous sommes quatre, avant nous étions un écheveau plus un intrus, mon mari. Pourtant, je l'aime". La mère se montre plus indépendante et pour la première fois de sa vie, elle se permet de flâner en éprouvant un grand plaisir. Elle a maigri, se montre plus coquette.

Nous essayons de voir s'il existe un changement dans la relation avec les familles d'origine : le père perçoit des messages d'affection de la part de sa mère qu'il n'avait jamais reçu auparavant, se croyant toujours en conflit avec elle : "pour moi, c'est comme si je voyais un dinosaure dans la rue, tellement c'est étonnant". Pour la mère : elle pense toujours à ses deux parents décédés. Elle possède deux bagues, l'une ayant appartenu au père, l'autre à sa mère. Suivant ce qu'elle fait, elle prend l'une ou l'autre bague, mais jamais les deux à la fois, car ses parents avaient des goûts incompatibles. C'est la première fois de sa vie qu'elle commente le choix du port de ces bagues, révélant ainsi combien ils sont présents dans sa vie. La mère prend l'initiative de parler du traitement. Plusieurs fois, elle s'est sentie furieuse en séance, surtout lorsque les symptômes de Marc ont été présentés comme bénéfiques pour la famille. Le père décrit les changements survenus en lui au cours du traitement. Il ne fuit plus dans le travail et se donne la liberté de vivre plus pleinement ses relations avec les membres de sa famille.

L'évaluation catamnastique faite seize mois après la fin du traitement, a révélé la stabilité des modifications interactionnelles survenues dans la famille en cours de cure. Marc fréquente régulièrement l'école et a rattrapé son retard. Il mène une vie qui correspond à celle d'un jeune homme de son âge et est resté asymptomatique.

Le deuxième exemple concerne la famille Z appartenant au groupe II

Il s'agit d'une intervention au long cours. Dans ce cas les thérapeutes fonctionnent en quelque sorte comme le généraliste, appelé lors de crises, moments charnières de l'évolution familiale. Cette famille est formée du père, de la mère et de trois filles, nées toutes les trois par césarienne, en l'espace de trente mois. Le mari est de huit ans le cadet de sa femme. Dans son enfance, il a été battu par un père éthylique. Son frère aîné a toujours été bizarre et il n'a pas pu suivre sa scolarité normalement. La mère, aînée de cinq enfants, a des souvenirs d'enfance terrifiants concernant les séjours de son père à l'hôpital psychiatrique. Elle-même a présenté des crises schizophréniques aiguës, à forme hébéphrénique puis paranoïde, à l'adolescence, à 33, 37 et 42 ans.

Nous avons fait la connaissance de cette famille il y a six ans, lors de la dernière hospitalisation de la mère à la clinique psychiatrique dans la consultation de prévention auprès des enfants de parents psychotiques (Masson, 5). Nous avons alors trouvé un groupe familial au fonctionnement chaotique dans presque tous les secteurs : relationnel, scolaire, ménager, financier ; "l'enmeshment" était maximal et se signait dans la communication verbale dont voici un exemple : la mère voulant parler de sa deuxième fille, qui la mettait en colère, disait : "elle sort de *mes gonds*". Cette enfant de sept ans était encore nourrie à la cuillère par la mère, mouillait son lit, était anorexique et très oppositionnelle. L'aînée, âgée de huit ans, offrait le tableau d'une psychose chronique déficitaire, apparue dans la première enfance.

Le travail avec cette famille a commencé en 1972. Durant l'année 1973, l'effort thérapeutique a consisté à amener tous les membres de la famille au traitement. Au début, nous n'arrivions à rencontrer que la mère, patiente immuablement désignée par la famille, et la deuxième fille qui travaillait à maintenir sa position de bouc émissaire. La cadette était décrite comme le "well-sibling" et l'aînée destinée, comme l'oncle paternel, "à rester dans les nuages". Le père, au début, refusait toute implication, disant que son métier de technicien ne lui permettait pas de comprendre un échange avec la thérapeute. Il appartenait au médecin, disait-il, de décider des solutions susceptibles de résoudre les problèmes des enfants. Peu à peu, ce père s'est joint aux entretiens, y restant les premières fois pour quelques minutes seulement. Au cours de l'année suivante, une hospitalisation de jour a lieu pour l'aînée, qui a complètement perdu pied à l'école. Durant ce même temps, la famille a pu se réunir pour neuf séances avec un team de quatre thérapeutes. Durant ces séances, nous avons observé un tableau d'interactions psychotiques : les membres de la famille se montraient indissolublement liés dans l'organisation d'un chaos permanent. Les filles montaient

bruyamment, avec la complicité totale des parents, des pièces de théâtre décousues : parmi leurs répliques, certaines représentaient des messages camouflés aux thérapeutes : "vous n'entrerez jamais dans notre chaumière", "je fais semblant d'être malade". Les alliances se révélaient interdites, le leadership inassumable et les communications truffées de disqualifications. Aucun des membres de la famille ne faisait mine d'en confirmer un autre. Cette première série de séances familiales a été interrompue sans que les patterns interactionnels aient été modifiés. Ces premiers contacts ont cependant permis l'établissement d'une relation assez solide entre la famille et une des thérapeutes qui a rompu l'isolement social dans lequel vivait le groupe. Les troubles que les enfants ont continué à présenter ont amené le couple à quelques entretiens durant l'année suivante, entretiens qui ont révélé la persistance, dans le système, du même équilibre morphostatique. La mère faisait toujours plus état de son souhait d'avoir une activité professionnelle à temps partiel pour entrer en contact avec le monde, mais en même temps elle tolérait très bien que son mari sappe toutes les velléités qu'elle avait de s'occuper d'elle-même. Comme la première fois, nous avons pris soin d'approuver la résistance au traitement.

En 1977, survient un accident majeur, sous forme d'une crise psychotique aiguë, à forme catatonique chez la deuxième fille. Tout au long des mois qui précèdent, l'avènement à l'adolescence de cette fille âgée de douze ans et demi, se marque par des luttes d'intensité croissante entre mère et fille, qui se sentent toutes deux de plus en plus anxieuses. La balance symptomatique entre ces deux membres de la famille a été ouvertement verbalisée par la mère : elle savait, disait-elle, qu'une des deux allait perdre le contrôle d'elle-même au cours de l'automne : "C'était elle ou c'était moi". La fille perd pied à l'école et, quatre jours avant Noël, entre dans un état catatoniforme avec inertie et négativisme psychomoteur, incapacité de boire et de manger, mutisme, perte des selles et des urines ; elle ne peut se lever, se montre paramimique, lointaine, discordante. Elle est alimentée par voie parentérale pendant une semaine. Les parents appellent la thérapeute en pédiatrie où la jeune fille est hospitalisée, et des séances de famille quotidiennes incluant les parents et l'enfant ont lieu dans ce cadre.

La connotation positive de la régression majeure opérée par l'enfant, faisant apparaître la crise catatonique comme une manifestation destinée à rassurer les membres de la famille quant à l'absence de risques d'avènement à l'adolescence des filles, a induit un mouvement progrédient chez les parents d'abord. Le mari a, dès lors, pu admettre que sa femme remette en travail ses relations avec ses propres parents, auprès de qui elle prenait soin jusque-là, avec la participation active de son mari, de jouer le rôle d'une fille démunie, incapable et malade.

Nous avons alors vu cette mère de 42 ans, pesant 115 kilos, vivre une révolte d'adolescente à l'égard de ses propres parents. Tout ceci a été abordé en présence de la jeune fille, dont les symptômes ont rapidement régressé. Au bout de quatre semaines, elle a demandé à rejoindre l'école et a repris un bon fonctionnement intellectuel. Subsistait un permanent suçage du pouce, assez étrange chez une adolescente bien développée de 13 ans. Nous avons dit à la fille qu'elle avait bien raison de continuer à rappeler à toute la famille qu'elle pouvait, malgré tout, rester un bébé, une jeune fille qui suce son pouce ne risquant pas d'être prise au sérieux. La réponse fut double : la fille cessa immédiatement de sucer son pouce et dit à sa mère : "tu as bien raison de continuer à grignoter toute la journée et de devenir une toujours plus grosse boule". La mère dangereusement obèse, se mit dès lors à réfléchir sur sa condition physique, reconnut qu'elle courait au suicide, et a commencé, soutenue par le mari, à s'occuper de sa personne, hyper-protégeant moins les filles, prenant un travail hors de la maison.

En fait, seule cette dernière tranche de traitement, induite par une grave crise, a permis d'observer un changement des interactions familiales, sous la forme d'une séparation entre les trois générations, de l'installation d'un début d'alliance entre les conjoints qui ont ouvert leurs conflits alors que, jusque-là, ils se présentaient comme installés dans une relation idyllique, mythique.

En conclusion :

La thérapie de famille est une forme de traitement à privilégier en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Elle nous paraît particulièrement indiquée pour les patients présentant des troubles psychotiques.

Nous pensons qu'il existe une grande variété parmi les familles qui fonctionnent en transaction psychotique. Certaines se trouvent par phases dans cette situation, à des moments clés de leur développement, ou sous l'effet de stress particuliers. D'autres paraissent vivre chroniquement en régime schizophrénique comme la famille Z. Pour ces familles-là, l'intervention brève de dix à vingt séances peut ne pas suffire à modifier le régime transactionnel psychotique installé depuis la génération précédente.

Tandis que les traitements conduits avec les familles du premier type ont beaucoup plus le caractère d'interventions de crise et se soldent par des effets plus rapides. Ces interventions de crises sont destinées à empêcher l'évolution vers une chronicité symptomatique et de parer à l'installation durable de patterns transactionnels psychotiques avec toute la signification pronostique qu'elle implique pour les membres de la famille.

L'accès psychotique, comme le dit Beels (1), doit pouvoir être vécu par les membres de la famille comme une crise de développement du groupe et comme une partie du processus de changement qu'ont à opérer tous les protagonistes.

Adresses des auteurs :

Odette Masson

Unité de Thérapie familiale et de prévention
Service Universitaire de Psychiatrie Infantile
Rue Etraz 5
CH - 1003 Lausanne

Daniel Masson

Centre thérapeutique de Jour
Institut Universitaire d'Hygiène Mentale
Route du Signal 25
CH - 1018 Lausanne

BIBLIOGRAPHIE

1. BEELS, C.C. : *Family and social management of schizophrenia ; in Family Therapy*. Ph. H. Guerith. (Ed.) p. 249, Gardner Press, 1976.
2. BOSZORMENYI-NAGY, I. ; SPARK, G. : *Invisible Loyalties*. Harper and Row, 1973.
3. LEOVICI S. ; DIATKINE, R. ; KESTEMBERG, E. : *Bilan de dix ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent*. La psychiatrie de l'enfant. Vol. I t. 1, p. 63, 1958.
4. LIDZ, T. ; FLECK, S. ; CORNELISON, A. : *Schizophrenia and the Family*. Internat. Univ. Press. New-York, 1965.
5. MASSON, O. : *Réflexions sur les possibilités d'approche thérapeutiques et préventives chez les enfants de mères schizoéphrènes*. Rev. de neuropsych. infant. Nos 1-2, p. 5, 1976.
6. MINUCHIN, S. : *Families and Family Therapy*. Harvard University Press. Cambridge Massachusetts, 1974.
7. SELVINI, M. ; BOSCOLO, L. ; CECCHIN G. ; PRATA, G. : *Paradosso e Contro-paradosso*. Feltrinelli Milano, 1975. "
8. STIERLIN, H. : *Interpersonal aspects of internalisations*. International J. Psycho-Anal. Vol. 54, p. 203, 1973.
9. WATZLAWICK, P. ; HELMICK-BEAVIN, J. ; JACKSON, D. : *Pragmatics of Human Communication*. Norton and Company New-York, 1967.

... / ...

Mère écrevisse un jour à sa fille disait :

Comme tu vas, bon Dieu ! Ne peux-tu marcher droit ?

— Et comme vous allez vous-même ! dit la fille :

Puis-je autrement marcher que ne fait ma famille ?

Veut-on que j'aille droit quand on y va tordu ?

... / ...

L'écrevisse et sa fille

LA FONTAINE

EVA (à la mère, CHARLOTTE) :

“Parce que tu n’écoutes jamais ! Parce que tu as toujours refusé de regarder la réalité en face ; parce que tu es une infirme pour tout ce qui touche aux sentiments, parce que au fond, Helena et moi, tu nous détestes, tu es irrémédiablement enfermée en toi, encombrée de ta personne ; parce que tu m’as portée dans ton ventre froid et que tu m’as expulsée avec dégoût, parce que je t’aimais et que tu me trouvais répugnante, mal faite et sans talent. Et tu es arrivée à faire de moi une infirme à vie comme tu l’es toi-même, tu t’es attaquée à tout ce qui, en moi, était sensible et délicat, tu as essayé d’étouffer tout ce qui était vivant et que tu pouvais atteindre. Tu me parles de ma haine. Mais ta haine la valait bien. Ta haine la valait bien. J’étais petite et malléable et pleine d’amour. Tu m’as ligotée, tu avais besoin de mon amour comme tu as besoin que tout le monde t’aime”.

INGMAR BERGMAN. Sonate d’Automne — Gallimard — Paris, 1978 (avec l’aimable autorisation des Editions Gallimard).

Traduit du suédois : Karl Gustaf BJURSTROM et Lucie ALBERTINI.

CES CHOSES QU'ON NE PEUT PAS DIRE . . .

Guy AUSLOOS, Géraldine BOUCHARA, Roberto PILLA

S'il est une chose qui peut empoisonner la vie des thérapeutes systémiques, c'est bien le secret, ou plutôt le faux secret, la pseudo-révélation, la confidence complice. Nous voulons parler de ces communications téléphoniques avant ou entre les séances, de ces apartés de couloir où, sans qu'on y prenne garde, on se retrouve dépositaire d'une information qu'on ne peut apparemment ni transmettre, ni oublier. On se sent lié par un engagement implicite ou explicite et l'on court ainsi le risque de rester à la merci de celui qui nous a confié le secret, dans l'incapacité d'assumer le leadership.

Nous ne voulons pas développer ici le thème du secret, qui a été traité par ailleurs*, mais seulement présenter un document clinique qui semble pouvoir se passer de commentaire. L'utilisation d'une stratégie appropriée a permis de lever le secret et d'aborder d'autres thèmes que ce secret recouvrait. Nous lui avons conservé sa forme originale, en nous contentant de modifier certains aspects qui auraient permis d'identifier la famille. Qu'on n'y cherche donc point un exercice de style.

Il paraît intéressant de préciser que cette thérapie s'est déroulée dans un service médico-pédagogique où depuis quatre ans se tient un séminaire hebdomadaire de thérapie familiale. Le service est composé d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, logopédistes, psychomotriciennes). Dans la plupart des équipes, certains membres se forment à la thérapie familiale. En fonction des situations qui se présentent, la décision est prise en équipe d'utiliser ou non la thérapie familiale.

Mais nous ne voudrions pas alourdir cette présentation et préférons vous exposer la situation comme elle s'est présentée.

Mme F. téléphone au Service médico-pédagogique demandant un rendez-vous pour discuter de leçons particulières pour son fils aîné Gabriel, âgé de 10 ans. Elle est reçue à la consultation par une psychologue et une logopédiste de l'équipe. Mme F. vient accompagnée de ses deux enfants et de sa mère.

Les personnes consultées se limitent à répondre à la demande manifeste, acceptant la définition que la mère donne du patient désigné : "Gabriel est lent, rêveur, nerveux ; il ne suit pas à l'école ; il a

* Ausloos G., *Secrets de familles*.

toujours eu de grandes difficultés ; par contre, son frère Christophe travaille seul avec facilité, se montre très brillant scolairement et, tout en étant plus jeune d'une année, se trouve dans la même classe que l'aîné".

Soulignons que lors de cette première rencontre, les premiers intervenants ont dû insister en salle d'attente pour que tout le monde, la grand-mère y compris, assiste à l'entretien. Cela a permis, à notre avis, d'obtenir sur la famille une série de renseignements qui n'ont pas été pris en considération à ce moment-là, mais qui par la suite se révéleront très significatifs :

- "il vaudrait mieux que grand-mère ne participe pas à l'entretien parce qu'elle est actuellement assez fatiguée, en convalescence, souffrant des nerfs" dit la mère,
- "je ne veux pas faire les devoirs avec papa qui n'est rien du tout" dit Gabriel,
- "mon mari n'a aucune personnalité" rajoute la mère,
- "moi, je ne me mêle pas de la vie de famille, mais je trouve que les enfants nécessitent plus d'autorité" dit la grand-mère.

Cependant, cette démarche n'aboutit qu'à l'organisation de leçons particulières pour l'enfant "désigné" ; on convient que la mère recontacte l'équipe pour la tenir au courant des suites.

La mère téléphone une semaine plus tard à la secrétaire-réceptionniste pour demander de rencontrer une psychologue, car "ça ne va pas du tout, l'enfant est terrible, très agressif ; il a blessé gravement son frère" et donc "il ne s'agit plus uniquement de lui trouver un répétiteur".

L'équipe analyse cette demande et décide qu'un couple de thérapeutes de famille (un psychiatre et une psychologue) répondent à cet appel.

Un des thérapeutes téléphone à la famille. La mère qui répond, se montre très inquiète et désire consulter immédiatement car : "je me sens perdue : Gabriel ne dort plus, il a des terreurs nocturnes, ne veut plus rester seul la nuit, ce qui m'oblige à dormir avec lui". Elle ajoute que l'enfant a subi plusieurs chocs, dont le premier à dix-huit mois, lors d'un placement de trois mois loin de la famille à la suite d'une grave bronchite asthmatique, et tout récemment lors d'une tentative de suicide de la grand-mère.

Proposition est faite de venir en famille ; la mère accepte en posant ses conditions : "je ne veux pas que mon beau-père vienne parce que c'est un alcoolique et je vous demande qu'on laisse tranquille ma mère,

car elle est trop fragile après sa tentative de suicide ; je ne peux pas lui en vouloir même si elle m'a placé durant mon enfance ; mes enfants m'aiment tellement que s'ils apprennent que leur grand-mère m'a placé, ils pourraient l'aimer moins à cause de cela (sic). C'est un secret dont je ne parlerai pas devant les enfants".

Que faire devant cette situation ?

La mère a réussi à communiquer à l'un des thérapeutes, et cela avant la première séance en famille, qu'il y a un secret sur lequel il faudra ne pas communiquer.

L'un des thérapeutes a donc connaissance du secret de la famille, mais du fait de la complicité imposée par la mère, se trouve dans la situation de ne pouvoir le communiquer ni au co-thérapeute, ni aux autres membres de la famille.

Peut-on affronter une thérapie de famille dans de pareilles conditions à savoir que, tout en communiquant d'emblée une des clés du problème, on interdit en même temps toute communication à ce sujet, métacommunicant que le problème est au niveau des difficultés de communication ?

Nous estimons que non, car cela empêche les thérapeutes de fonctionner à niveau essentiel d'une thérapie de famille, à savoir d'intervenir sur la communication.

Paradoxalement, le secret est communiqué à la fois pour qu'on le connaisse et qu'on ne puisse pas en parler. N'ayant pas pu éviter que l'un des membres de la famille nous communique son secret au moment du téléphone, le problème était donc pour les thérapeutes de mettre au point une tactique efficace afin de déjouer d'emblée, dès la première séance, la situation paradoxale dans laquelle ils étaient pris.

Dans la discussion précédant la première séance, les thérapeutes ont élaboré, d'une part une hypothèse concernant le rôle du patient désigné dans le système familial, d'autre part une stratégie ponctuelle pour sortir de la situation paradoxale du "secret". Il est important de souligner ici que la mise au point de cette stratégie a été très soigneusement préparée et que le texte des premières interventions a même été rédigé ; cela permet de peser attentivement tous les mots afin de s'assurer les plus grandes chances d'intervenir efficacement et de pouvoir maintenir l'initiative au début de la séance.

Voilà comment s'est déroulée la première séance dont nous retransmettons le mot à mot en lui conservant sa forme originale. Etaient présents, le père, la mère, les deux enfants de 10 et 8 ans et les deux thérapeutes (Th. P. et B.).

Th. P. : il y a un micro comme vous voyez. En effet, nous avons l'habitude d'enregistrer les séances, cela remplace pour nous le fait de prendre des notes, alors je vous le signale pour que vous le sachiez.

Mère : ah, bon !

Th. B. : j'ai communiqué au Dr P. le contenu du téléphone que j'ai eu avec Mme et le fait que vous m'aviez priée de ne pas dévoiler une partie de notre conversation devant les enfants ; alors il y a un petit problème, c'est que le Dr P. n'est pas d'accord avec moi à propos du secret à maintenir.

Mère : (catégorique) je ne suis pas d'accord. Non, il y a certaines choses que je veux absolument pas dire devant les enfants ; je ne veux pas les informer entre parenthèses de la maladie récente de ma mère.*

Th. P. : oui, c'est quand même très embêtant tout ça, car Mlle B., qui a pris contact par téléphone avec vous, s'est engagée avec vous dans une certaine position que je peux bien comprendre ; et en même temps, je suis très embêté car j'ai personnellement de la peine à pouvoir garder des secrets ou à me rappeler qu'il y a des choses qu'il ne faut pas dire.

Mère : (hésitant) non, mais . . .

Th. P. : (*manu peremptoria*) attendez que je vous explique ; je me rends compte que dans mon travail je ne peux pas me permettre de promettre cela, car par la suite je suis incapable de garder ces secrets, et deuxièmement, à ce moment-là, je me sens comme ayant les bras liés, pas libre pour pouvoir fonctionner dans mon travail, pour pouvoir comprendre et utiliser tout ce qu'il faut. D'autre part, je comprends que vous ayez dit à Mlle B. certaines choses en lui demandant de ne pas toucher à ces arguments et qu'ils ne soient pas racontés devant les enfants. Donc, comme vous voyez, je suis bien embêté parce que je me rends compte que je ne peux pas vous obliger à tout dire, alors que moi je suis tout à fait incapable de garder les secrets.

Mère : on verra bien.

Th. P. : je vais vous demander alors la chose suivante : ne vous fâchez pas s'il m'arrive en cours de séance de vous poser des questions qui touchent à des choses secrètes et dont vous ne voulez pas qu'elles soient discutées ; quant à vous, je vous propose de ne pas vous sentir obligée de parler de ce que vous ne voulez pas dire, et, à ce moment-là, tout simplement, que vous me disiez "et bien, écoutez, ça c'est quelque chose qu'on ne veut pas dire devant les enfants".

* Allusion à la tentative de suicide de la grand-mère, tentative qui officiellement devait être considérée, devant les enfants, comme un malaise nécessitant une hospitalisation.

Mère : (très timidement) oui, c'est ça.

Th. P. : comme ça je me sens libre de vous poser toutes les questions qui me viennent à l'esprit et qui me servent pour travailler et pouvoir mieux comprendre ensemble, et quant à vous, je ne voudrais pas que vous vous sentiez obligés de tout dire ; donc surtout pour que vous soyez à l'aise, tout ce que vous ne voulez pas dire, vous le dites (sic).

Mère : oui, c'est ça, c'est parfait.

Th. B. : bien, vous venez donc nous voir à quel sujet ?

Mère : on vient donc pour Gabriel.

Au moment où j'ai pris contact, Gabriel avait une période très pénible. Déjà, il s'entend très mal avec son frère, disons qu'il est très violent, il n'est pas un enfant méchant, mais c'est une nature comme ça, violente.

Le petit ne sait pas se défendre ; alors le drame est arrivé, Gabriel a poussé Christophe qui est tombé sur l'angle de son bureau, il aurait pu s'enuquer ; c'est pas arrivé, mais il s'est ouvert la tête. C'était déjà arrivé avant à l'école ; moi j'ai peur, j'ai peur vous savez : cette violence, c'est dangereux.

Ça c'est encore rien : à la suite du téléphone, Gabriel a repris ses crises, donc des terreurs nocturnes terribles. Je ne sais pas comment vous expliquer, avec mon mari on avait peur.

Père : c'est vraiment des cauchemars.

Mère : c'est des cris, il est réveillé, on a peur ; la nuit, on entend ce gamin, tout d'un coup. Je croyais qu'il riait ce gamin, puis je me lève, je me dis : "je vais le gronder". Alors lui il était debout sur son lit, les yeux grands ouverts, autour de sa bouche (sic), vous voyez ? . . .

Père : ma femme m'a appelé "viens vite voir". En effet, il rêvait et il criait, c'est fréquent ça, presque toutes les nuits.

Mère : non, il a fait ça récemment une fois, mais il avait déjà fait en étant petit.

Th. P. : j'ai l'impression de ne pas bien comprendre. Je sais que vous en avez déjà parlé à d'autres membres de l'équipe, mais j'aimerais que vous repreniez ici l'histoire dès le début.

Mère : (elle raconte alors ses fausses couches, les difficultés en début de grossesse et introduit tout de suite une grave dispute qui aurait produit un "drame" entre elle et ses parents à l'époque).

J'ai eu une dispute avec eux, ils se sont fâchés, j'ai été complètement abandonnée par eux alors que j'étais à la Maternité, et l'enfant s'est retourné, et j'ai eu une couche de siège (sic). Je pense qu'il doit y avoir quelque chose là avec l'enfant.

Th. B. : mais, cette dispute avec les grands-parents, il s'agissait de quoi finalement ?

Mère : of ! un drame. Il y a eu une histoire (hésite) parce que mon beau-père, — les enfants le savent — c'est pas mon père, mais je suis un enfant . . . je n'ai pas de père ; . . . mon beau-père boit . . . il y a une histoire, je ne sais pas comment vous expliquer ça . . . il y a eu une histoire avec une tierce femme qui ne faisait pas partie de la famille . . . et voilà.

Th. P. : si je suis en train de toucher à quelque chose qu'il ne faut pas dire, vous devez me le dire, je ne voudrais pas que vous parliez de quelque chose que vous ne voulez pas dire.

Mère : (raconte les infidélités du beau-père).

Th. P. : je ne suis pas sûr d'avoir bien compris, vous disiez que c'est votre beau-père. Est-ce que vous avez eu un père avant ?

Mère : non, je vous dis, je suis une enfant naturelle, voilà. Ça les enfants ne le savent pas ; j'ai dit aux petits que quand je suis née, il y avait la guerre et que mon père est décédé à la guerre, qu'il était parti à la guerre en 1939 . . . Je n'ai pas été élevée par ma mère : j'étais d'abord chez ma grand-mère et ensuite placée dans plusieurs orphelinats jusqu'à l'âge de 18 ans. J'ai été très malheureuse, je n'ai jamais connu la vie de famille.

La séance continue sur le récit du développement de Gabriel, le placement à 18 mois à la suite d'une bronchite asthmatique, l'apparition des terreurs nocturnes, les difficultés scolaires, l'apparition de troubles du comportement.

Mère : on ne peut pas savoir quand on a des drames étant enfant, ça ressort des fois longtemps après . . .

A la fin de la séance, les thérapeutes, après s'être consultés, décident d'intervenir par une connotation positive du système familial en renforçant l'homéostasie de la famille et en demandant très fermement que rien ne change d'ici la prochaine séance, un mois plus tard ; la proposition étant faite de se revoir pour continuer à discuter des problèmes de la famille.

A ce moment, la mère réagit très fortement en disant "si tout se passe bien, s'il n'y a pas de nouveaux drames avec les grands-parents ou avec Gabriel, ça se passera comme ça ; autrement, je fais le nécessaire, soit je déménage* de chez mes parents, soit je place Gabriel dans un internat".

Les thérapeutes proposent d'en reparler la prochaine fois et interrompent la séance.

Au cours de la deuxième séance, la mère raconte longuement son enfance et son adolescence difficiles d'enfant placée, et combien elle s'était imaginé une vie de famille "toute rose", alors que dans la réalité les "dramas" de famille se succèdent (avec les grands-parents, avec les enfants et dans le couple).

Le père, au début complètement effacé, intervient de plus en plus activement dès qu'il est question de problèmes de vie familiale, se faisant fort d'être issu d'une famille nombreuse.

A la fin de la deuxième séance, les thérapeutes proposèrent un contrat de dix séances pour parler de la vie de la famille. Le contrat fut accepté et le couple des parents, très soulagés d'avoir un endroit où parler de leur vie quotidienne, conclut en disant : "ça fait du bien de pouvoir parler de nos drames ; à la fin, on verra peut-être qu'il n'y a rien à changer, pas de solutions à trouver, mais que le fait d'échanger ici avec vous va nous permettre de mieux nous comprendre".

Depuis, les séances se poursuivent régulièrement.

* La famille nous avait communiqué qu'il y a un an ils avaient déménagé de chez eux pour s'installer chez les grands-parents.

RESUME

Les auteurs présentent une situation clinique où, avant la première séance, une information est donnée avec la demande de ne pas en parler. L'utilisation d'une stratégie appropriée, préparée en pré-séance a permis de lever le secret et d'aborder également d'autres thèmes que le secret recouvrait. La situation est présentée sans commentaires.

Guy Ausloos

Médecin-consultant en thérapie familiale

Géraldine Bouchara

Psychologue

Roberto Pilla

Médecin-psychiatre

Adresse des auteurs : Service Médico-Pédagogique
16-18, Bd St Georges
1203 Genève (Suisse)

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. : *Secrets de familles* (séminaire présenté au Congrès de Thérapie de Familles de Zürich, 1979) à paraître in *Annales de Psychothérapie*, Paris, ESF, 1980.

INFORMATIONS

Pour introduire une bibliographie

On s'avisait un jour que l'homme pouvait présenter des troubles liés à son psychisme et qu'il était possible de les soigner ; on inventa pour cela les psychothérapies individuelles.

Tous ces troubles ne pouvaient être ramenés à des causes intrapsychiques. Dans certains cas, il fallait se référer à des facteurs interpersonnels, familiaux et sociaux. Mais les outils conceptuels manquaient pour en rendre compte, l'épistémologie dominante demeurait linéaire et causaliste, les techniques thérapeutiques se limitaient à la relation duelle. On se limita donc pendant la première moitié de ce siècle à soigner des individus.

Après la Seconde Guerre mondiale, la situation se présenta sous un jour différent. Russel et Whitehead proposèrent une nouvelle logique (la théorie des types logiques) susceptible de servir de base à une nouvelle lecture des communications humaines. Von Bertalanffy énonça une Théorie Générale des Systèmes permettant d'envisager les rapports sociaux de façon plus circulaire, en intégrant les notions de la cybernétique que développèrent Wiener et d'autres. Des causes, on passait aux interactions.

Par ailleurs, les thérapies de groupe préparaient les thérapeutes à sortir des relations duelles. Dans les centres de guidance infantiles, on commençait à rencontrer non seulement les enfants, mais les mères et parfois même les pères. Le terrain était propice pour aborder les familles. Ceci souleva cependant bien des résistances : caractère sacré de la cellule familiale, gêne des thérapeutes à impliquer les non-malades, crainte des réactions et surtout peur d'un changement qui bousculerait des habitudes et des prérogatives bien établies.

Deux grands courants allaient cependant se développer puis se féconder mutuellement aux Etats-Unis. Le premier sur la côte Est, à New-York, avec Nathan Ackermann. Psychanalyste, ce dernier s'était néanmoins intéressé dès 1936 aux répercussions du fonctionnement familial sur le comportement des individus. Il en vint dès 1950 à percevoir que les règles en vigueur dans les familles déterminaient dans une large mesure la pathologie. D'où l'émergence d'une technique visant à modifier ces règles pour influencer le trouble. Il fit école et fonda le

Nathan Ackermann Institute qui devint le premier centre privé de formation à la thérapie familiale. Le livre Techniques de base en thérapie familiale est le meilleur reflet du travail effectué dans cet institut.

Parallèlement, mais sur la côte Ouest cette fois, à Palo Alto en Californie, Gregory Bateson, après avoir étudié les modes de communication dans les tribus primitives en Nouvelle-Guinée, obtint une bourse au Mental Research Institute (MRI) pour étudier les communications dans les familles de schizophrènes. Deux jeunes chercheurs, Jay Haley et John Weakland s'associèrent à lui, bientôt rejoints par un psychiatre, Don Jackson. Cette équipe publia en 1956 les premiers résultats de ses recherches dans un article au titre audacieux : "Vers une étiologie de la schizophrénie". La théorie du "double-lien" (double bind) était énoncée et les thérapies familiales systémiques commençaient. Virginia Satir se joignit à cette équipe et formula les premiers principes pour une "Thérapie du couple et de la famille".

Au cours des années 60, l'équipe se dispersa. Bateson, après avoir posé les bases d'une théorie de la communication avec Haley et Weakland, se lança dans de nouvelles recherches et abandonna les humains pour les dauphins. Haley rejoignit Minuchin à Philadelphie pour diriger les recherches de la Child Guidance Clinic, avant de fonder son propre institut de thérapie familiale. Il élaborait ainsi progressivement une approche personnelle des familles, qu'il devait présenter en 1977 dans "Nouvelles stratégies en thérapie familiale". Weakland formula avec Watzlawick "Une logique de la communication". Jackson mourut trop précocement, après avoir développé l'idée de l'homéostasie dans la famille. Virginia Satir prit la direction d'Esalen et développa le mouvement des thérapies dites de "croissance". Elle résume son expérience dans son dernier livre : Le creuset familial.

La fin des années 50 et les années 60 virent se révéler d'autres thérapeutes, inspirés souvent par les deux grands courants dont nous venons de parler et développant à partir de là une pensée originale. A Philadelphie, Minuchin travailla d'abord avec de jeunes délinquants, puis avec les "familles des taudis". Son expérience lui inspira la thérapie de famille structurale, qu'il formula dans Familles en thérapie. Toujours à Philadelphie, Ivan Boszormenyi-Nagy élaborait la thérapie dialectique intergénérationnelle dont il rend compte dans Loyautés invisibles (non traduit).

Il n'est évidemment pas possible d'être complet dans l'énumération de tous ceux qui, aux Etats-Unis, ont apporté leur pierre, sur le plan théorique ou pratique, à l'édifice des thérapies familiales. Nous

voudrions cependant encore citer Carl Whitaker et la thérapie de l'absurde ; Wynne, Lidz et Fleck pour l'étude de la schizophrénie ; Fred et Bunny Duhl, inventeurs des sculptures familiales ; Don Bloch et Kitty La Perrière qui dirigent actuellement le Nathan Ackermann Institute ; Murray Bowen, père du génogramme ; Ferreira qui développe la notion du mythe familial et le "split double bind" ; Nathan Epstein qui introduisit la thérapie familiale au Québec et encore James Framo, Gérald Zuk, Lynn Hofmann, Carlos Sluzki, Frank Pittmann III, Peggy Pappé, Al Schefflen, Peter Laqueur et bien d'autres.

En Europe, c'est en Grande-Bretagne puis dans les pays germaniques qu'on eut vent d'abord des travaux américains. Des écoles originales ne tardèrent cependant pas à apparaître. A Heidelberg, Helm Stierlin, après dix années passées aux Etats-Unis où il travaille avec Boszormenyi-Nagy, développe les notions de délégation et rend compte de son expérience dans *Le premier entretien familial*, et dans *Psychoanalysis and family therapy*. A Milan, Mara Selvini et son équipe, travaillant sur des familles d'anorexiques et de psychotiques, élaborent une thérapie utilisant les Paradoxes et contre-paradoxes. A Rome, Maurizio Andolfi et son équipe publient une revue en italien *Terapia Familiare*, et introduisent une approche originale inspirée de Carl Whitaker.

Actuellement, le Vieux Continent ne fait plus figure de parent pauvre puisque les auteurs que nous venons de citer sont maintenant reconnus, même aux Etats-Unis où leurs ouvrages sont largement diffusés, comme des maîtres à part entière en matière de thérapie familiale.

G. Ausloos

A propos de parutions récentes

Dans un but de diffusion d'informations aux lecteurs de Thérapie Familiale, il semble souhaitable de présenter brièvement l'effort entrepris par la Société de Recherches Psychothérapiques de Langue Française dans la voie des thérapies systémiques, familiales ou conjugales, avec l'appui et la compréhension des Editions E.S.F. Cette Société, créée il y a une vingtaine d'années autour de Robert Desoille, psychothérapeute français novateur, à qui nous devons la méthode du Rêve éveillé Dirigé, et du Professeur Paul Sivadon, s'est toujours intéressée aux échanges entre psychothérapeutes et à la diffusion de conceptions "non scolastiques" en psychothérapie. Elle avait ainsi créé, avec les Editions E.S.F., une collection "Sciences Humaines Appliquées" où furent présentés des ouvrages sur l'art-thérapie, le rêve éveillé, les thérapies de couple et récemment le livre de Mara Selvini Palazzoli, Paradoxe et Contre-Paradoxe. Pour leur part, les Annales de Psychothérapie, initialement trois livraisons annuelles, publièrent un certain nombre de numéros spéciaux: Le couple malade, Thérapies familiales en psychiatrie d'adultes, Thérapie du couple et de la Famille (II^o Colloque français de psychothérapie), Qu'est-ce que la psychothérapie? (Congrès International de Psychothérapie, d'Oslo). En 1976, la Société organisait le XI^{ème} Congrès International de Psychothérapie médicale, sous l'égide de la Fédération du même nom, avec le thème Le processus psychothérapique, titre également d'un fascicule de la revue. Le III^o Colloque de la Société est présent sous la forme d'un volume consacré au thème Co-thérapies et co-thérapeutes. Signalons au passage que le prochain Congrès International de la Fédération se tiendra à Rio en 1982. Dans les activités de la Société, ses colloques, et dans celles de la Fédération, les thèmes systémiques et les thérapies familiales sont assurées d'une constante présence, dans un climat d'échange et d'ouverture réciproque avec d'autres tendances, d'autres écoles, d'autres méthodes.

Le dernier fascicule des Annales de Psychothérapie — désormais annuelles — porte le titre de Changements systémiques en thérapie familiale. Il présente l'article de Jay Haley, "La famille du schizophrène: un modèle mis en système", classique d'un haut niveau, des apports également classiques de Ferreira et de Sluzki et Veron, ainsi que des articles originaux de Caillé et de Ausloos. La collection Sciences Humaines Appliquées apporte la traduction de deux ouvrages d'actualité. Il s'agit tout d'abord du Magicien sans magie (il Mago Smagato) dû à Mara Selvini-Palazzoli et au groupe de psychologues qui ont travaillé avec elle à l'élaboration d'une stratégie systémique adaptée, efficace, pour le psychologue placé dans l'institution scolaire et ses difficultés actuelles considérables. Cette œuvre originale, au niveau du talent de

M. Selvini, constitue une extension des conceptions et de la pratique globalisante dans un univers où le morcellement, les frontières, les rejets sont devenus trop fréquents, si habituels qu'il semble que la crise elle-même soit un état de fait acceptable et ainsi combien démoralisant. La place du psychologue scolaire peut être autre que celle d'un expert passif. De son côté, Thérapie familiale, traitement des systèmes vivants, autre ouvrage actuel de cette collection, réalisé par Sue Walron-Skinner, de l'Institut Familial de Cardiff, se présente comme un manuel d'excellent niveau à qui des qualités concrètes et une information étendue ont donné une place nécessaire parmi les traductions qu'il fallait apporter rapidement au public français. Les chapitres sur la sculpture familiale sont particulièrement intéressants.

Un autre effort d'ensemble est fait pour la diffusion de techniques ou méthodes psychothérapeutiques éprouvées, dans une collection nouvelle Psychothérapies : méthodes et cas, dont les petits ouvrages tentent d'apporter un ensemble harmonisé méthodologie-documents cliniques. Ceci s'adresse à des praticiens de la psychothérapie ou à des intervenants sociaux directement engagés dans des relations cliniques ou affectives et intéressés par la diversité actuelle du champ psychothérapeutique. Après Le face à face en psychothérapie et surtout l'ouvrage de l'équipe Daigremont, Guitton, Rabeau, Des entretiens collectifs aux thérapies familiales se trouvent abordés parmi d'autres ouvrages les thèmes Thérapies de couples en groupe de M.A. et J. Guilhot et Groupes de Thérapie sexuelle de M.A. Guilhot et C. Letuve, titres concernant directement le champ qui retient ici notre attention. Les auteurs ont tenté de trouver cet équilibre toujours délicat entre théorie et pragmatisme qui semble bien l'un des problèmes actuels de la psychothérapie, si ce n'est le plus important, grâce en particulier à la présence de nouvelles conceptions plus ouvertes à des échanges, plus spontanées, dans des milieux plus proches de la vie elle-même.

J.C. Benoit

Titres disponibles en français

1. *Annales de psychothérapie*, Paris, E.S.F., Nos spéciaux 78, 79 et 80.
2. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Seuil, T. 1 : 1977, T. 2 : à paraître en 1980. Trad. F. Drosso, L. Lot, E. Simion.
3. BENOIT, J.C. : *Les doubles liens, paradoxes familiaux des schizophrènes*, Paris, P.U.F., parution 1980.
4. BERTALANFFY, L. (von) : *Théorie Générale des Systèmes*, Paris, Dunod, 1973. Trad. : J.B. Chabrol.
5. BLOCH, D. : *Techniques de base en thérapie familiale*, Paris, Delarge, 1979. Trad. : G. Ausloos, Y. et A.M. Colas.
6. DAIGREMONT, A. ; GUITTON, C. ; RABEAU, B. : *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*, Paris, E.S.F., 1979.
7. FRAMO, J.K. et BOSZORMENYI NAGY, I. : *Psychothérapies familiales*, Paris, P.U.F., 1980. Trad. : G. Blumen.
8. GUILHOT, M.A. ; GUILHOT, J. : *Thérapies de couples en groupe*, Paris, E.S.F., 1980.
9. GUILHOT, M.A. ; LETUVE, C. : *Groupes de thérapie sexuelle*, Paris, E.S.F., 1980.
10. HALEY, J. : *Nouvelles stratégies en thérapies familiales*, Paris, Delarge, 1979. Trad. : J. et M. Wajeman.
11. LEMAIRE, J. : *Les thérapies du couple*, Paris, Payot, 1970.
12. LEMAIRE, J. : *Le couple, sa vie, sa mort*, Paris, Payot, 1980.
13. MINUCHIN, S. : *Familles en thérapie*, Paris, Delarge, 1979. Trad. : M. Du Ranquet, M. Wajeman.
14. SATIR, V. : *Thérapie du couple et de la famille*, Paris, Epi, 1971. Trad. : A. Destandau.
15. SATIR, V. : *Le creuset familial*, Paris, Delarge, 1980. Trad. : A. Destandau.
16. SELVINI, M. ; BOSCOLO, L. ; CECCHIN, G.F. ; PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe : un nouveau modèle pour la thérapie familiale à transaction schizophrénique*, Paris, E.S.F., 1978. Trad. : Ferme du Soleil et J.C. Benoit.
17. SELVINI, M. et coll. : *Magicien sans magie*, Paris, E.S.F., 1980. Trad. : Ferme du Soleil et P. Segond.
18. STIERLIN, H. : *Le premier entretien familial : théorie, pratique, exemples*, Paris, Delarge, 1979. Trad. : J. Jeudy.
19. WALRON-SKINNER, S. : *Thérapie familiale, traitement des systèmes vivants*, Paris, E.S.F., 1980.
20. WATZLAWICK, P. ; HELMICK-BEAVIN, J. ; JACKSON, D. : *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1974.
21. WATZLAWICK, P. ; WEAKLAND, J. ; FISCH, H. : *Changements, paradoxes et psychothérapies*, Paris, Seuil, 1976.
22. WATZLAWICK, P. : *La réalité de la réalité*, Paris, Seuil, 1977.

Thérapie Familiale, Genève, 1980,
Vol. 1, No 1