

JR, Montréal — M. DEMANGEAT, Bordeaux —
DUSS von WERTD, Zürich — J. KELLERHALS,
J.-G. LEMAIRE, Versailles — A. MENTHONNEX,
Villefranche/Mer — Y. PELICIER, Paris — R.P.
A PRATA, Lisbonne — † J. RUDRAUF, Paris —
EMAN, Paris — P. WATZLAWICK, Palo Alto.
Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon
COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING,
Lyon — Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.
Oslo — M. ELKAÏM, Bruxelles — P. FONTAINE,
Genève — C. GUITTON, Villejuif — L. KAUFMANN,
Genève — G. PRATA, Milano — J.C. PRUD'HOMME,
Genève — E. ROMANO, Paris — P. de SAINT-GEORGES,

correspondance à :

et médicale

bilini

Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456

CH-1211 Genève 4

et Hygiène :

Genève : 12-8677-8, Genève.

Genève : CH-1211 Genève 6, Compte N° C2-622.803.0

Genève : 000-0789669-89.

Montréal, Compte N° 103.377/01.08

bancaires établis à l'ordre de la B.U.O. (Banque
Paris) libellés en francs français.

— FB 1523. — CAN\$ 45. —

ants collectifs :

Thérapie familiale, Genève, 1990, Vol. 11, No 2, pp. 101-102

PRÉSENTATION

La consultation pluridisciplinaire est l'un des piliers de la psychiatrie de liaison et un lieu privilégié de l'approche psychosomatique. Son efficacité dépend beaucoup de la manière dont est instaurée puis maintenue cette transdisciplinarité entre le somaticien d'une part, la ou le psychologue ou le psychiatre d'autre part. Dans le modèle de la «consultation intégrée» pour enfants obèses que présente M. Siméon, pédiatre et psychologue sont présents dès la première consultation indiquant ainsi de façon analogique l'aspect global du problème. Par ce setting, ils évitent le clivage par spécialités, si souvent désastreux pour la thérapie, et rendent d'emblée possible l'abord du problème dans sa dimension bio-psycho-sociale.

L'art de la rencontre thérapeutique est exigeant et suppose, chez le thérapeute, non seulement un savoir mais aussi la faculté d'osciller continuellement entre le «sentir et l'éprouver» avec les membres de la famille et la réflexion, c-à-d la position méta. C'est de cela qu'il est question dans la contribution de C. Vieytes-Schmitt et de E. Tilmans-Ostyn. Vieytes-Schmitt parle de l'indispensable empathie du thérapeute ; de la dimension esthétique du processus thérapeutique ; du doute, inévitable et nécessaire ; de la confrontation constante avec le deuil, sans lequel on ne peut se constituer soi-même, ni reconnaître l'Autre. Développer ces aptitudes fait partie de la formation. E. Tilmans-Ostyn décrit, en détail, la méthode longuement expérimentée dans le cycle de formation qu'elle anime et destinée à étendre, chez le thérapeute, cette capacité de s'utiliser soi-même dans le travail thérapeutique.

Multiplés sont les approches de l'énurésie. M. Sacré fait d'abord une utile revue des différentes conceptions théoriques et thérapeutiques de ce symptôme. Sa recherche personnelle, consacrée aux types de relations entretenues dans ces familles, porte sur une trentaine de familles avec un ou plusieurs enfants énurétiques. Elle met en évidence un «pattern relationnel» dans ces familles, qui a pour effet de mettre constamment l'enfant «sous pression».

Par leur fréquence, les conséquences psychologiques et relationnelles à long terme qu'ils provoquent et leur propension à se répéter d'une génération à l'autre,

Docteur WATERLOUX
Praticien Hospitalier
Centre Médico-Psychologique
41, Rue Saint-Denis
92100 BOULOGNE
Tél. 46 03 26 83

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSSON, Zürich — J. KELLERHALS, Genève — S. LEBOVICI, Paris — J.-G. LEMAIRE, Versailles — A. MENTHONNEX, Genève — † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer — Y. PELICIER, Paris — R.P. PERRONE, St Etienne — F.X. PINA PRATA, Lisbonne — † J. RUDRAUF, Paris — J. SUTTER, Marseille — M. WAJEMAN, Paris — P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité de lecture : Ph. CAILLE, Oslo — M. ELKAIM, Bruxelles — P. FONTAINE, Leuven — E. GOLDBETER, Bruxelles — C. GUITTON, Villejuif — L. KAUFMANN, Prilly — R. NEUBURGER, Paris — G. PRATA, Milano — J.C. PRUD'HOMME, Québec — C. ROJERO, Madrid — E. ROMANO, Paris — P. de SAINT-GEORGES, Namur — P. SEGOND, Paris.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à :

Dr Daniel Masson

Centre de psychologie médicale

C.H.U.V.

CH-1011 Lausanne

Secrétaire de rédaction : E. Terribilini

Recension de livre : B. Waternaux

Administration et abonnements : Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456

CH-1211 Genève 4

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C2-622.803.0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France :

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la B.U.O. (Banque de l'Union Occidentale à Paris) libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :			
FS 60. —	FF 264. —	FB 1523. —	CAN\$ 45. —
Bibliothèques et abonnements collectifs :			
FS 100. —	FF 438. —	FB 2535. —	CAN\$ 75. —
Numéro séparé :			
FS 28. —	FF 112. —	FB 700. —	CAN\$ 23. —

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1990 by Therapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

ISSN 0250-4052

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

PRÉSENTATION

La consultation pluridisciplinaire est l'un des piliers de la psychiatrie de liaison et un lieu privilégié de l'approche psychosomatique. Son efficacité dépend beaucoup de la manière dont est instaurée puis maintenue cette transdisciplinarité entre le somaticien d'une part, la ou le psychologue ou le psychiatre d'autre part. Dans le modèle de la «consultation intégrée» pour enfants obèses que présente M. Siméon, pédiatre et psychologue sont présents dès la première consultation indiquant ainsi de façon analogique l'aspect global du problème. Par ce setting, ils évitent le clivage par spécialités, si souvent désastreux pour la thérapie, et rendent d'emblée possible l'abord du problème dans sa dimension bio-psycho-sociale.

L'art de la rencontre thérapeutique est exigeant et suppose, chez le thérapeute, non seulement un savoir mais aussi la faculté d'osciller continuellement entre le «sentir et l'éprouver» avec les membres de la famille et la réflexion, c-à-d la position méta. C'est de cela qu'il est question dans la contribution de C. Vieytes-Schmitt et de E. Tilmans-Ostyn. Vieytes-Schmitt parle de l'indispensable empathie du thérapeute; de la dimension esthétique du processus thérapeutique; du doute, inévitable et nécessaire; de la confrontation constante avec le deuil, sans lequel on ne peut se constituer soi-même, ni reconnaître l'Autre. Développer ces aptitudes fait partie de la formation. E. Tilmans-Ostyn décrit, en détail, la méthode longuement expérimentée dans le cycle de formation qu'elle anime et destinée à étendre, chez le thérapeute, cette capacité de s'utiliser soi-même dans le travail thérapeutique.

Multiplés sont les approches de l'énurésie. M. Sacré fait d'abord une utile revue des différentes conceptions théoriques et thérapeutiques de ce symptôme. Sa recherche personnelle, consacrée aux types de relations entretenues dans ces familles, porte sur une trentaine de familles avec un ou plusieurs enfants énurétiques. Elle met en évidence un «pattern relationnel» dans ces familles, qui a pour effet de mettre constamment l'enfant «sous pression».

Par leur fréquence, les conséquences psychologiques et relationnelles à long terme qu'ils provoquent et leur propension à se répéter d'une génération à l'autre, les mauvais traitements envers les enfants, notamment les abus sexuels, font partie des problèmes majeurs de santé publique dans le domaine de la santé mentale. Malgré les efforts d'information et les programmes de prévention proposés, leur importance demeure encore trop souvent méconnue ou minimisée. Relatant une thérapie d'une situation d'inceste prolongée, P. Gonsalves et C. Chaperon-Mégroz mettent en évidence non seulement les troubles hiérarchiques présents dans ces familles, mais aussi les difficultés relationnelles tendant à reproduire une relation dysfonctionnelle qui surgissent lorsque, comme ici, la jeune femme abusée et son ami décident de former leur propre couple.

C'est une réflexion sur sa pratique avec les familles à transactions psychotiques que propose P.-E. Vola. Dans la représentation que se fait en général le thérapeute de son rôle — à savoir celui d'induire un changement — il définit une relation entre lui-même et la famille. Or, définir une relation, c'est précisément ce qui est interdit dans une famille à transactions psychotiques. Dès lors, la thérapie risque de tourner en une interminable partie de bras de fer évidemment non-dite et impossible à dénoncer, dont l'enjeu devient une relation de pouvoir, respectivement d'autorité. Le contexte même de la thérapie se transforme alors en piège pour le thérapeute et suscite des interrogations sur les limites de notre modèle de la famille à transactions psychotiques, sur les représentations du thérapeute et enfin sur son rôle de co-acteur dans cette «compétition des vœux».

Au cours de la rencontre avec Barbara de Frank-Lynch, il a été surtout question de problèmes de comportements toxicomaniaques. En termes didactiques, elle formule l'essentiel de la genèse de ces comportements pathologiques et décrit leurs fonctions, tant au niveau individuel que familial. Sa démarche thérapeutique peut se résumer ainsi: plusieurs formes de traitements sont nécessaires lorsqu'on a affaire à ce type de pathologie: thérapie de famille structurale, pour recréer des relations familiales fonctionnelles et plus stables; thérapie individuelle, dans le but d'une part de permettre l'émergence des affects enfouis et demeurés inconnus du sujet, d'autre part de favoriser le développement de ses potentialités informelles restées en friche; enfin, groupe de soutien pour faire, dans un cadre relationnel défini, l'expérience concrète de la possibilité nouvellement acquise de s'exprimer autrement que par le comportement toxicomaniaque.

Les recherches dans le domaine de l'informatique pour modéliser la complexité du fonctionnement des systèmes humains sont intéressantes à plus d'un titre. Le toxicomane et sa famille servent ici à J. Laufer et E. Gordon d'exemple pour faire la démonstration détaillée des possibilités, de la portée et des limites de la modélisation informatique du comportement d'un système familial. Ils s'appuient d'une part sur la «dynamique des systèmes», développée par Forrester, et d'autre part sur le modèle élaboré par Stanton à partir de l'observation clinique du fonctionnement de familles dont un membre est toxicomane. Pour Laufer, l'avantage de la «dynamique des systèmes», véritable outil de recherche, est de permettre, grâce à la formalisation mathématique et à l'utilisation de l'ordinateur, l'exploration de la complexité de la structure causale de systèmes réels à partir de problèmes concrets et de pouvoir réaliser des simulations capables de vérifier les hypothèses énoncées par les cliniciens.

La deuxième partie du travail de R. Paumé et coll. porte sur les réflexions rigoureusement «batesoniennes», issues de la seconde année d'interrogations de leur groupe de travail sur le sens des interventions en centre d'accueil. Les manœuvres pour tenter de contrôler le comportement des enfants en institution d'accueil peuvent-elles être considérées comme manœuvres capables de provoquer des changements thérapeutiques? C'est la question centrale que les auteurs se sont posés. La réponse passe par l'exploration de la notion du changement et par la nécessité de tenir compte de la souplesse ou de la rigidité aussi bien, de l'individu que de son environnement familial, économique, social et institutionnel. Dès lors, il ne s'agit plus d'opposer la thérapie au contrôle social, mais d'intégrer les deux termes dans le jeu dialectique et circulaire entre morphostase et morphogénèse. D.M.

MAIGRIR... SANS M'AIGRIR

M. SIMÉON¹, P. MALVAUX²

«En ne faisant plus masse, on se noie dans la masse»

Fr. Coupry

Résumé: *Maigrir... sans maigrir.* — La consultation intégrée (pédiatre-psychologue) est le cadre privilégié de cette expérience clinique de trois ans, avec des enfants et adolescents obèses. Les auteurs repèrent quatre profils cliniques dont ils dégagent certaines attitudes thérapeutiques, l'hospitalisation étant une démarche privilégiée. Les résultats de la recherche seront publiés dans un article ultérieur.

Summary: *To lose weight... without sour.* — Integrated consultation (pediatrician-psychologist) is the privileged frame of this three year clinical experiment with obese children and teenagers. (The) authors identify four clinical profiles and they deduce some therapeutic strategies like admission in a hospital as a privileged intervention. The outcome of the research will be published in a further article.

Mots-clés: Consultation intégrée — Psychiatrie de liaison — Obésité de l'enfant.

Key-words: Integrated consultation — Child's obesity.

Préambule

L'obésité est devenue à ce jour... un filon qui n'est pas mince! Soignants, guérisseurs, éditeurs et centres divers l'ont bien compris qui lancent sur le marché les propositions — oserais-je dire les plus alléchantes — pour la remise en forme.

La culture ambiante du lisse, plat, bronzé, tiré est secouée par le livre de F. Coupry: «Eloge du gros» (4). Il écrit qu'avant, le chef était forcément imposant et que de nos jours, il se doit d'être mince et obligatoirement sportif, tandis que sa battante compagne n'a qu'un souci: aplatis ses seins et ses hanches et rentrer dans des jeans d'adolescente.

¹ Maggy Siméon, Psychothérapeute familiale, chargée de formation en thérapie familiale et intervention systémique, Centre Chapelle-aux-Champs, U.L.C., Bruxelles, Belgique.

² Paul Malvaux, Professeur de pédiatrie, responsable du Département de pédiatrie, St-Luc, U.C.L., Bruxelles, Belgique.

Un vent se lève contre la minceur et la forme obligatoires.

Réunis à Paris, les médecins veulent faire cesser les abus de la chasse aux kilos et un hebdomadaire français écrit: «c'est décidé, les gros vont prendre la vie à la légère» en illustrant son propos par un concours de plongeon en Floride. Le gagnant? Le gros qui fera la plus grosse vague.

F. Coupry nous rappelle, avec beaucoup de pertinence, que dans notre société du corps-spectacle, l'homme a tendance à se rétrécir (au propre et au figuré) pour appartenir à la civilisation maigre des idées étreintes et des comportements dépassionnés et que, dans cette même société anorexique, il peut en venir à perdre toute mesure et jaillissement créatif. Sans doute, mais l'on se doit de rappeler que l'homme perd aussi toute mesure lorsque les fantasmes et désirs tus sont noyés et étouffés par l'épaisseur corporelle des besoins satisfaits ou que les pare-chocs du corps enveloppé ont mis une sourdine aux passions, tensions et conflits relationnels.

Cela étant dit, l'excès de poids a des effets somatiques négatifs à long terme et l'enfant obèse reste mal venu sur le terrain de foot et l'objet de quolibets.

Ce moment de sa vie, épinglé par la honte, est à la racine d'une souffrance lancinante qui peut perdurer si elle n'est pas traitée!

Et, après sept ans de pratique clinique et de recherche, je crois devoir redire (18): «Je n'ai pas rencontré un obèse heureux!» Le poids ne comblant pas la détresse de «ne pas faire le poids».

Mais ne c'est pas pour une nouvelle clinique de la forme qu'en avril 1982, le professeur Malvaux suggérait que, sur le modèle de la consultation intégrée pour patients diabétiques (17), la Psychopathologie et l'Endocrinologie de l'hôpital St-Luc à l'UCL, s'associent à nouveau.

En effet, il voulait, en tenant compte des échecs liés à la seule prise en charge médicale, créer un cadre psycho-somatique favorisant une approche intégrée plus humaine du patient souffrant d'excès de poids.

Le projet devenu commun n'était pas de mincir pour les seules raisons cardiaques, vasculaires ou autres, mais de ne plus malmenager son corps, comme dit le médecin, en retenant du poids... dans sa vie et pas par les kilos.

1. La consultation intégrée

Cette consultation psycho-somatique appartient au champ de la psychiatrie de liaison, c'est-à-dire à ce lieu où psychologues et psychiatres sont interpellés par la médecine.

Elle se démarque, par sa forme, des clivages introduits par l'hyperspécialisation des pratiques professionnelles et s'inscrit dans une position anthropologique que défend la psychiatrie à l'UCL.

Elle s'adresse au patient présentant un excès de poids, dont les kilos et centimètres excédentaires traduisent le mal-être et le mal-vivre.

Centre de gravité de la psychiatrie de liaison, elle est définie à la Journée de mai 1989, par le Dr Alain Roelands, comme une psychiatrie d'intégration avec conditionnement réciproque.

Conditionnement réciproque qui n'est pas une fusion mais exige une différenciation constante des rôles, ce que je développerai plus loin.

On peut s'interroger sur le format de cette consultation. Pourquoi d'emblée ensemble? Pourquoi le pédiatre n'appelle-t-il pas la psychologue ultérieurement?

Comme nous le disions dans un précédent article, la consultation intégrée permet d'éviter les ruptures que provoquerait la redéfinition du problème («c'est psy»).

Car dans le cas de l'obésité, faire appel au psychologue confrontait souvent le pédiatre, conscient d'autres problématiques, à un refus explicite ou implicite de la part de l'enfant ou de sa famille. Les résistances soulevées mettaient fin trop souvent à la démarche psychologique, voire même au traitement somatique.

a) La demande explicite

A l'exception de cas au cursus étoffé, la demande s'adresse d'abord au médecin, soit pour trouver le coupable, c'est-à-dire les glandes, soit pour provoquer une perte rapide du poids avec un projet paradoxal que j'ai signifié dans un titre d'article: «J'ai commencé mon régime demain.»

La plupart des patients présentant un excès de poids consultent donc l'endocrinologue avec le secret espoir «que les glandes puissent en être la cause», ce en quoi leur médecin de famille les a parfois confortés.

Dès lors, la première dénégation du pédiatre soulève parfois de telles résistances que le médecin se voit amené à des analyses médicalement inutiles ou à un relevé quasi obsessionnel des habitudes alimentaires pour maintenir momentanément la relation.

Les résultats négatifs sont souvent une dure réalité pour les familles obligés de renoncer aux causes glandulaires et de prendre en considération l'hyperphagie généralement niée.

Ex. Madame D., infirmière psychiatrique, éclate en sanglots quand elle reçoit les résultats négatifs d'analyse sanguine. «Ça aurait été plus facile si c'était glandulaire», dira-t-elle.

L'étude a montré d'ailleurs que c'est la première motivation des familles adressées par leur médecin et, à ce jour, nous nous demandons si nous avons toujours pris assez de temps pour qu'ils puissent faire le deuil de cette première définition et en venir à une autre.

Une famille a refusé de payer la consultation au médecin «qui n'en était pas un» puisqu'il n'avait pas fait d'analyses.

Mais si ce ne sont pas les glandes, alors de quoi s'agit-il?

b) La première consultation

Dès la première consultation, c'est toute la dynamique familiale qui va se mobiliser:

- en renforçant les alliances des «gros» contre les «minces» de la famille;
- en suscitant l'agressivité et les railleries des «toujours minces» à l'égard des «sans volonté»;
- en gonflant d'espoirs narcissiques ceux «qui profitent de tout» et qui peut-être cette fois...
- en suscitant les propos amers des «anciens minces devenus gros»;
- en se rappelant des souvenirs d'échecs, de pertes, de séparation, d'événements qui précèdent la prise de poids.

Les sensations peuvent être noyées et camouflées car l'obèse a appris à se taire. «Parle pas la bouche pleine» ou «Mange et tais-toi» font partie des messages implicites reçus.

Toute la consultation va consister à restituer le symptôme dans le processus d'évolution de la famille:

- famille située dans son environnement socio-économique (étude et profession des parents, ennuis professionnels, milieu social, proximité de la famille élargie, mode d'éducation et de socialisation);
- famille perçue dans son organisation;
- place du *poïds* et du *corps* dans la culture familiale (poids de naissance, modes d'alimentation, petits ou gros appétits de tous, souci actuel par rapport aux kilos...), les mesures déjà prises antérieurement, alliances et coalitions entre gros et minces de la famille, impact des grands-parents, les maladies, accidents corporels, interventions, développement et retard ou problèmes sexuels.

En ce qui concerne le *Patient*:

- son niveau de développement et d'activité par rapport à son âge;
- son positionnement dans la dynamique familiale;
- ses réussites personnelles et sociales.

La consultation intégrée appréhende d'emblée le bio-psycho-social dans leurs influences réciproques.

Complétée et éclairée par l'analyse des habitudes alimentaires faite par la *la diététicienne*, elle permet de dessiner le profil socio-économico-relational de la famille.

Le «Il mange trop» du diagnostic médical devient «Il mange mal» de la diététicienne et le «Il mange pour-quoi» de la psychologue.

c) *Le symptôme et son contexte*

Le symptôme est restitué dans un contexte et prend sens en tenant compte de l'interaction circulaire:

- de l'hérédité somatique: «Nous sommes tous de bons gros»;
- de la dynamique familiale: «Pourvu qu'il ne ressemble pas à ma belle-mère obèse»;
- et du contexte social où il se produit: «Vous savez, Docteur, dans la rue, il y a plus gros que lui».

Le contexte social n'est pas à négliger. Ainsi, nous avons observé que la province du *Hainaut* secrète beaucoup d'obèses (région des charbonnages, frappée durement par la récession économique) et que les grands-mères qui ont souffert de la faim en 1942, boycottent les régimes de leurs petits-enfants.

d) *Le concerto de l'équipe*

L'inquiétude somatique du médecin: «Son 20 de tension m'inquiète, Mme Siméon, il malmène son corps», est recadrée au niveau relationnel par la psychologue qui rétorque: «Oui Dr Malvaux, mais il vous a dit combien la mort de sa petite sœur le rendait triste. Comment va-t-il taire son chagrin s'il ne mange plus?» La maman concluant en pleurant: «C'est vrai que c'est depuis lors que...»

Les voix de chacun se font alors entendre pour parler de ce qui est survenu et pour évaluer les risques et enjeux du traitement.

Cette interpellation en présence des patients exige de la part des praticiens, une *confiance réciproque et une perception claire* de leur fonctionnement. En dehors de ces conditions, les questions prendraient facilement allure de disqualification aux yeux des patients qui les observent.

Mais la confiance mutuelle n'est pas exempte de souplesse d'adaptation, le temps médical du «Que faire?» différant en bien des points du temps psychologique du «Pour-quoi faire?», c'est-à-dire l'aire des enjeux psychiques et relationnels.

Confiance, compétence, mais aussi hiérarchie respectée. Dans ce cas précis, des patients consultent un pédiatre et c'est ce dernier qui justifie l'existence et l'utilité de son équipe.

C'est lui qui tranchera finalement pour décider de l'hospitalisation considérée comme nécessaire somatique ou comme meilleure stratégie thérapeutique.

Mais s'il en décide finalement, les voies thérapeutiques sont élaborées par le médecin et la psychologue, soit en présence des patients qui y réagissent, soit momentanément à deux ou à trois (médecin, psychologue et diététicienne), avant de leur retransmettre.

Une lettre personnelle est adressée au jeune patient, reprenant dans des termes accessibles pour lui, ce qui a été élaboré en consultation et convenu sous forme de contrat.

Toute rencontre ponctuelle et parallèle de la psychologue avec l'un ou l'autre membre de la famille est reprise dans son essence, en présence du médecin avec lequel se décide la suite à donner à la démarche.

2. L'hospitalisation

Dans l'alternative d'une hospitalisation convenue, la collaboration s'étend à tout le personnel de l'étage: assistants médecins, infirmières, diététiciens, professeurs de l'école à l'hôpital, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

Le pédiatre et la psychologue présentent le jeune et sa famille en explicitant le pour-quoi de l'hospitalisation.

François est trop découragé pour croire qu'on puisse vraiment maigrir... et rejouer au football. Il vient reprendre courage auprès de nous en perdant cinq kilos. Il aimerait d'ailleurs que le kiné lui apprenne à se faire respecter quand on se moque de lui à la récréation!

a) Temps d'activation

L'hospitalisation est une punctuation de gravité et active la crise au sein du système familial.

Dominique, 10 ans, 78 kilos pour 1 m 42, est accueilli chez sa grand-mère tous les jours après 16 heures. Obèse depuis toujours, aucune tentative d'amaigrissement tentée par la maman n'a pu aboutir. Comme dit la grand-mère, qui le nourrit en cachette quand la maman a des velléités de régime, «c'est malheureux de priver les enfants.» Il est hospitalisé.

La grand-mère est venue à l'hôpital St-Luc à Bruxelles, à notre demande, «pour consoler le petit».

Et lorsque le professeur lui a cité les risques somatiques et relationnels encourus par son petit-fils, en lui demandant sa collaboration, c'est un sonore «Pour la santé du petit, Docteur, demandez-moi tout ce que vous voulez!» qui lui a été répondu.

b) Temps de mobilisation

Moment privilégié donc pour mobiliser les énergies familiales en vue d'une reprise des habitudes, comme de l'histoire. Car la mise à distance relationnelle qu'induit l'hospitalisation, donne un éclairage nouveau aux événements, le pattern transactionnel qui se répète avec les soignants rendant communicable la problématique sous-jacente.

L'infirmière excédée interpelle la psychologue: «Laurent (13 ans) ne veut pas se laver. Les parents d'autres enfants se plaignent de cela. Il ne veut pas entrer dans la salle de bain, vous ne voudriez quand même pas que je le lave moi-même!»

La maman consultée confirme que c'est elle qui aide son grand fils à faire sa toilette depuis toujours (famille enchevêtrée). L'infirmière, informée, comprend la dynamique et laisse la maman officier. Avec l'aide de sa maman, Laurent se familiarise avec la salle de bain, puis se lave seul... ce qu'il continuera à faire à la sortie de l'hôpital.

c) Temps privilégié

Moment privilégié aussi, l'hôpital devient le champ de nouvelles expériences, tant pour le patient que pour la famille tronquée.

— Reprise conjugale:

«Quand nous sommes venus à St-Luc, mon mari m'a emmenée au restaurant. Il y avait 10 ans que ce n'était plus arrivé!»

— Nouvelle perception du corps:

«Maintenant j'ose prendre l'ascenseur, je n'ai plus l'impression que tout le monde me regarde.»

— Prise de conscience de l'angoisse noyée par l'hyperphagie:

«Les deux premières nuits, j'avais peur et j'ai pleuré. Je voulais voir ma mère. Je me suis levée pour aller manger, mais il n'y avait rien.»

Le temps de l'hospitalisation offert au patient, à sa famille et aux soignants, est un temps privilégié:

— temps de vivre l'angoisse du manque, de la surmonter comme de la mettre en mots;

— temps de la remise en mouvement, mouvement précédemment évité dans l'activité de groupe où il devait subir les quolibets;

— temps de la re-découverte du corps à travers les sensations corporelles provoquées par le kinésithérapeute. Pris en charge de façon personnalisée par ce dernier, il dépasse les premières difficultés que le poids rendait apparemment infranchissables;

— temps des faims, des trous, des creux, des envies que la diététicienne va juguler par des rencontres fréquentes avec l'enfant et ses parents et en modulant le régime durant l'hospitalisation.

Ainsi, certains régimes de grands adolescents¹, consistant en boissons de 400 calories, sont convertis en menus diversifiés quand le patient se plaint de ne plus pouvoir «se mettre quelque chose sous la dent». La diététicienne prépare avec les deux parents, séparés ou non ou secondés éventuellement par la grand-mère relais, un régime qui convienne aux habitudes et obligations des membres de la famille.

- Temps donc des variations du poids, le succès du régime rendant pouvoir et narcissisme à l'enfant (il perd généralement cinq kilos en deux semaines!);
- temps de reprise de l'histoire familiale. L'absence de l'enfant peut provoquer des réminiscences de pertes (mort de la grand-mère, séparation des conjoints) avec les réactions dépressives et des prises de poids qui y sont associées. La révolte de l'adolescent contre le régime ou l'exigence d'un soignant, peut amener les membres de la famille à parler de leur révolte tue à la maison et que l'hospitalisation a permis d'exprimer.

La communication entre les soignants est nécessaire durant ce processus:

- la *diététicienne* doit connaître la solitude de l'enfant issu de famille monoparentale, pour moduler les «en-cas compensatoires» de l'après 16 heures;
- la *kinésithérapeute* doit connaître les récréations douloureuses où l'enfant obèse essuie coups et quolibets, pour l'entraîner à la self-défense.

Ce n'est que progressivement que nous allons découvrir l'apport — irremplaçable dans certains cas — de l'hospitalisation dans le suivi thérapeutique de l'enfant obèse. Décidée un peu en désespoir de cause les premières fois, l'hospitalisation deviendra progressivement une démarche thérapeutique privilégiée dans certaines dynamiques. Nous la développerons ultérieurement.

3. Les débuts de la pratique clinique (1982-1985): Diagnostic et traitement

En 1985 (18), après trois ans de pratique clinique, nous avions dégagé quatre configurations, quatre profils cliniques orientant différemment nos interventions thérapeutiques.

- A. obésité modérée;
- B. obésité secondaire à une lourde pathologie (psychose);
- C. obésité de développement;
- D. obésité réactionnelle et pubertaire.

¹ Les grands adolescents sont hospitalisés à l'unité 43 (Dr Lambert), unité de Médecine Interne Générale. Les plus jeunes le sont à l'unité 81 (Dr Cornu), unité de Pédiatrie.

A. Obésité modérée (> 8 à 10 kilos)

Regroupe les voraces du contact, aimant boire, manger, parler, mais restant très actifs et engagés socialement. Agés de 9 à 12 ans, ils consultent spontanément ou à la demande de leur famille. Les quolibets à l'école sont la principale motivation à l'amaigrissement.. Le traitement proposé est un régime avec gueuletons programmés.

B. Obésité secondaire à une lourde pathologie

L'obésité est majeure, monstrueuse.

Adressés par le médecin traitant, père et mère attendant la confirmation de problèmes glandulaires. Le traitement consiste à ne pas proposer de régime mais à tenter une redéfinition de la problématique qui ouvre à une démarche thérapeutique. Les quelques tentatives ont lamentablement échoué!

C. Obésité de développement

Elle s'inscrit dans une constellation familiale où plusieurs membres de la famille, à différentes générations, présentent un excès de poids, avec pour l'enfant un poids trop élevé depuis le premier âge et une progression lente et constante de ce dernier, sans qu'un événement marquant puisse le justifier.

Ce sont les familles enchevêtrées (Cf. Minuchin), c'est-à-dire qui n'ont que peu ou pas de limites individuelles et intergénérationnelles, une relation à l'environnement réduite et parfois médicalisée et une corporalisation du psychisme. L'enfant est parfois triangulé dans un conflit d'adultes.

La famille consulte avec l'enfant jeune ou prépubère:

- à la demande du médecin et dans ce cas, c'est le parent obèse qui amène l'enfant;
- parfois spontanément, et dans ce cas, c'est le parent mince qui accompagne avec l'accord ou contre l'avis du conjoint obèse.

Les raisons invoquées? «La tension est trop forte... On ne trouve plus à l'hôpital... L'école s'en plaint, il est apathique...».

L'anamnèse révèle une obésité familiale aux trois générations où la parent obèse est très lié au grand-parent obèse, des grands-parents très présents, «nourriciers compensatoires» quand les parents manifestent des velléités de régime, une immaturité affective de l'enfant et une absence de limites familiales (on ne dit pas «non» à l'enfant, mais on dit «non» à ses activités physiques et sociales jugées dangereuses). L'enfant s'ennuie seul et recherche constamment la présence des adultes qui s'y prêtent volontiers.

L'excès de poids est grave dans certains cas et le souci de la santé reste parfois le seul point d'accrochage au début.

Le lien est puissant entre les membres et le *traitement* doit débiter par une recherche des alliances.

« Papa est-il d'accord? Que fera-t-il? » L'alliance est paradoxalement renforcée autour d'un « régime pour tous », c'est-à-dire d'un régime en famille pour lequel la collaboration de tous est attendue.

Le soin alimentaire est déplacé vers des soins corporels pour l'enfant jeune (frotter le dos dans le bain, laver les cheveux) ou vers l'apprentissage de la self-défense (le père reçoit comme mission d'entraîner son fils sadisé au coup de poing vainqueur).

Des séances de *kiné* ou de massage individuelles (le regard du groupe est trop critique!) sont prescrites dans un premier temps, parfois déplacées ultérieurement vers des sports de groupe.

L'identification à l'agresseur est utilisée comme mécanisme (l'enfant surveille les écarts alimentaires de son père mis à la diète) en même temps que les performances sportives, lieu de dépense calorique et de réassurance narcissique, sont stimulées.

Un régime de vitesse de croisière structuré convient à ces cas, régime qui ne bouscule pas les relations mais leur donne plus d'espace et qui remplace progressivement une habitude par une autre.

Parfois, lorsque la préoccupation pour la santé de l'enfant n'est pas suffisante, la *rupture* ne peut être introduite que par l'hospitalisation, favorisant la faille, lieu d'émergence des dépressions sous-jacentes, des peurs de différenciation et des désirs étouffés.

La *collaboration* est renforcée avec le personnel de l'hospitalisation, ses observations lors des visites étant très riches d'enseignement. Des *entretiens familiaux* sont programmés, mobilisant toute la dynamique familiale dans la gestion du traitement.

D. *Obésité réactionnelle et pubertaire*

a) Les obésités réactionnelles, définies comme relevant d'une prise de poids importante (8 à 20 kilos) dans l'année qui suit un événement;

— *lié au corps* comme l'intervention chirurgicale, l'amydalectomie et la cryptorchidie, l'accident de voiture...;

— *lié à la sphère psycho-relationnelle* comme l'échec scolaire, un déménagement, une séparation ou le décès de parents ou de membres de la famille...;

b) Les obésités de développement pubertaire qui, bien qu'appartenant à une classification plus courante du stade de développement, prennent des allures paroxystiques (flambée de poids importante à ce moment précis, réactions psychosomatiques excessives...) plus proches des obésités réactionnelles que de développement.

Les parents et l'enfant consultent spontanément ou conseillés par des amis. Ils consultent lorsque la dépression liée aux événements traumatiques s'estompe

ou que les effets secondaires liés à l'obésité commencent à les inquiéter (retrait social, apathie, comportement agressif avec les copains moqueurs, échecs scolaires).

Les raisons invoquées:

— l'échec scolaire ou sportif;

— la souffrance sociale faite d'isolement et de rejet ressenti et provoqué;

— le malaise corporel lié au corps lourd, difforme, asexué.

Les patients verbalisent leur déception, leur gêne, conscient de l'œil social critique, impuissants à arrêter le processus.

Le *traitement* consiste à *parler du corps* et de ses transformations, notamment pubertaire. Le pédiatre informe l'enfant des changements survenus, répondant à ses interrogations anxieuses (petite ou grosse poitrine, petit pénis, taille probable, etc.)

Le réinvestissement du corps est favorisé au travers de séances *individuelles* de kinésithérapie, car le regard du groupe reste dans un premier temps trop dénarcissant.

L'investissement social est réactivé au travers de discussions concernant les réussites passées ou attendues.

Ces patients verbalisent plus facilement les affects liés à leur prise de poids, de même que les événements angoissants ou déprimants qui l'ont précédée.

Les « enfants du divorce », généralement les aînés triangulés dans le conflit conjugal, sont nombreux parmi nos jeunes patients.

Ce sont eux qui nous ont appris qu'on ne pouvait prôner un régime avant d'avoir associé les parents « à la bonne gestion du traitement », car si cela n'est pas garanti, l'enfant se trouve une fois de plus au cœur de la guérilla conjugale focalisée, cette fois, autour du régime.

Quand cet espace de sécurité, de liberté ne peut être garanti, nous préférons renoncer *momentanément* à la mise à la diète... en proposant un rendez-vous ultérieur. En effet, suspendre la démarche ne doit pas devenir un abandon de l'enfant, ce qui, par analogie, deviendrait vite une répétition de ce qui se vit en famille.

Christian (10 ans) vient accompagné de sa maman. « Docteur, j'aimerais que vous aidiez mon fils à perdre le poids qu'il vient de prendre, c'est-à-dire huit kilos en un an. Il part tout à fait sur les traces de son père! »

Le médecin fait entrer le père qui patientait dans la salle d'attente. Le papa, bien enveloppé et rougeaud, est interpellé par le pédiatre. « Monsieur, votre épouse signale que votre fils, qui aurait tendance à vous ressembler, a pris huit kilos cette année. Comment comprenez-vous cela? » Un silence lourd et gêné s'ensuit et l'épouse persifle « Dis-le au Docteur! » Le père, ingénieur, relate alors sa mise au chômage et sa tendance à boire depuis lors. Et l'enfant raconte à son tour son échec scolaire la même année et sa prise de poids.

Va-t-on, en proposant la mise à la diète, dégager Christian de sa fidélité à son père, en l'amenant sur le terrain maternel? Ne peut-on les associer dans une reprise au moins de leur vie? Mais est-ce bien le moment? Qu'en sera-t-il de l'échec et de la dépression? La psychologue poursuit en s'adressant d'abord au pédiatre: «Ils nous disent tous combien ils viennent d'être secourés. Madame tient bon mais son ton nous dit combien elle souffre aussi. Et pourtant, dans notre expérience, nous savons que seul et découragé, personne ne peut réussir un régime. On demanderait bien à papa de encourager son fils, mais est-ce bien le moment?» «Que faisons-nous, Monsieur, pourriez-vous l'aider?» demande la pédiatre. Le papa demande un temps de réflexion et promet de nous écrire sa décision. Nous lui fixons un délai de quinze jours, et nous recevons deux semaines plus tard leur réponse. Ils post-posent la mise au régime «parce que ça va pas en ce moment» mais se promettent de nous recontacter «dès que ça ira mieux». Nous leur adressons une lettre pour les féliciter de leur décision et les encourager à reprendre contact en temps opportun.

De façon générale pour les obésités réactionnelles, dès que la relation de confiance est établie et les ressources largement mobilisées, un régime strict, bien structuré, aux «rechutes programmées» est préférable au simple régime de bon sens.

Cette règle, fixée par l'équipe soignante, libère l'enfant des règlements terribles qu'il s'impose.

Les rendez-vous téléphoniques, les comptes-rendus des efforts avant deux semaines de délai (les obèses rechutent après 15 jours) enrayerent les mécanismes d'échec et d'auto-punition qui généralement provoquaient une nouvelle flambée du poids.

Dans les cas compulsifs et récidivants, mais toujours motivés, une *hospitalisation* peut être proposée pour rompre le cercle infernal.

La rechute programmée, intégrée dans le régime lui-même est une de nos découvertes thérapeutiques.

Prescrire à jour fixe, convenu avec l'enfant et ses parents, «les bonnes choses désirées» juggle les écarts et l'angoisse qui y sont liées. Et comme nous aimons le dire aux patients qui nous consultent: il s'agit bien de mieux vivre... pas de mieux souffrir!

4. Conclusions et interrogations

Après trois ans de pratique clinique, nous avons largement expérimenté et exploité la consultation intégrée qui se révélait un cadre thérapeutique psychomatique intéressant.

Nous avons repéré quatre profils cliniques qui nous amenaient à privilégier certaines attitudes thérapeutiques.

Nous avons découvert les bienfaits de l'hospitalisation, non sans devoir faire preuve de beaucoup de diplomatie et de créativité au début. Car l'organisation de l'hôpital, conçue pour des malades et pas pour les «trop bien-portants» devait revoir toute sa prise en charge pour traiter les enfants obèses. Le pyjama était remplacé par le training, la prise de température par l'incitation à l'exercice physique, l'encouragement à s'alimenter par des applaudissements lorsqu'on peut y renoncer. Concevoir que l'adolescent obèse puisse aider un enfant handicapé à s'alimenter ou aider le personnel infirmier à transporter du matériel, au lieu de s'étendre sur son lit, était une autre façon de définir la finalité du *soin* au patient.

Nous avons appris que les patients appréciaient la lettre personnelle qui leur était adressée, que les contacts téléphoniques les encourageaient.

Ils perdaient du poids certes, mais était-ce significatif? Certains ne revenaient pas, quelles en étaient les raisons?

Les habitudes médicales n'étant pas de rappeler les patients, nous n'avions aucun écho quant aux bonnes raisons qu'ils avaient de nous quitter.

Nous observions des changements brusques après une information liée au corps, donnée par le pédiatre. Était-ce une information à portée thérapeutique intéressante?

Portés par ces questions, nous décidons en 1985, d'entreprendre une recherche. Nous voulions vérifier:

— si nos patients perdaient du poids de façon significative;

— si les profils repérés et stratégies poursuivies étaient statistiquement liés;

— si d'autres changements relationnels étaient significativement liés à ces premières données.

C'est cette recherche de trois ans (1985-1988) que nous développerons dans un prochain numéro.

M. Siméon
U.C.L.

Centre Chapelle-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs 30
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Aimez P. et Rémy B. (1979): «Image spéculaire et image du corps chez les sujets obèses, in: *Perspectives psychiatriques*, V, n° 74.
2. Bastin de Castilla (1988): *La boulimie*, Laffont, Paris.
3. Brownell, Kelman et Stunkard (1983): «Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure, in: *Pediatrics*, vol. 71, n° 4, avril.
4. Coupry F. (1989): *L'éloge du Gros...* Laffont, Paris.
5. Creff A.F. (1988): *La boulimie*, préface. Laffont, Paris.
6. Descelles M.F. et Gustin B. (1986): «Approche psychologique de l'enfant obèse et de sa famille», in: *l'Enfant*, n° 5, pp. 4-37.

7. Dietz W.H.: «Childhood Obesity: Susceptibility, Cause and Management», in: *The Journal of Pediatrics* vol. 103, n° 5.
8. Duché D.J. (1981): «L'obésité chez l'enfant» (Table ronde), in: *neuropsychiatrie de l'enfance*, 29 (10) pp. 501-518.
9. Garcia N., Labramc et Berger (1978): «La cure d'amaigrissement en milieu hospitalier», in: *Rev. de Med. Psychosomatique*, t. 20 n° 3.
10. Garfinkel P.E. and coll. (1987): «Eating disorders: implications for the 1990's». *Can. J. Psychiatry*, 32/7, pp. 624-631.
11. Grunberg C. (1979): «Une expérience de traitement des obèses», in: *Perspectives Psychiatriques*, V, n° 74.
12. Kipman-Sauss (1976): «Le médecin et l'enfant obèse». *Médecine et Hygiène*, n° 1180, fév.
13. L'obésité. *Revue «l'enfant»*, ONE, 1986, n° 5.
14. Malvaux P. (1982): «Aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'obésité chez l'enfant», janvier 82. Texte de cours de médecine.
15. Marcelli, Canarella et Gaspard (1979): «Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant», in: *Perspectives psychiatriques*, V, n° 74.
16. Rosenbloom A. (1980): «Multidisciplinary Ambulatory Car for Diabetic Children», in: *Diabetes Care*, Vol. 3 n° 2, march-avril.
17. Siméon M. (1983): «L'enfant diabétique, sa famille, ses soignants». *Thérapie familiale*, Genève, vol. 4, n° 3, pp. 262-286.
18. Siméon M. (1985): «L'obésité ou j'ai commencé mon régime demain». *Bulletin de neuropsychiatrie infantile et des disciplines connexes*, Bruxelles.

LA SYSTÉMIQUE ET L'ART L'ART DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

Première partie

L'ART DE LA RENCONTRE THÉRAPEUTIQUE Considérations épistémologiques

C. VIEYTES-SCHMITT¹

L'art... est la combinaison de plusieurs niveaux de l'esprit: inconscient, conscient, externe... pour en faire un commentaire sur leurs combinaisons.

G. Bateson

L'art est la maîtrise incertaine qui transcende toujours une grande souffrance.

J. Delcuvellette

Résumé: *L'art de la rencontre thérapeutique.* — La première partie est une approche épistémologique de la dimension artistique en psychothérapie systémique. Le domaine de l'intuition, de la connaissance immédiate, de la capacité esthétique du thérapeute est discuté. Nous concluons qu'ils s'agit d'une dimension essentielle du travail psychothérapeutique, et donc du programme de formation pour futurs psychothérapeutes systémiciens.

Summary: *The Art of the Therapeutic Encounter.* — This first part is an epistemological view of the artistic dimension in systemic psychotherapy. The realm of intuition, of immediate knowledge, of the aesthetic capacity of the therapist is discussed. We conclude that it is an essential dimension in psychotherapy, and therefore, in the training program of future systemic psychotherapist.

Mots-clés: Art — Approche systémique — Esthétique — Psychothérapie — Formation — Rencontre thérapeutique.

Key-words: Art — Systemic approach — Aesthetics — Psychotherapy — Training — Therapeutic encounter.

¹ Psychologue, psychothérapeute, formatrice en thérapie familiale et approche systémique. Centre Chapelle-aux-Champs, U.C.L. Bruxelles.

I. Introduction

Les modèles de thérapie familiale systémique se différencient, entre autre, par le type de relation thérapeutique qui s'établit. Nous pouvons situer ces différents modèles dans un continuum qui aurait les points de repère suivants :

- la relation thérapeutique centrée sur le système demandant (symptôme, système familial);
- la relation thérapeutique centrée sur le système thérapeutique, c'est-à-dire la relation système demandant/thérapeute(s);
- la relation thérapeutique centrée sur le(s) thérapeute(s).

Notre modèle se situe au niveau du deuxième point de repère. La relation thérapeutique que nous cherchons à établir, et sur laquelle nous travaillons, est centrée sur le système thérapeutique lui-même.

Dans cet article, nous allons explorer ce qui est, selon nous, une des dimensions essentielles de cette relation thérapeutique du point de vue du thérapeute : sa capacité de « sentir avec » la famille, et de parvenir ainsi à un niveau différent de connaissance du système formé. Cette dimension implique une révision et de l'image de soi professionnelle et de la formation du thérapeute.

II. Le thérapeute et la rencontre thérapeutique

1. Risques et processus thérapeutique

Dans le jeu de la succession des interactions dans le système thérapeutique le vécu arrêté de la famille prend un sens différent, nouveau, qui permet la reprise du mouvement, essentiel à la vie. Pendant ce processus thérapeutique, les membres de la famille seront appelés à (re)vivre, à élaborer et à dépasser les conflits relationnels jusque-là évités puisque considérés comme trop meurtriers. « Comme dans la fabrication d'une mosaïque, l'ajout de nouvelles pièces à l'ensemble permet d'en placer d'autres, ainsi dans le scénario thérapeutique, les acteurs de la famille seront poussés à mettre en jeu justement les parties d'eux-mêmes qu'ils avaient pensé cacher parce qu'émotionnellement trop impliquantes » (1) (p. 58).

Mais si le processus thérapeutique implique ainsi des risques évidents pour la famille, il n'en n'est pas moins pour le thérapeute. Menghi et Giacometti, dans leur excellent article « Du mythe de la certitude au sujet de l'expérience » (1987) décrivent ainsi l'enjeu (14) (p. 133). « Le thérapeute se trouve confronté à un système de relations qui, dans le cours de son histoire, a développé un modèle de réalité auquel il a donné une valeur de certitude. En le rencontrant, la famille fait une demande cohérente : annuler les désagréments que tout changement implique par de nouvelles certitudes qui sont appelés à remplir le même rôle que les précédentes, c'est-à-dire un drôle défensif vis-à-vis de l'expérience. »

« En ce sens, le message lancé par la famille au thérapeute est un défi de provocation. Il évoque et renouvelle pour lui le problème du choix entre la certitude d'un supposé savoir et le risque d'entreprendre une aventure dans laquelle il puisse arriver à se reconnaître comme sujet d'expérience.

Dans le second cas, l'enjeu n'est pas tant le savoir et le savoir-faire que l'être dans le savoir, c'est-à-dire se percevoir avec soi-même et avec les autres » (...).

« Accepter le défi de la famille (...) signifie, avant tout, *accepter le malaise*; (...) cela signifie pouvoir tolérer sa propre impuissance, sa propre incompréhension, rechercher ensemble une réponse sur un terrain qui fait de la relation à l'autre une recherche pour soi. »

2. La rencontre thérapeutique

Quelle est, face aux enjeux déjà décrits, la nature de la rencontre thérapeutique du point de vue du thérapeute ?

Nous proposons les éléments suivants :

1. il s'agit d'une expérience partagée, dans un ordre de connaissance différent;
2. il s'agit d'une rencontre passionnelle : il y aura donc plaisir, souffrance et intensité;
3. il s'agit d'un processus créatif, où sont présentes les dimensions de deuil et d'amour;
4. il y a une dimension essentielle d'Art qui parcourt tous les autres éléments.

a) Une première approche de la dimension artistique

« Lorsque l'homme veut changer ses prémisses du troisième degré » (qui concernent sa manière d'être au monde, son existence, le sens du monde dans lequel il vit), « ce qui nous paraît-être une fonction essentielle de la psychothérapie, il ne peut le faire qu'en se plaçant à un quatrième niveau (...). Mais ce quatrième niveau frôle les limites de l'esprit humain, et il est rarement accessible à la conscience, si même il l'est jamais.

Il nous semble que c'est le domaine de l'intuition, de l'empathie (...). C'est sans nul doute dans ce domaine que se produit le changement thérapeutique, changement dont, après une thérapie réussie, on ne peut dire ni comment ni pourquoi il s'est produit, et en quoi finalement il consiste » (18) (pp. 270-271).

Ce domaine de l'intuition, de la connaissance émotionnelle, de la connaissance immédiate (Benedetto Croce), est un domaine surtout reconnu et développé dans l'art. Selon Susanne Langer « c'est toute la vie de sentiment — qu'on peut appeler 'vie ressentie', 'subjectivité', 'expérience directe' — qui trouve une expression articulée dans l'art, et je crois seulement dans l'art » (12) (p. 366).

L'«Einführung», à la fois jouissance esthétique et processus empathique, l'intérieur, se basant sur le présumé selon lequel la signification profonde des choses se révèle adéquatement dans leur apparence (15).

Nous pouvons dire que l'art est la création de formes qui sont des symboles de sentiment humain. Il se réfère toujours à l'individualité de ces formes, à la singularité des situations, au sens toujours nouveau et infiniment complexe de la vie, et donc, à l'infinie variété de ses expressions possibles. Une très grande sensibilité à cette complexité, ainsi qu'une très grande capacité à y répondre (sensory oversensitivity and sensory responsiveness) est ce qui, selon Greenacre, caractérise la personnalité de l'artiste (7). Il s'agit là de ce que Whithead appelle «l'intuition esthétique», qui «appréhende la forme essentielle, et donc la signification principale, tout de suite (19, cité par Langer, 1953, p. 397)

b) L'approche esthétique

Du point de vue étymologique «esthétique» vient du mot «aisthesis», gr. aisthikós, de aisthanesthai: sentir avec, être avec. (Rappelons que le contraire, l'anesthésie, signifie bien: ne pas sentir avec). Keeney (9, 10) qui est un des auteurs qui a le plus développé cette approche, parle du fait que le thérapeute affecte et est affecté par le système en thérapie. Il n'observe jamais ses clients, il observe sa relation avec des clients. Or, faire partie du système qu'on veut connaître, veut dire devenir et être ce qui doit être connu

Le propre de l'aisthesis est de reposer sur:

- une expérience partagée;
- dans un respect, qui est un ordre différent de la reconnaissance.

1. Le respect, l'amour

Dans la pièce de théâtre «Les mains sales» de J.-P. Sartre (16), il y a le dialogue suivant entre Hugo (l'homme plus jeune) et Hoederer (l'homme plus âgé):

Hugo: «Quant aux hommes, ce n'est pas ce qu'ils sont qui m'intéresse, mais ce qu'ils pourront devenir.»

Hoederer: «Et moi, je les aime pour ce qu'ils sont. Avec toutes leurs saloperies et tous leurs vices.»

Il nous semble que les mots de Hoederer traduisent une attitude essentielle du psychothérapeute: l'appréciation de la beauté d'une vie, d'un destin, d'un système humain. Et la capacité de se laisser toucher par ce qu'il appréhende.

¹ Processus de se mettre au diapason.

«Seul un moi vulnérable peut aimer son prochain» dit E. Levinas (13) (p. 145). «Vulnérable, et non pas dynamique, entreprenant ou radieux: ce n'est pas d'abord moi qui m'élançai vers l'Autre dans une impulsion généreuse; c'est l'Autre qui entrant sans frapper, dérouta mes intentions et trouble ma quiétude (...). Le prochain me concerne avant que mon cœur ou ma conscience ait pu prendre la décision de l'aimer» (6) (pp. 143-144).

Il ne s'agit pas de «prendre en charge» le système demandant, l'autre, dans un mouvement qui part de soi et va vers l'extérieur, mais d'accepter d'être dérouté, troublé, pour créer, sur cette base, une alliance humaine fondamentale, et, dans ce contexte, thérapeutique.

«Et c'est justement quant l'Autre est rapproché, débarrassé de l'exotisme qui est à la fois désamorçage, l'éloigne et le fige, que sa réalité à le pouvoir de me mettre en question (...). Tant que l'Autre est bouclé dans sa différence, j'échappe à sa prière, à son appel, à sa sommation, bref, je suis à l'abri de son altérité» (6) (p. 157).

Peut-être que les psychothérapeutes, comme les artistes, ont été particulièrement sollicités par un «autre» dans leur enfance. Ceci fait, probablement, partie de leur problématique existentielle et de leur choix professionnel. En tout cas, quand ce vécu est élaboré et non pas utilisé de façon défensive — distance d'un savoir-faire à l'autre — il est source de cette capacité à sentir avec, essentielle à la démarche psychothérapeutique.

«Sagesse de l'amour: rencontre du visage...» (6) (p. 106). L'être aimé, en effet, est en état de résurrection permanente. Je le déchiffre sans cesse, mais il sort de l'encerclement, il ne coïncide jamais parfaitement avec le discours tenu à son sujet (...). Au lieu d'être pris de haut, surplombé par un regard panoramique ou écouté avec une oreille suspicieuse, l'Autre est accueilli (...). C'est quand l'Autre est abordé de face que la pensée a une chance de s'ouvrir à une vérité nouvelle... (6) (p. 96).

Finalement, à cette «sagesse de l'amour», nous voudrions ajouter ce que Kundera (11) considère à la base de la naissance de l'art du roman: accepter la relativité et l'ambiguïté des choses humaines. Accepter toujours le doute, la difficulté de savoir ainsi que le caractère insaisissable d'une vérité. Posséder comme seule certitude la sagesse de l'incertitude.

2. Une expérience partagée

«La rencontre thérapeutique évoque et renouvelle pour le thérapeute le problème du choix entre la certitude d'un supposé savoir et le risque d'entreprendre une aventure dans laquelle il puisse se reconnaître comme sujet d'expérience (14) (p. 55). Choisir d'être sujet d'expérience implique la «capacité d'utiliser de façon intense (...) des parties différentes de soi pour entrer en relation avec l'autre (...). Par intensité, nous entendons la capacité de relier à l'autre des parties différentes de soi, sans perdre ses propres frontières, et de s'identifier à l'autre avec quelque chose de personnel et de maintenir cette relation dans le temps» (14) (p. 158).

Il s'agit donc de l'utilisation de soi du thérapeute, utilisation seulement possible quand le thérapeute est capable d'entrer en contact avec les différentes parties de soi-même.

Sartre dit: «L'être humain n'est pas Un. Chacun de nous, est une mosaïque d'éclats très différents les uns des autres» (16). Et Strindberg parle de l'être humain comme un «conglomérat de civilisations passées et actuelles, de bouts de livres et de journaux, de morceaux d'hommes, de lambeaux de vêtements de dimanche devenus haillons — l'âme est un assemblage de pièces de toutes sortes» (17).

A la base donc de cette expérience partagée, il s'agit pour le thérapeute d'être en contact avec ses différentes parties, avec ses propres expériences différentes; pouvoir les utiliser comme sources pour y puiser une connaissance esthétique de chaque situation différente. Et ceci avec le plaisir et la souffrance attachés à vivre ces différentes parties de soi.

3. Création et deuil

Parlant du processus créatif, A. Andréoli (2) (p. 217), dit: «Chemin pénible ou étonnement soudain de l'être devenu vulnérable et sensible à un nouvel ordre des choses. Pouvant finalement se saisir d'un ordre inscrit dans la nature ou ne s'empêchant plus d'apercevoir autrement la réalité telle qu'elle est reconstruite par notre capacité de la transformer, telle qu'elle revit à l'intérieur de nous, nous sommes renvoyés à cette nouvelle évidence des choses et des autres qui précipite lorsqu'on est touché et ému.»

Nous considérons le processus thérapeutique comme un processus créatif, à travers lequel une nouvelle réalité relationnelle est créée par le système thérapeutique. Ceci implique que le thérapeute, lui-même, devra faire l'expérience subjective de cette création partagée. Il devra donc aussi faire l'expérience du processus de deuil inhérent à tout processus créatif, qui commence, en fait, par la destruction de la forme, de la structure existante. Si bien cette destruction sera vécue de manière douloureuse surtout par la famille, le thérapeute, en se laissant toucher par le vécu familial, sera en contact avec ses propres expériences similaires et douloureuses. C'est par ce biais qu'il pourra accompagner la famille dans ce processus primaire de deuil pour pouvoir commencer à créer ensemble une autre structure.

Mais dans ce mouvement même de se laisser toucher, de sentir avec la famille, le thérapeute recommence un processus constant de deuil de la relation à l'autre. «Créer, c'est poser un être hors de soi, de telle façon qu'il puisse exister sans le constant soutien de son créateur» (4) (p. 181). L'expérience toujours renouvelée du processus de séparation et de deuil de l'unité fondamentale. Avec chaque famille, et à chaque séance, le thérapeute revit des nouveaux aspects de ce processus, qui est aussi *création de soi* (3) (pp. 64-66). Nous pouvons ainsi dire qu'en acceptant de prendre le risque du processus jamais achevé de la création de soi comme être séparé, le thérapeute permettra aux membres de la famille de courir ce même risque. Ils pourront ainsi sortir de la rigidité sécurisante des

liens sans temps, sans séparation. A la limite, il s'agit toujours d'arriver à accepter la mort.

4. Représentation — symbole

L'intensité de la rencontre thérapeutique nous semble avoir encore une autre base:

Ce que la famille présente au thérapeute n'est pas la réalité quotidienne mais bien une *représentation* de leur histoire et de leur système relationnel. Dans ce sens, la famille lui présente ce que nous pouvons appeler son œuvre d'art, le *symbole* de son vécu; son drame. Or, le drame (théâtre) crée ce qu'on appelle le «futur virtuel». C'est ce qui fait que l'action présente semble partie intégrale du futur, même si ce futur n'a pas encore commencé à se montrer. La raison en est que sur scène, toute pensée exprimée, tout sentiment est déterminé et détermine l'action totale dont il fait partie. C'est cette tension entre passé et futur, ce qu'on appelle «le moment présent dramatique» qui donne aux actes, situations, etc., cette intensité unique qu'on appelle «la qualité dramatique».

Lors de la rencontre thérapeutique, les membres de la famille, représentent au thérapeute leur histoire. Ils lui offre leur symbole, et c'est à ce niveau que le thérapeute devra d'abord, et surtout les rencontrer.

Rappelons le fait que «symbolon», en grec, était un anneau ou pièce de monnaie cassée en deux. Une moitié était donnée l'ami qui partait, l'autre moitié à celui qui restait. De cette manière les descendants de deux amis pouvaient reconnaître quand ils avaient rencontré un ami, si les deux parties formaient un tout.

Le symbole, donc, comme guide vers la partie manquante qui complétera la gestalt. Il a besoin de la reconnaissance et de l'apport de l'autre pour devenir symbole à part entière, et c'est exactement ça que le thérapeute est appelé à faire pour donner un sens nouveau à un vécu de non-sens de la part de la famille, et arriver à créer, ensemble, un «tout» différent.

Or, l'appréciation de la représentation dont nous parlons, l'appréciation de cet art, passe par le développement des possibilités émotives propres du thérapeute. Il ne s'agit pas d'une acceptation intellectuelle plus ou moins tolérante. Il s'agit de la capacité de vibrer en réponse à la représentation, de faire cette expérience esthétique fondamentale, dont nous avons déjà parlé dans cet article.

Cette capacité de vibrer avec, cette capacité de découvrir toujours des nouvelles cordes en soi, en étant chaque fois sujet d'une expérience nouvelle peut, naturellement, être développée. Souvent l'intuition esthétique est étouffée par une série de préjugés intellectuels et des conceptions fausses d'un savoir sensé toujours être rationnel et objectif. Nettoyer l'esprit de ces préjugés peut être le début de la formation à une connaissance d'un ordre différent.

L'entraînement artistique est, d'une certaine manière, l'éducation du sentiment, du «sentir avec». Nous pensons que la formation d'un psychothérapeute doit inclure cet entraînement artistique, qui passe aussi par une connaissance sans crainte de soi.

Ces aspects de la formation du psychothérapeute est l'objet de la seconde partie de l'article.

3. Conclusions

Le thérapeute: acteur, co-auteur d'une partie du drame familial. Dans la rencontre thérapeutique, confronté à la représentation du drame familial, quelle est l'image qui pourrait rendre compte du rôle et de la place du thérapeute? En nous inspirant de l'image donnée par Andolfi (1) du thérapeute comme metteur en scène du drame familial, et en tenant compte du rôle actif qu'il joue dans la pièce même, nous proposons l'image du thérapeute comme acteur, co-auteur d'une partie du drame familial.

Nous voudrions conclure cette première partie de notre article, en donnant quelques éléments de cette métaphore:

Strindberg (17):

«L'art du comédien n'est pas un art indépendant, il ne peut exister par lui-même et il a besoin du texte de l'auteur. Il y a des bonnes pièces qui n'ont pas besoin d'être jouées, qui ne supportent même pas d'être vues. Par contre, il en est de mauvaises qui ont besoin d'être jouées pour exister, qui sont complétées et relevées par l'art du comédien.»

«Si le travail sur la mémoire intérieure² fait défaut, il ne restera qu'une tête qui parle sur un corps sans vie. La parole n'a pas, alors, le pouvoir d'éveiller tous les courants du corps, il y manque de contact.»

Delcuvelierie:

L'art de l'acteur est définitivement situé dans l'ici et maintenant. Aucun autre art n'a aussi besoin de l'expérience directe.

Tout, pour l'acteur, doit être toujours *comme si* c'était la première fois (mémoire intérieure). Dans le moment où les choses adviennent pour la première fois, on ne les maîtrise pas. En même temps, l'acteur doit *contenir* cette expérience dans le cadre de la représentation (5).

Finalement, il y a avantage pour l'acteur à chercher son registre naturel et à le cultiver.

C. Vieytes-Schmitt
U.C.L.
Centre Chapelle-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs 30
B-1200 Bruxelles

¹ Cité par Philippe Sireuil, Théâtre Varia, 1989.

² Capacité d'entrer en contact avec des situations subjectives antérieures, similaires, et d'y puiser la compréhension émotionnelle — approche de Stanislavsky.

BIBLIOGRAPHIE

- Andolfi M. (1980): «Le thérapeute comme metteur en scène du drame familial», in: *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Gamma n° 3, pp. 55-62.
- Andreoli A. (1982): «Aux sources de l'expérience créative», in: Nicolaïdis et Schmid-Kitsikis: «*Creativité et/ou symptômes*». Clancier Guenand.
- Auchter Th. (1978): «Die Suche nach dem Vorgestern», in: *Psyche*, XXXII.
- Charlier C. (1982): *Judaïsme et altérité*. Verdier.
- Delcuvelierie (1988): «Le jardinier», in: *L'art du Théâtre*, n° 8, Ed. Actes Sud.
- Finkelkraut A. (1984): *La sagesse de l'amour*. Gallimard, Paris.
- Greenacre (1973): «The childhood of the artist», in: *The psychoanalytic study of the child*, 12, pp. 47-72.
- Greenacre Ph. (1957): *Die Suche nach dem Vater*. Fischer, pp. 65-149.
- Jaus H.R. (1978): *Pour une esthétique de la réception*. Gallimard, Paris.
- Keeney B. et Ross J. (1985): *Mind in therapy*. Basic Books, New-York.
- Keeney B. (1983): *Aesthetics of change*. Guilford Press.
- Kundera M. (1986): *L'art du roman*. Gallimard, Paris.
- Langer S.K. (1953): *Feeling and form*. Rowledge & Kegan, London.
- Levinas E. (1982): *De Dieu qui vient à l'idée*. Vrin.
- Menghi P., Giacometti K. (1987): «Du mythe de la certitude au sujet de l'expérience», in: Ackermanns A. et Andolfi M.: *La création du système thérapeutique — L'école de thérapie familiale de Rome*. Paris, ESF.
- Nibbet R.A. (1984): *La tradition sociologique*. PUF, Paris.
- Sartre J.-P. (1948): *Les mains sales*. Gallimard, Paris.
- Strindberg A.: *Théâtre cruel et théâtre mystique*. Gallimard, Paris.
- Watzlawick, Beavin et Jackson (1972): *Une logique de la communication*. Seuil, Paris.
- Whitehead A. (1927): *Symbolism, its meaning and effect*. Mc Millan.

A l'occasion du 10^e anniversaire
de la revue,
Thérapie Familiale organise

les 7^{èmes} Journées de Thérapie Familiale de Lyon

du 11 au 14 septembre 1991
à l'Université Catholique
de Lyon

Deuxième partie

DÉVELOPPEMENT DE L'UTILISATION DU SOI DU THÉRAPEUTE, UNE PHASE DE FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE

Aspects pratiques de la systémique et l'Art. L'Art de l'approche systémique

E. TILMANS-OSTYN¹

«There are two ways to approach reality and its appearances intellectually and to grasp them: we call these two ways logical thinking and psychological understanding. When we think logically we place ourselves objectively and impersonally outside the matter and ask what is the strict truth about it; when we would understand a matter psychologically, we familiarize ourselves with it and through sympathetic pursuit of its development we try to grasp it as a necessity.»

Th. Boman (2)

Résumé: Développement de l'utilisation du soi du thérapeute. Une phase de la formation en thérapie familiale. — Dans cette deuxième partie, les aspects pratiques de la formation sont développés. Les finalités et la méthodologie sont explicitées ainsi que les tâches du formateur. Comment peut-il, à travers l'analyse des images relationnelles et les vécus dans les familles d'origines, permettre aux stagiaires d'élargir leur connaissance d'eux-mêmes et des systèmes humains, tout en leur proposant un modèle de fonctionnement analogue à celui du travail comme thérapeute familial.

Summary: The use of the self of the therapist. A stage in the training of family therapy. — In this second part, practical aspects of the training are developed. We focus on the purposes and methodology as well as on the tasks of the trainer. How can he guide the trainees through the analysis of the relational images and their experiences in family of origin so that they can amplify their knowledge of themselves and of family functioning. Doing this the trainer each time proposes them a way of working similar to their functioning as family therapist.

¹ Psychologue, psychothérapeute, responsable de la formation en thérapie familiale et approche systémique, Centre Chapelle-aux-Champs, U.C.L., Bruxelles.

Introduction

Notre formation en thérapie familiale se fait en trois années. Chaque année, les participants ont un formateur différent et un superviseur qui n'est pas leur formateur de l'année.

Les groupes sont maintenus relativement constant pendant le cycle entier de formation.

Pour pouvoir accéder à cette spécialisation, les psychologues et psychiatres doivent avoir une thérapie personnelle et avoir un mandat de psychothérapeute dans leur lieu de travail.

Durant la première année de formation, nous les familiarisons à l'épistémologie systémique (108 h). Pendant la deuxième année, nous les introduisons aux différents formes du « comment faire » les interventions systémiques, spécifiques à chaque grande orientation en thérapie familiale (72 h). Parallèlement s'ajoutent pendant la seconde année 54 h de supervisions et 81 h en troisième année. Nous profitons enfin de la troisième année pour amplifier le développement de l'utilisation de soi du thérapeute comme grand axe de formation (72 h).

C'est la trame de cette dernière année de formation que nous voulons décrire dans cet article.

Progressivement, cette année de formation a pris une structure assez claire permettant un cadre dans lequel peuvent s'élaborer différents types d'expériences.

1^{er} étape: l'utilisation de l'histoire du groupe

Nous commençons l'année en divisant le groupe en sous-groupes de trois ou quatre personnes. Nous leur faisons faire l'inventaire « de ce qu'il voudrait mettre au menu de cette année de formation et ce qu'il voudrait en tout cas éviter ». Ceci va permettre au nouveau formateur, lors de la mise en commun, de s'inscrire dans l'histoire du groupe et dans l'enseignement d'expériences positives ou négatives déjà acquises.

A chaque stade de recherche du groupe, le formateur veille à mentionner les analogies avec le fonctionnement familial dans toutes ses diversités. Le formateur, dans une démarche analogue à celle du thérapeute familial, s'inscrit dans l'histoire du groupe et peut en déduire, dès le premier contact, un enseignement précieux qui guidera dans les tâches et les pièges particuliers à ce groupe (cette famille).

Il nous paraît primordial de donner à chaque membre du groupe la responsabilité de freiner et corriger l'exploration pour co-gérer le processus (E. Tilmans-Ostyn 1987) (11).

Deuxième étape: l'analyse des images

Nous demandons au groupe de se diviser à nouveau en sous-groupes de trois ou de quatre personnes « qui se connaissent le moins ». Nous leur donnons la tâche suivante: pendant cinq minutes, chaque personne se présentera à travers les ressources et handicaps qu'elle rencontre dans son travail clinique avec des familles, couples, individus. Elle décrira également les situations dans lesquelles elle se sent à l'aise ou qui la crispent, le genre de personnes, familles ou institutions auxquelles elle se sent allergique et celles avec lesquelles elle aime travailler. Dans quel type d'intervention se sent-elle déjà experte et dans quel style d'intervention se sent-elle peu expérimentée.

Pendant cette présentation brève et dense, les autres membres du sous-groupe discutent, sans se consulter, traduire cette façon de se présenter ainsi que le contenu de son image « qui colle et qui peut surprendre ». Les trois personnes prennent note de leur image. Ensuite un autre membre du sous-groupe se présente pendant cinq minutes, etc.

Cette tâche achevée, les divers sous-groupes se rassemblent, sans se communiquer leurs images. Ceci se fera en grand groupe.

Plusieurs journées de formation vont être consacrées à ce matériel. Comment créer un cadre pour nos élèves dans lequel ils peuvent découvrir l'effet mobilisateur que peut avoir l'utilisation de ces images?

Comment leur permettre d'expérimenter leur capacité de mobiliser de l'énergie psychique chez l'autre, par un biais métaphorique? Ceci sera explicité tout au long de cet article.

Les objectifs de cette première partie de formation

L'apprentissage de la pensée métaphorique, avoir plus de confiance dans son intuition et dans ses premières impressions et découvrir la force mobilisatrice de son traduire en images et les partager avec les autres (Nicolo 1986) (4).

L'effet mobilisateur sera d'autant plus grand si l'intervention marque une attitude non culpabilisante et qu'elle surprenne:

non culpabilisante, d'où l'importance de cet exercice au début du groupe pour le formateur ou au début de la relation avec une famille pour le thérapeute, car il n'y a pas encore de comptes à régler, d'émotions accumulées en coulisses ou niées;

surprenante: pour obtenir cela, il faut que l'intervention soit suffisamment proche de la façon dont l'autre s'est présenté, tout en dévoilant un aspect supposé.

Pour arriver à la traduction dans une image, il faut se permettre d'utiliser son soi, ses projections, ses idées cachées et les traduire en un autre langage qui ne définit pas mais qui suggère.

Il faut avoir un accès vécu à la différence entre une logique qui cherche à définir ce qui est, et une approche qui cherche à comprendre à travers ce qui se montre, soi-même en utilisant le reflet de ce qui a été mobilisé en nous.

Un moyen qui facilite cette compréhension est la demande du formateur de formuler à chaque fois des *hypothèses alternatives*. Cela évite de fixer les idées dans des interprétations qui définissent et expliquent à un seul niveau, et élargit vers des analyses possibles à des niveaux analogiques. Il faut en même temps arriver à conceptualiser et formuler les fonctions possibles d'un comportement en question dans une *dialectique* continue: miroiter avec les opposés d'une même dynamique relationnelle: un comportement peut avoir une fonction tant défensive qu'agressive, être porteur de tendresse ou insultant, etc.

L'organisation et la méthodologie

Voici l'organisation que le formateur donne au groupe:
En présence de tous les autres, un sous-groupe de trois ou quatre personnes (P, Q, R et S, groupe II) va avoir la responsabilité de questionner les différentes images construites par B, C et D sur leur perception de A (A, B, C et D formant le groupe I).

Une personne volontaire (P) va diriger l'exploration des images de la personne (A) «qu'elle désire mieux connaître».
P devra le faire en trois étapes:

1. aller le plus loin possible dans l'exploration de l'image d'un membre (A) du sous-groupe I;
2. questionner B sur son désir de changement pour son image concernant A: «Si tu avais une baguette magique, qu'est-ce que tu souhaiterais comme bon changement à ton image concernant A»;
3. questionner sur les pièges, les risques de ce changement: la logique de ces deux dernières questions consiste à permettre à tous les membres du groupe de découvrir à chaque fois, les bonnes raisons que les gens peuvent avoir pour ne pas changer. En effet, ils sont invités à explorer qu'il ne s'agit pas d'un «ne pas savoir» mais d'un «ne pas pouvoir» ou «ne pas vouloir», compte tenu des risques de ce changement.

Alors que P dirige l'exploration des différentes images de B, C et D concernant A, les deux ou trois autres membres de son sous-groupe reçoivent des tâches différentes:

- Q est choisi comme co-explorateur des images par P.
- R analyse le processus de l'exploration et de la co-animation.
- Avant que P ne commence son exploration, S, choisit entre deux tâches et accomplit l'une d'elles:

soit il construit différentes hypothèses sur une famille d'origine possible pour A, dans laquelle il intègre les renseignements récoltés lors de l'exploration par P des images de B, C et D;

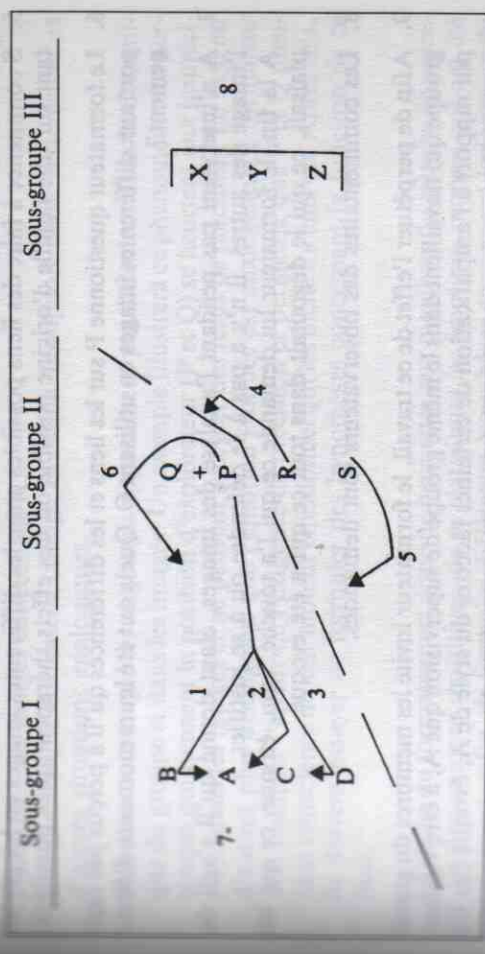
soit il construit différentes hypothèses sur l'effet probable sur différents genres de pathologie et de fonctionnement familial d'un thérapeute qui évoque des images pareilles pour A.

Si A évoque de telles images chez B, C et D, il évoquera chez d'autres personnes les mêmes images.

Alors, avec quelle personne pourrait-il s'accorder? Quel type de fonctionnement risquerait-il de ne pas pouvoir gérer ou de ne pouvoir changer, vu les similitudes avec l'évocation de son propre fonctionnement?

Afin de permettre une meilleure compréhension de ce qui a été décrit et des étapes suivantes, voici un schéma:

Les différentes étapes dans l'exploration



Les rôles

P se présente comme volontaire pour diriger l'exploration et choisit dans un autre sous-groupe, la personne qu'il aimerait mieux connaître: A.

P désigne son co-explorateur: Q.

Le formateur donne deux tâches différentes à R et S.

R, dans le rôle du superviseur, observe le processus de l'exploration par P et de la co-exploration par P et Q.

S, dans une perspective de synthèse, élabore des hypothèses concernant la dynamique de la famille d'origine dans lesquelles peuvent cadrer les éléments des différentes images ou des hypothèses concernant les effets d'un thérapeute qui évoque de telles images, chez des clients potentiels.

La procédure

1. P et Q questionnent les images de B concernant A selon les 3 étapes décrites plus haut, suivis des commentaires de R.
2. P et Q questionnent les images de C concernant A selon les 3 étapes décrites plus haut, suivis des commentaires de R.
3. P et Q questionnent les images de D concernant A selon les trois étapes décrites plus haut, suivis des commentaires de R.
4. R, comme superviseur, commente le processus de l'exploration.
5. S commence à faire des liens possibles entre les différentes images en les projetant sur une famille d'origine possible ou des effets thérapeutiques possibles.
6. Le formateur questionne P sur les liens et les différences qu'il a perçus par rapport aux différentes images en utilisant Q. Quels ont été leurs moments d'étonnement ?
7. A n'intervient pas pendant l'analyse des images, étant donné qu'il s'agit de l'image des autres, il n'y a pas à se défendre ou à se justifier. A la fin, le formateur lui demande ce qui l'a touché, ému, étonné, ce qui lui plaisait, ce qui le dégoutait dans tout ce qui a été évoqué.
8. Les commentaires des observateurs sont demandés.
9. Afin de perpétuer l'effet de ce travail, le formateur invite les membres du grand groupe qui travaillent dans le même groupe de supervision que A, à être vigilant par rapport à l'amplification de certaines facettes du style de A, évoqué par les images. Dans ce but nous positionnons deux membres du groupe de supervision en perspectives dialectiques : soutenir la possibilité de changement — freiner et indiquer les pièges du changement.

X, Y, Z, sous-groupe III, restent observateurs et deviendront plus actifs lors de l'approfondissement des images d'un autre membre. A devra choisir une personne du groupe X, Y, Z pour qu'à son tour, il puisse diriger l'exploration des images. Ceci doit permettre à A de se distancier des émotions concernant le travail précédent. A ce moment, B, C et D deviennent ses co-équipiers pour les différentes tâches et P, Q, R et S restent en position d'observateurs.

Thèmes du formateur pendant toute l'élaboration

Le formateur, de son côté, veille à maintenir le cadre et à faire respecter les différentes étapes de l'exploration; il doit régulièrement éviter des glissements. Nous en donnons quelques exemples :

- Au premier abord, les membres du groupe cherchent à vérifier les images: «Qu'est-ce qui t'a fait penser à cela?», cherchant toujours le correspondant au niveau de ce que A pourrait «être». L'espace intermédiaire créé par l'exploration de l'image risque d'être détruite par les réponses à ces questions.
- Souvent aussi, ils ne se permettent pas d'explorer certaines facettes des images ou restent trop statiques dans leur exploration, sans introduire de mouvement.
- Une autre situation se présente fréquemment: P et Q explorent l'image de D concernant A. D donne une succession de trois images qui lui ont été suggérées par A. Il arrive que P et Q se concentrent uniquement sur *une* image et oublient de travailler le particulier de la succession des trois images. En plus, lors de la demande de changement souhaité, P et Q vont préciser un changement concernant de nouveau une seule image et non poser une question suffisamment large qui permette à D de définir lui-même à quel niveau il souhaiterait un changement dans ses images concernant A.
- Chaque fois, le formateur corrige et établit le rapport entre cette erreur et d'autres situations analogiques.
- Il arrive souvent que les angoisses apparaissent parallèlement dans la dynamique du groupe et dans les images. Un exemple illustrera ce phénomène: les personnes qui tiennent la position d'explorateur (P et Q) se heurtent aux imprécisions dans les images et ne peuvent accepter des refus de précision. Le flou est d'autant plus dérangeant que l'émotion évoquée est anxiogène. Le formateur doit indiquer l'erreur de l'exigence de précision et permettre que P et Q prennent conscience de leur moteur émotionnel qui les incite à s'énerver. Après cela, ils doivent essayer de formuler des hypothèses concernant la fonction de ce flou.
- La tâche du formateur est donc de permettre aux membres du groupe de percevoir les dynamiques répétitives, de se réattribuer les émotions propres qui ont été mobilisées et enfin, de formuler différentes hypothèses concernant la fonction du comportement et la réaction provoquée.
- Un autre type de dynamique de groupe est le frein qu'un membre du groupe s'impose. Un événement choc, d'expressions émotionnelles inattendues par l'explorateur, où il prend conscience de la possibilité de réagir sous l'emprise de ses projections et il refoule l'ensemble. Les autres membres du groupe ne corrigent pas cette réaction.
- Par exemple, P, questionne l'image de C concernant A. Q, comme co-explorateur, s'énerve parce que P reste trop à la surface de l'analyse. P passe à une autre facette de l'image. R, dans son rôle de superviseur, n'intervient pas.

Le formateur demande à R son analyse de la séquence précédente et remarque sa non-intervention. Il incite R à questionner P sur ses émotions suite à l'intervention de Q. P dit se sentir mal à l'aise, impressionné par une charge agressive dans l'intervention de Q.

Alors, qu'est-ce qui peut permettre à P d'utiliser son malaise au lieu de le taire. Qu'est-ce qu'il appréhende s'il utilise son malaise dans sa relation avec Q. Qu'est-ce qui a provoqué l'impatience chez Q par rapport à l'image de C concernant A. Le formateur souligne, en élargissant à des situations de co-thérapie, les alternatives dans l'utilisation de ce malaise et de cette agressivité, quitte à passer par l'élaboration d'expériences négatives dans le vécu familial de Q, R ou S, dans l'expression des sentiments jugés négatifs.

Le formateur pointe alors que la règle implicite du groupe semble être la défense de projections et non l'apprentissage de l'utilisation du matériel projectif permettant la différenciation entre ce qui est à soi et ce qui peut être aussi à l'autre, garantie d'une élaboration mutuelle.

Souvent la règle implicite est que tout type de projection est à jeter à la poubelle avant même d'être énoncé. Par contre, le jeu avec le matériel projectif permet de découvrir l'utilité du matériel projectif lorsqu'il n'est pas imposé à l'autre comme une vérité. Les images sont en effet un mélange de ce qui a été évoqué par aurui, de ce que cela a mobilisé en soi et de ce que l'on y projette à travers le choix de l'image (Winnicott, Wangh) (13, 12).

Le but est d'apprendre la façon d'utiliser ce matériel, qui vient à la conscience intuitivement et sensitivement, sans le détruire d'avance parce que supposé non-contrôlable.

Ceci est par excellence l'utilisation du soi du thérapeute.

L'explication de la méthodologie de cette étape de la formation nous semble primordiale, car elle nous indique comment créer le cadre qui permettra le jeu et l'apprentissage. En effet, il ne s'agit pas de la stimulation de l'émotion pour l'émotion, mais de mettre nos stagiaires dans des positions analogues à celles de leur travail: position de thérapeute, co-thérapeute, observateur. Il s'agit de les obliger à construire des hypothèses sur des dynamiques de familles d'origine, partant de données d'information minimale et de faire des hypothèses sur ce que certains comportements peuvent provoquer chez d'autres (faire la différence entre le vécu intra-psychique et les dynamiques relationnelles) (G. Prata et C. Raffin, 1989) (10).

L'art du formateur se manifestera dans ce cadre de jeu. Son rappel aux règles du jeu permettra de progresser avec la garantie qu'il n'y aura pas d'arbitraire, pas de débordements.

Mobiliser les projections identificatoires, comme ceci est conceptualisé en épistémologie psychanalytique, nécessite une attitude de réception de contenant et de pensées de la part du formateur pour que le stagiaire, à son tour, puisse apprendre à expérimenter avec cet état de «réverie» (Bion dans: O'shaughnessy) (5).

Troisième étape: le travail sur la famille d'origine

Ici, le formateur investit le travail sur certains aspects de la famille d'origine du thérapeute. Quelles sont les ressources et les handicaps du thérapeute en fonc-

tion de sa position et de ses vécus dans sa famille d'origine? Quel apprentissage peut-il faire des expériences gardées à un niveau pré-conscient dans sa famille d'origine?

Comme M. Bowen, nous refusons de travailler sur la famille actuelle du thérapeute (Anonymous, 1972) (1). Si un membre du groupe juge important de parler de sa famille actuelle, il peut le faire mais nous ne l'approfondirons jamais dans le groupe. En permettant l'analyse de la famille actuelle nous ne donnons pas la distance nécessaire pour expérimenter avec des alternatives. Par contre, l'expérience de pouvoir se différencier autrement par rapport à sa famille d'origine laisse toute porte ouverte pour qu'en découlent des corollaires dans la famille actuelle. Cette découverte peut se faire hors contrôle du groupe, comme s'il s'agissait d'un animal dans «son jardin secret» (F. Burnett) (3).

Comme dans la première étape du groupe de formation, le formateur doit éviter d'être placé par le groupe dans la fonction de thérapeute. Le but n'est pas de résoudre des problèmes, émotions, blocages personnels des membres du groupe. Il s'agit de leur permettre de se réapproprier certaines nouvelles expériences qui désorganisent leurs alternatives de perceptions et d'interventions dans leur travail clinique.

Pour obtenir cela, le formateur ne se place jamais comme explorateur premier. Il fixe le cadre, supervise le travail des autres membres du groupe. Il suggère des alternatives, utilise leur façon de fonctionner pour métacommuniquer sur leur style, tout en amplifiant chaque fois paradoxalement les limites si leur style reste rigide.

Dans cette séquence, un volontaire (A) peut se présenter pour travailler une facette de sa famille d'origine. Avant de s'avancer dans du contenu, il doit désigner le membre du groupe (B) à qui il voudrait demander de diriger l'exploration de sa position et de ses expériences dans sa famille d'origine. Si B accepte, ce dernier se choisit un co-explorateur. Si B hésite, le formateur demande à un autre membre du groupe d'approfondir ce que nous pourrions apprendre de son hésitation concernant les pièges possibles dans leur relation (A + B).

Une fois le problème évoqué dans ses grandes lignes, le formateur demande à A de désigner les membres du groupe qui pourraient jouer le rôle des personnes de sa famille d'origine. La désignation des rôles se fait très vite car cela permet aux membres du groupe de s'activer et de capter l'information dans une perspective claire. Ils peuvent entrer plus facilement dans leur rôle s'ils sont prévenus dès le début.

Ensuite, le formateur invite les explorateurs à ne pas se laisser submerger par de l'information venant du protagoniste mais de traduire très vite les expériences en un sculpting familial (P. Papp) (6, 7, 8, 9).

Ici encore, le piège serait de laisser venir toute l'information du protagoniste sans tirer profit de la capacité de chaque membre du groupe d'entrer dans un rôle et d'en jouer certaines facettes sans en connaître le script exact. Le protagoniste indiquera en temps opportun les déformations.

En effet, l'expérience sera d'autant plus mobilisante si les explorateurs ne se laissent pas définir par le protagoniste mais utilisent les autres membres du groupe dans leur capacité d'empathie et d'intuition de la singularité des rôles qu'ils doivent rendre présents.

Le formateur intervient ici aussi en qualité de superviseur, indiquant aux explorateurs les trous noirs, les zones obscures qu'ils perdent de vue.

Voici quelques exemples :

Les explorateurs se laissent souvent engluer dans des données concernant la famille d'origine, sans élargir vers la dynamique transgénérationnelle. Le protagoniste fait démarrer son information partant de ses parents comme s'ils étaient des innovateurs partant avec des feuilles blanches; le pouvoir implicite des grands-parents, les mythes familiaux transmis de génération en génération ne sont pas questionnés ni provoqués.

Les explorateurs ont souvent tendance à passer d'abord par le protagoniste. Ils ne questionnent pas le supposé des autres membres du groupe qui assument un rôle, quitte à utiliser *après cela* les corrections du protagoniste.

Une fois que le formateur a suffisamment corrigé cette tendance non-circulaire de l'exploration, les membres du groupe peuvent découvrir leurs capacités d'intuition, de connaissance implicite de différents types de fonctionnement familial. Cette découverte les aidera à s'utiliser plus comme thérapeute. Dans ce but, nous les invitons à avancer des hypothèses concernant le fonctionnement familial transgénérationnel dans une analyse diachronique, et le fonctionnement structurel dans sur ces deux axes, en les projetant dans l'avenir (par exemple, les risques du changement) ou dans leur cohérence interne mais non avouée (par exemple, les liens possibles entre différents niveaux d'analyse). Ceci doit leur permettre de découvrir la force de « précéder tout en suivant », plutôt que de toujours suivre, c'est-à-dire de dépendre de toujours plus d'informations qui sont seulement reflétées. Une fois de plus, on soulignera la valeur d'utiliser ses projections tout en les questionnant. Utiliser son soi pour trianguler et permettre une différenciation plus fine, plus provocatrice d'étonnement.

Comme plusieurs membres du groupe présenteront certaines facettes de leur famille d'origine et choisiront des moments clés différents, les autres membres du groupe pourront participer à l'exploration de dynamiques familiales très différentes, et de divers stades de vie familiale et avec leur cortège d'implications.

Le formateur pourra pointer chez le protagoniste certaines dynamiques cachées de la logique interne avec le fonctionnement de sa famille d'origine. Ceci permettra aux membres du groupe de sa familiariser avec les nécessités interne des familles, la sur-détermination de certains comportements, de le découvrir en le vivant de l'intérieur d'une position assumée comme membre de la famille. Les membres du groupe vont donc découvrir de façon intensive les logiques internes de fonctionnement familial (to grasp it in its necessity - Boman 1960).

Le formateur pourra relever en plus les particularités du style d'intervention que développe la personne qui dirige l'exploration et l'élargir vers les effets possibles s'il les applique comme stratégie dans des thérapies familiales.

Ici, les liens avec la première partie de la formation peuvent être très révélateurs.

Cet article vise à mettre en évidence la trame de base de la troisième année où l'exploration du soi du thérapeute est mobilisée au maximum à travers l'analyse des thèmes, reproductions de facettes de perceptions par certains membres du groupe, et l'analyse de certains aspects de la famille d'origine des membres du groupe. Lorsque le formateur n'assume par le rôle d'explorateur, il évite le piège d'en faire un groupe thérapeutique plus que didactique. Il y gagne également de pouvoir rester en position méta, à l'écoute des règles du groupe et de permettre la découverte de la force de la fratrie dans le groupe et la façon d'utiliser au maximum ces ressources latérales dans les familles (E. Tilmans-Ostyn).

Le feed-back du groupe s'effectuera autant dans la reconnaissance vis-à-vis du formateur que dans la valorisation importante des autres membres du groupe et de leurs apports singuliers.

Ce travail s'effectue depuis bientôt dix ans et à chaque fois, c'est une nouvelle aventure, pleine d'imprévus et de possibilités d'interventions créatives. Les élèves, sachant que les familles, peuvent surprendre le formateur et lui permettre un processus d'enseignement permanent.

E. Tilmans-Ostyn
U.C.L.

Centre Chapelle-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs 30
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Anonymous (1972): «Toward the differentiation of a Self in One's Own Family», in: Framo J.L. (Ed.), *Family Interaction: a dialogue between family researchers and family therapists*, Springer N.Y., pp. 111-173.
2. Boman Th. (1960): *Hebrew Thought Compared with Greek*. Norton & Co, N.Y. et London, p. 163.
3. Burnett F.H.: *Le jardin secret*, G.P. Rouge et Or, Coll. Souveraine, trad. de «The secret garden».
4. Nicolo A.M. (1980): «L'emploi de la métaphore en thérapie familiale», in: *Thérapie familiale*, vol 1, n° 4, pp. 301-324.
5. O'Shaughnessy E. (1981): «A commemorative essay on W.R. Bion's theory on thinking», in: *Journal of Child Psychotherapy*, 7, 2, pp. 181-190.
6. Papp P., Silverstein O. et Cartier C. (1973): «Family Sculpting in preventive work with well families», in: *Family Process*, 12.
7. Papp P. (1981): *The process of change*. Guildford Press, N.Y.
8. Papp P. (1973): «Sculpting the family», *The Family*, 1, 44-48. New Rochelle, N.Y.
9. Papp P. (1983): «The use of fantasy in a couples group», in: *Dimensions of Family Therapy*, Andolfi M. & Zweling J., (eds), The Guildford Press, N.Y., pp. 73-91.
10. Prata G. et Raffin C. (1989): «Setting didactique et setting thérapeutique, Notes pour une réflexion», in: *Thérapie familiale*, vol. 10, pp. 191-203.

L'ÉNURÉSIE: DÉFINITIONS ET APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DIVERSES ET REDONDANCE

M. SACRÉ*

Résumé: *L'énurésie: Définitions et approches thérapeutiques, diversité et redondance.* — La première partie de ce texte est une revue de la littérature de différentes définitions et approches thérapeutiques de l'énurésie et plus particulièrement dans le champ systémique (approches communicationnelle, stratégique et structurale). Dans la seconde partie du texte, une recherche personnelle présente plusieurs familles avec de l'énurésie en termes de patterns relationnels et de processus de changement. Toutes les approches thérapeutiques efficaces se focalisent sur le symptôme, au moins au début du traitement, et utilisent un langage qui parle au corps. Le but principal de l'auteur est un essai d'extraire l'enfant de la pression paradoxale intense dont l'énurésie est le symptôme.

Summary: *Enuresis: Definition and therapeutic approaches. Diversity and redundancy.* — The first part of this paper is a review of the literature of different definitions and therapeutic approaches of enuresis, particularly in the systemic field (communication, strategic and structural approaches). In the second part of the text, a personal research presents several families presenting enuresis in terms of relational patterns and changing process. All effective therapeutic approaches focalize up on the symptom, at least at the beginning of the treatment, and make use of a language that speaks to the body. The author's main purpose is an attempt to release the child from the intense paradoxal pressure of which enuresis is the symptom.

Mots-clés: Enuresis — Approches systémiques focalisées sur le symptôme — Pression paradoxale.
Key words: Enuresis — Systemic approaches focalizing on the symptom — Paradoxal pressure.

Quelques mots en guise de préambule sur la toile de fond dans laquelle s'inscrit ce texte.

Ma pratique clinique s'est appuyée au départ sur une épistémologie psychanalytique — psychanalyse d'adultes et psychothérapie d'enfants — et s'est orientée, il y a près de huit ans, vers une épistémologie systémique.

C'est en thérapie familiale essentiellement que j'ai récolté un matériel clinique très abondant sur l'énurésie. Ceci mérite un mot d'explication: j'avais été amenée à faire une conférence sur l'énurésie, devant un public de parents. *Vu a posteriori*,

* Psychologue chargée de clinique et de formation en thérapie familiale et intervention systémique en Centre Chappelle-aux-Champs, département enfants et familles.

11. Tilman Ostyn (1987): «Création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande». *Thérapie familiale*, vol. 8, n° 3, pp. 229-246.
12. Wangh M. (1962): «The evocation of a proxy. A psychological manoeuvre, its use as a defense, its purpose and Genesis», in: *Psychoanalytique Study of the Child*, XII, pp. 451-469.
13. Winnicott O.W. (1971): *Playing and reality*. Penguin Books.

ce texte m'apparaît comme ayant exercé une forte pression; il dramatisait les conséquences, pour l'enfant, d'une énurésie qui s'éternise et présentait un modèle thérapeutique systémico-comportementaliste, renvoyait l'image d'un thérapeute «spécialiste» du problème, prêt à agir sur le symptôme (18). Actuellement, ce texte m'apparaît simpliste. Il m'a valu une avalanche de consultations avec une majorité de grands enfants et adolescents, des familles avec plusieurs enfants énurétiques, certains où les parents eux-mêmes l'avaient été ou l'étaient encore! J'avais bien entendu reçu la monnaie de ma pièce; ma situation s'avéra rapidement très incomfortable mais fertile en (r)enseignements.

Je me propose dans un premier temps de revoir dans la littérature, diverses définitions et approches de l'énurésie. J'envisagerai le champ linguistique, le champ behavioriste, le champ psychanalyste et plus longuement le champ systémique dans ses trois approches, communicationnelle, stratégique et structurale.

Ensuite, je situerai ma recherche personnelle et tenterai une synthèse en guise de conclusion.

1. Définitions et approches thérapeutiques de l'énurésie

Dans le champ linguistique (17): historique de la représentation de l'acte

Enurésie est un terme médical relativement récent (1808) qui étymologiquement signifie «uriner dans». La définition qui est donnée dans le dictionnaire Robert est la suivante: émission involontaire d'urine dans les vêtements ou dans le lit, sans qu'il y ait une cause organique repérable. Lorsqu'une cause organique a été prouvée, on emploie le terme d'incontinence.

Si le mot «énurésie» a été créé dans un cadre médical, il n'en est pas de même du mot «incontinence». Celui-ci est déjà utilisé au XII^e siècle dans deux sens différents: absence de retenue à l'égard des plaisirs de la chair et absence de retenue en matière de langage, incontinence verbale.

Le mot incontinence est employé médicalement à partir de 1752, à propos de l'émission involontaire de matières fécales et d'urine, et plus spécialement d'incontinence d'urine; la définition ne se distingue pas alors de celle que l'on donne actuellement de l'énurésie. Si le mot énurésie évoque l'acte d'uriner, le mot incontinence évoque le manque de contrôle de retenue.

Il est intéressant de constater qu'il a d'abord été utilisé à propos de la fonction génitale et beaucoup plus tard, à propos de la fonction urinaire. Cette superposition de sens est intéressante et reflète la confusion fréquente au niveau fantasmatique entre les fonctions génitale et urinaire. Ceci étaye certaines hypothèses psychodynamiques sur le sens de l'énurésie, sa dimension métaphorique. Dans le courant systémique, une telle hypothèse va conditionner en grande partie les interventions thérapeutiques, de Cloé Madanes (12). J'en reparlerai plus loin.

Incontinence sexuelle, incontinence verbale: parler à «jets» continus, incontinence urinaire, ont en commun une difficulté à différer l'acte, la satisfaction de l'ouverture et la fermeture.

Si «énurésie» (uriner dans) met plus l'accent sur la dimension spatiale, «incontinence» le met davantage sur la dimension temporelle. Ces deux dimensions se retrouvent dans une expression usuelle sur le besoin d'uriner «je suis pressé». Si nous retournons au dictionnaire, le premier sens évoqué (sens concret) du mot «presser» est: serrer de manière à extraire le liquide. Comment ne pas faire le lien avec le mouvement de vidange de la vessie et avec la force de pression qui s'y exerce. Dans un deuxième sens (figuré), être pressé évoque l'urgence, la nécessité de se hâter (justement ce qui se produit lorsque le besoin d'uriner devient impératif).

L'éducation du contrôle urinaire tend à faire respecter la règle: «Tu ne pisseras pas n'importe où, n'importe quand.»

A noter que la plupart des mammifères n'urinent pas à l'endroit où ils dorment et l'énurésie des humains apparaît donc comme un phénomène étonnant et incongru.

Dans le champ behavioriste

L'énurésie ou le conditionnement manqué. Une telle définition s'étaye sur le savoir médical et les théories de l'apprentissage. Pour rappel: le simple réflexe de vidange de la vessie lorsque celle-ci est distendue, grâce à l'ouverture du sphincter, doit, sous la «pression» des exigences éducatives, se transformer en acte volontaire de contraction du sphincter, si le lieu et le temps ne se prêtent pas à l'évacuation. Le corps est amené à faire le contraire de ce qui amènerait un soulagement immédiat de la tension. Cet acte devient automatique de telle sorte que le réflexe de contraction du sphincter se produit même dans le sommeil, lorsque l'état de vigilance est réduit, sauf en cas d'énurésie nocturne.

La réponse thérapeutique focalisée sur le symptôme vise à la rééducation du contrôle vésical et comporte l'arsenal bien connu de techniques éducatives dont celle considérée comme la plus efficace: «l'appareil de conditionnement pour le traitement de l'énurésie» (5). Sans entrer dans les détails, rappelons-en le principe: l'émission d'une goutte d'urine déclenche une sonnerie qui réveille l'enfant, lequel apprend à freiner sa miction et aller la poursuivre aux toilettes. L'article rappelle tout de même que le succès va dépendre de la motivation des parents et de l'enfant et de leur persévérance, deux ingrédients qui ne sont pas des moindres!

Beaucoup de psy font des commentaires horrifiés sur ce procédé, tel celui-ci: «Ce procédé apparaît cependant assez barbare. Dans des rapports sado-masochistes, cela peut servir, mais ce n'est pas l'apanage d'une pratique de psychologue sérieux» (10).

Cette affirmation me semble peu nuancée et fortement imprégnée de fantasmes et de plus, le pas est vite franchi d'en culpabiliser les familles qui en ont tenté l'expérience.

Si un tel procédé est préjudiciable lorsqu'il est imposé à de jeunes enfants sans aucune préparation, et cela existe, je pense d'autre part à ces enfants qui, au bout de quelques jours d'utilisation, ronflaient de plus belle malgré la sonnerie stridente de l'appareil alors que toute la famille était réveillée. Je pense aussi à des enfants qui avaient entendu parler de l'appareil et supplié leurs parents de pouvoir l'utiliser

alors que ceux-ci, plus que réticents, se fantasmaient comme des bourreaux. Il m'est arrivé plusieurs fois dans une thérapie familiale, d'encourager le projet «pipi stop» amené par la famille. Ceci dans le cas où l'enfant est arrivé au stade d'une demande de changement claire et forte, soutenue concrètement par des parents qui se sont mis d'accord sur l'utilisation de l'appareil, sont prêts à se réveiller et à encourager l'enfant en pleine nuit, malgré l'inconfort que cela comporte et ce pendant une période prolongée. Ceci est généralement le fruit de négociations structurantes et bénéfiques et amène un progrès rapide et donc encourageant en cas d'énurésie primaire massive et sans rémission jusque-là. Généralement à ce stade de la thérapie, l'ambiance de la famille est plus sereine et la pression exercée sur l'enfant, moins forte.

Comme dirait Haley (8) : la résolution du symptôme-modifie «les patterns répétitifs d'interactions» et permet un changement systémique. Je n'en dirai pas tant d'une «technique» utilisée spontanément dans beaucoup de familles : celle du lever à heure fixe d'un grand enfant profondément endormi, par un parent qui établit un contact corporel chaleureux fusionnel, sans qu'il y ait l'ombre de participation consciente de l'enfant (comme lorsqu'il était petit, à l'époque de l'éducation à la propreté). L'impact de changement en est nul. Ce type de «solution» participe généralement de la genèse du problème et tend à le perpétuer ; c'est le type même de changement 1 : un peu plus de la même chose (20).

A une certaine période, je définissais volontiers mon modèle thérapeutique comme systémico-comportementaliste. Je ne le ferais plus maintenant et m'en expliquerai plus loin.

Le champ psychanalytique : ou le symptôme comme solution de compromis

Comme Freud le souligne (11) : «Les deux forces (désir inconscient et exigences défensives) se concilient par le compromis que représente la formation du symptôme, c'est ce qui explique sa capacité de résistance. Dans certains symptômes, l'aspect désir inconscient prédomine, dans d'autres, l'aspect défensif est plus marqué.

Dans le premier cas, le symptôme sera une formation substitutive, à la fois économique et symbolique (dimension métaphorique du symptôme).

Dans ce cadre conceptuel, la réponse thérapeutique exclut d'entrée de jeu toute polarisation sur le symptôme dont la guérison ne peut que survenir «de surcroît». En effet, le ressort thérapeutique s'étaye sur le principe de l'association libre et sur le processus de perlaboration, travail psychique qui permet au sujet d'accepter certains éléments refoulés et de se dégager de l'emprise des mécanismes répétitifs.

Si, bien entendu, la psychothérapie analytique d'un enfant est à bien des égards différente de la cure psychanalytique des adultes, elle respecte en tous les cas le principe de non focalisation sur le symptôme.

J'ai mené autrefois une telle psychothérapie avec un enfant énurétique, psychothérapie qui s'est révélée globalement bénéfique, mais n'a pas débouché sur la guérison du symptôme.

J' imagine n'être pas la seule dans ce cas lorsque je lis ce texte à première vue surprenant, relatant une expérience conjointe de psychothérapie analytique et de cure thermique fortement soutenue par des techniques behavioristes.

Voici en bref les propos de Perez S., la psychothérapeute (15) : «Si l'énurésie n'a pas été notre principale préoccupation, la souffrance de X l'a été. Ensemble, nous avons pu la «mettre en mots», la rendre représentable et plus supportable économiquement. De cette manière, le symptôme a été parlé et s'est inscrit dans la dynamique de l'enfant. Suite au séjour en cure thermique, le symptôme a disparu de façon spectaculaire, le traitement ayant porté essentiellement sur le corps.»

La psychothérapeute n'a pas été ici l'instigatrice de la cure thermique, mais elle a eu l'honnêteté d'en reconnaître les bienfaits.

Quelques mots sur les séjours de cure thermique soignant l'énurésie (16) (3). Il s'agit d'eaux thermales salées dont la renommée curative est ancienne. A cette action de type médical s'ajoute une rupture du milieu de vie habituel de l'enfant qui fait un séjour de six semaines minimum dans une institution spécialisée, sans retour en famille. L'enfant et les parents sont bien sûr d'accord pour le séjour qui ne se décide pas dans un contexte de punition. L'institution table sur la qualité des interrelations dans le groupe des enfants et de ceux-ci avec les animateurs. Le traitement repose sur des exercices fonctionnels variés et quotidiens visant à l'acquisition du contrôle vésical, vécu comme un grand jeu. Ce jeu est rendu possible par le groupe, d'autant plus qu'il a une réalité temporaire en dehors de la vie de tous les jours. Ce jeu est plus difficile en famille où l'enjeu est trop important, alors que dans une collectivité d'enfants, présentant tous le même symptôme, celui-ci est dédramatisé, ce qui permet au jeu son existence.

Focalisation extrême sur le symptôme au niveau corporel, dans un espace à la fois d'autonomisation et de relations, hors des pressions d'un milieu familial qui a accepté le changement, sont les ressorts thérapeutiques de cette solution originale dont on peut dire qu'elle n'a pas lésiné sur les moyens. Mais que cette diversion nous ramène au champ psychanalytique et au langage métaphorique du symptôme, comme peut l'évoquer ce texte poétique (2) : «L'enfant se mouille consciencieusement, chaudement, tranquillement, en douceur, trempant délicieusement dans le petit bain tiède que retient l'alèse. Cette sensation de délices fait que l'enfant se cramponne au sommeil et se maintient dans une régression passagère quasi fœtale, comme s'il baignait dans le liquide amniotique maternel. C'est peut-être en raison de ce bénéfice de la régression que l'enfant refuse de prendre en compte le message venant de sa vessie.»

Une interprétation parmi d'autres.

En voici une autre, proche de la précédente, énoncée par F. Dolto (6) : «L'enfant inquiet ou angoissé a besoin d'eau; or la manière la plus immédiate de produire de l'eau, c'est d'uriner dans le lit.» S'y ajoute le conseil de mettre un verre d'eau sur la table de nuit et de laisser l'enfant boire normalement le soir. Quel beau recadrage avec prescription du symptôme!

Si dans l'énurésie, la dimension pulsionnelle semble nettement l'emporter sur les exigences du Surmoi, le plaisir cependant se paie d'une bonne quantité de déplaisir qui ne fait que s'accroître avec l'âge (inondation, froid, odeurs, mécontentement perçu du côté des adultes, honte, etc.). Il s'agit donc bien d'un équilibre,

d'une solution de compromis avec tout ce que cela comporte de cristallisation, fixation, stéréotypie.

Le champ systémique

Abordons maintenant définitions du symptôme et réponses thérapeutiques dans les trois courants communicationnel, stratégique et structural, à l'aide de textes qui se réfèrent explicitement aux troubles sphinctériens.

Milton H. Erickson et la communication hypnotique indirecte, précurseur et inspirateur de l'approche communicationnelle et des autres grands mouvements de thérapie familiale, écrit dans l'avant propos de «Changement» (20): «J'ai considéré une grande partie de mon activité thérapeutique comme une façon de faciliter l'apparition des courants de changement qui tourbillonnaient dans le patient et à l'intérieur de sa famille. Il s'agit de courants qui ont besoin d'un geste thérapeutique que 'inattendu', 'illogique' et 'soudain' pour émerger.»

Dans cette approche, la réponse thérapeutique est définie comme un acte de communication stimulant la tendance au changement. «Il ne suffit pas de faire des hypothèses brillantes, mais souvent invérifiables, sur la cause d'un symptôme, sur sa fonction ou son sens supposé, encore faut-il communiquer d'une manière qui aide la personne à changer» (21).

Un texte d'Erickson, écrit en 1954, sur «une thérapie hypnotique indirecte d'un couple qui mouille le lit» (7) illustre ce propos d'une façon «étonnante».

Il s'agit d'un jeune couple, marié depuis un an, dont les deux époux souffrent d'énurésie primaire. Ils n'en n'ont jamais parlé avant le mariage et dès la nuit de noces, c'est l'inondation quotidienne. Chacun d'eux pense être le seul coupable et est ému que l'autre ne fasse pas de remarques. Ils font comme si de rien n'était, gardant un silence absolu là-dessus, jusque peu de temps avant la consultation où tout à coup, par le biais d'une remarque humoristique de l'un des deux, la loi du silence est rompue.

On voit donc là un premier courant de changement qui va susciter la demande de consultation. Nous allons voir Erickson, au cours de cette séance, exercer une pression communicationnelle extraordinairement forte. Il y a la pression, avant même de commencer, de sa réputation d'hypnotiseur et, comme il s'agit de jeunes avec des moyens financiers réduits, ils paieront le traitement seulement si celui-ci échoue, le traitement étant alors considéré comme faisant partie d'une recherche expérimentale.

Il leur est demandé une obéissance absolue et sans question à la prescription qui leur est communiquée et il leur est interdit d'en parler entre eux.

Voici cette prescription:

- «Chaque soir vous allez boire librement. Deux heures avant d'aller au lit, fermez à clef la porte des toilettes, après avoir bu un verre d'eau. A l'heure d'aller au lit, mettez votre pyjama, agencillez-vous côte à côte sur le lit, face aux oreillers et délibérément, intentionnellement et ensemble, mouillez le lit. Cela peut être dur à faire, mais vous devez le faire. Ensuite, couchez-vous et dormez dans

le lit mouillé, sachant que rien ne peut le rendre plus mouillé. Faites-le chaque nuit; cela n'a pas d'importance que vous détestiez cela. Vous avez promis sans savoir à quoi cela vous engageait, mais vous êtes obligés. Faites-le chaque nuit pendant deux semaines, jusqu'au dimanche 17. Cette nuit-là, vous pourrez aller dormir dans un lit sec. Lundi matin, le 18, vous vous lèverez et regarderez le lit. Seulement si vous voyez un lit mouillé, alors et seulement alors, vous réaliserez qu'il y aura encore trois semaines à vous agenouiller et à mouiller le lit.»

«Vous viendrez me faire un compte rendu étonnant.»

Ce qui m'apparaît comme stupéfiant, c'est l'obéissance absolue des patients, comme sous hypnose, alors que «la première nuit avait été une torture; ils avaient dû s'agenouiller pendant plus d'une heure avant de pouvoir uriner». Le symptôme est prescrit dans toute sa matérialité, comme une obligation à laquelle ils ne peuvent échapper. Il éclate alors dans toute son incongruité: mouiller et salir le lit pour s'y coucher. La dimension de déplaisir du symptôme est hypertrophiée, et d'incontrôlé, il devient un acte délibéré sous contrainte. Quel paradoxe!

D'abord extrêmement précise, la prescription comporte à la fin une zone d'incertitude quant à la conduite à tenir, ce qui permet aux patients de sortir de la pression «hypnotique» en renonçant en même temps au symptôme. Génial. Cela me paraît, côté thérapeute, exiger une fameuse liberté intérieure quant à la règle du contrôle vésical pour oser lancer tranquillement une telle provocation. Je me vois mal le faire et encore davantage le répéter dans différentes thérapies.

L'approche stratégique

Pour Haley (8): un symptôme représente la cristallisation d'une séquence d'actes échangés entre plusieurs personnes en un pattern, c'est-à-dire une séquence rigide, stéréotypée, répétitive. Le but de la thérapie est la résolution du problème présenté et non la croissance et le développement de l'individu ou de la famille. La réponse thérapeutique consiste en des directives focalisées sur le problème et destinées à modifier la séquence d'interactions. Ces directives peuvent être soit directes et digitales, soit directes et métaphoriques, soit paradoxales.

L'article d'Erickson, évoqué plus haut, est intégré *in extenso* dans le livre de Haley «Changing families» (9).

Nous allons voir Cloé Madanes s'en inspirer dans «Strategic family therapy» (12) pour le traitement d'un enfant énurétique. Il s'agit là d'un remake nettement moins subtil.

Un garçon de 12 ans mouille son lit chaque nuit. La mère dépressive se plaint de son mari qui travaille beaucoup, manque d'intérêt pour elle et est attiré par d'autres femmes.

Comme nous le verrons plus loin, à partir de ma recherche personnelle, cette structure est typique dans les familles avec énurésie.

Bref, Madanes fait l'hypothèse que l'énurésie est l'expression métaphorique du comportement inadéquat du père au lit (association entre l'urinaire et le sexuel).

La première prescription consiste à demander au père de laver les draps en cas de lit mouillé et d'acheter un réveil pour que son fils se lève la nuit. « L'énurésie du fils devait devenir un inconvénient pour le père plutôt que pour la mère. » Il s'agissait donc d'une directive directe qui ne fut pas suivie, malgré divers rappels impératifs, ce qui ne me semble pas étonnant car cette prescription ressemble beaucoup plus à une brimade ou à une punition orientée vers le « méchant père », qu'à une intervention inductrice de changement. De plus, cela amplifie la transgression de niveau hiérarchique peut-être déjà à l'œuvre.

La thérapeute, suite au non-respect des consignes, fait alors promettre solennellement au père de respecter la prescription suivante, sans qu'il n'en n'ait connaissance au préalable : chaque soir, le père donne au fils un grand verre d'eau à boire, l'accompagne dans sa chambre et lui demande d'uriner sur le lit. Il doit rester dans la chambre jusqu'à ce que le fils mouille le lit et s'endorme dans son lit mouillé et ce pendant une semaine.

Au rendez-vous suivant où le fils a refusé de venir (et pour cause), le père signale qu'il s'est senti comme Abraham à qui Dieu demandait de sacrifier son fils. Il a essayé une ou deux fois et l'enfant a crié et supplié et le père a abandonné. Il a beaucoup parlé avec son fils pendant la semaine, lequel ne mouille plus depuis quatre jours.

L'auteur ajoute que les parents eurent ensuite quelques séances conjuguales. Je me souviens avoir été très « choquée » (comme ont pu l'être le père et le fils) à la première lecture de ce texte ; après coup je nuancerais un peu car le pouvoir de choc du message paradoxal très cru a stimulé chez le père le rejet de la prescription et la reprise d'une position parentale plus engagée vis-à-vis de l'enfant.

L'approche structurale

Pour Minuchin (14), la ponctuation est inverse de la précédente : ce sont les changements dans la structure familiale qui amènent des modifications de position et donc de perception, contribuant ainsi à des changements dans le comportement et les processus psychiques internes des membres du système. Le changement est considéré comme devant survenir à travers le processus d'affiliation du thérapeute à la famille, grâce à la restructuration qu'il opère afin de transformer les patterns transactionnels dysfonctionnels. Orienté avant tout vers le développement global du système familial, un tel cadre conceptuel (et on pourrait le comparer dans une certaine mesure à l'approche psychanalytique — au niveau individuel) exclut d'emblée une focalisation sur le symptôme. Je vais cependant évoquer deux textes qui se définissent comme se rattachant à cette approche et se focalisant tout de même, au départ, sur le problème de sphincter.

Andolfi (1), en 1974 lors d'un séjour à Philadelphie, assume la thérapie d'une famille avec un garçon encopréatique, sous la supervision de Haley. Dans la publication qui s'ensuit, il se réclame clairement de l'approche structurale.

L'encoprésie n'entre pas dans notre propos, mais néanmoins, j'imagine d'une part que la démarche aurait été assez semblable vis-à-vis de l'énurésie. En plus, dans mon échantillon de familles, plusieurs cas d'énurésie étaient associés à de l'encoprésie.

Le symptôme constitue le point de départ de la thérapie. Étudié en détail dès la première séance, l'intérêt pour le problème présenté permet d'entrer dans la famille dont c'est la demande explicite. Il sert de fil conducteur dans toutes les interventions dans une première phase (longue) qui réunit d'abord tous les membres de la famille, ce qui permet entre autres de resituer l'enfant dans une position hiérarchique plus adaptée parmi les frères et les sœurs (l'enfant avec un problème de sphincter est souvent dans une position hiérarchique inadéquate). Viennent ensuite les entretiens individuels présentés comme projet de travail sur le symptôme pour lequel l'enfant prend des notes préalables (quand ? comment ?). Andolfi parle de stratégie de provocation (oh combien douce !) pour ces échanges entre hommes où le « symptôme devient alors quelque chose d'intenable et de ridicule... ».

Quelques entretiens aussi avec la mère, entre adultes. Bientôt se dégage l'importance de l'absence du père qui fait l'objet d'un secret (séjour en hôpital psychiatrique, divorce et rupture de contact avec la famille). Andolfi qui a occupé dans les séances une position paternelle, va rendre le jeune adolescent, avec l'accord de la mère, actif dans une recherche du père réel et aide ensuite la reprise de contact du père avec ses enfants. L'étude de ce cas montre la signification relationnelle du comportement encopréatique et sa disparition comme une conséquence de modifications dans le système familial.

J'ajouterais ce commentaire personnel : c'est comme s'il y avait une analogie entre le comportement encopréatique et le statut de ce père évacué, vidé dans un contexte de honte (secret sur l'hospitalisation psychiatrique).

Pour terminer cette revue de la littérature, voici l'apport d'Edith Tilmans (19). Elle aussi, dans une approche structurale, commence par se focaliser sur le symptôme énurétique selon une démarche simple et originale : « Je vais inciter l'enfant et ses parents à faire un contrat concernant une tâche compensatoire (qui n'a rien à voir avec l'énurésie elle-même) que l'enfant promet de faire chaque fois que son lit ou sa culotte est mouillée, pour montrer ainsi aux autres qu'il veut grandir et qu'il veut faire un geste pour compenser le surplus de travail et/ou de souci qu'il donne à sa mère/ses parents. Lors de cette négociation, j'apprends beaucoup sur le fonctionnement de la famille. Par exemple, les deux parents travaillent hors de la maison et l'enfant assume déjà plusieurs tâches ménagères.

Si c'est le cas, je change la consigne et négocie, par exemple, quel genre de jeu les parents accepteraient de jouer avec leurs enfants, chaque fois que le lit n'est pas mouillé. L'hypothèse étant, dans ce cas, que l'enfant sent qu'il doit être grand avant l'âge et que cette impression de « pression » s'exprime peut-être dans l'énurésie.

Le feed-back sur l'exécution du contrat donnera une information systématique sur le fonctionnement familial. Le combat pourra alors éventuellement être livré concernant l'exécution de la tâche, actes contrôlables, plutôt qu'autour de l'énurésie où la composante inconsciente est bien plus importante et non contrôlable. Une fois engagé ce cadre structurant adapté au stade de développement de l'enfant, je peux commencer à travailler comme dans d'autres thérapies. »

2. Recherche personnelle sur l'énurésie

Elle est le fruit de rencontres avec une bonne trentaine de familles, dans un Centre de Santé Mentale qui accueille surtout des familles bourgeoises. Dans tous les cas, l'énurésie est primaire et le symptôme établi depuis de nombreuses années.

Contexte de la demande

Fréquemment, elle coïncide avec un sursaut occasionné par une cause extérieure qui rappelle brusquement l'existence du symptôme (par exemple: un séjour obligatoire de l'enfant en dehors de la famille) et ravivée une inquiétude qui s'était assoupie. Passé une période assez précoce où ont été essayées diverses tentatives de remédiation, l'enfant et la famille ont appris à vivre avec le symptôme qui est devenu partie intégrante de la vie quotidienne et de ses rituels, dans le secret de l'intimité familiale. Avec l'énurésie, il faut exploiter plus que jamais «les courants de changement présents dans le système».

Qui semble le plus mobilisé, qui le moins? Je table au départ sur le(s) membre(s) du système «en mobilisation» tout en étant très attentive au(x) membre(s) plus résistant(s) qui incarne(nt) la tendance au non-changement si présente dans ce type de système.

Mais en fait, bien souvent, une même personne peut exprimer très fortement un désir de changement et montrer la tendance opposée tout aussi intensément.

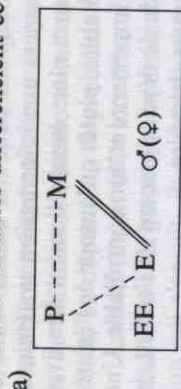
La première rencontre est capitale: côté famille, on espère un peu sans y croire (on a déjà tout essayé...) mais on exige une promesse de guérison pour s'engager. Il faudra souvent que quelque chose de neuf, d'insolite surgisse dans la consultation pour que s'opère le joining.

Enurésie et patterns relationnels

Quelques patterns relationnels se retrouvent dans les familles avec un problème d'énurésie et leur diagnostic va orienter dès la première rencontre le mouvement thérapeutique.

1. *Intimité faible entre les parents, conflits latents ou séparation. Pression douce et forte exercée sur l'enfant.*

Trois variantes différencient ce pattern.

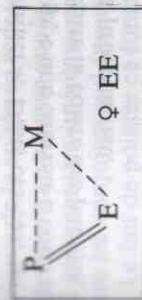


Le père est absent (absences professionnelles, maladie, divorce...) L'intimité est chaude et fervente entre la mère et son fils énurétique (beaucoup plus rarement la fille), distancé du père et isolé du reste de la fratrie. L'énurésie permet un contact corporel tendre au moment des levers nocturnes, des manipulations de linge. La pression qui s'exerce sur l'enfant est douce et forte. Son corps, ses pensées lui appartiennent peu; sa demande à propos du symptôme est floue et il peut sembler vivre en bonne harmonie avec lui. La relation mère-fils permet de limiter la dépression, le sentiment de vide chez la mère; elle a un côté vital et contribue à la cohésion du système.

Dans les rencontres, le thérapeute doit lutter pour élargir le système et s'il intervient pas, ce sera toujours le couple mère-fils qui se présentera aux entretiens. Ce pattern est massivement présent dans l'échantillon de cas. Face à une telle structure particulièrement tenace je tente d'élargir et de diversifier les interrelations familiales (rôle important de la fratrie) et de provoquer plus de possibilités d'indivision tant chez la mère que chez l'enfant. Bien entendu, l'implication du père, lorsque c'est possible, constitue un levier important.

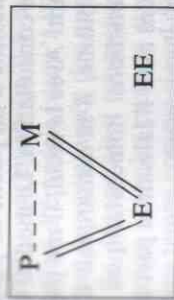
C'est dans ce type de pattern que la pression paradoxale du «grands, mais ne grandis pas» semble la plus forte et que l'enfant est coincé dans le statut ambigu de bébé et de petit homme dont on attend le soutien affectif. Il est capital dans ce contexte de pouvoir rejoindre la souffrance du parent. «Son énurésie s'améliore, mais il devient maintenant moins gentil avec moi.» Il faut pouvoir partager avec cette mère, combien cela peut être difficile d'accepter un tel changement quand on est seule, sans soutien affectif.

b) Plus rarement une fille se trouve dans un lien surinvesti avec son père; dans ce cas, l'interaction mère-fille autour de l'énurésie peut être fort teintée d'irritation comme c'est généralement la mère qui en assume les conséquences pratiques.



Dans les entretiens, l'établissement de frontières plus nettes dans la relation P — fille, le rapprochement entre la fille et la mère et la consolidation quand c'est possible, de la dyade parentale vont contribuer à la résolution de la situation.

c) Ou encore, ce sont les deux parents qui surinvestissent le lien avec l'enfant énurétique, fille ou garçon. Dans ce cas, le système joue un rôle de pivot dans la communication et la régulation de distance entre les parents (4).



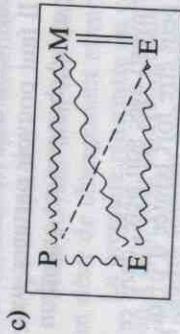
Rencontrer les parents à deux, sans l'enfant, simplement pour travailler l'énurésie, peut rapidement faire monter l'anxiété. Cela nous permet, comme thérapeute, de percevoir la nécessité de la triangulation sur l'enfant comme régulateur de distance et agent de cohésion.

Cette situation est décrite d'une façon détaillée, plus loin dans le texte.

2. **Le conflit est ouvert entre les parents et l'atmosphère facilement orageuse; soit ce type de transactions dure depuis longtemps et ne semble pas menacer la cohésion de la famille, du moins à court terme, dans le sens d'une séparation, soit il s'agit d'un divorce très conflictuel.**

Diverses variations de nouveau autour de ce pattern.

- a) Il y a le cas, peu fréquent dans ma clientèle et qui se retrouve plus souvent dans l'équipe qui s'occupe de maltraitance, où les parents se mettent d'accord dans la colère commune qu'ils orientent sur l'enfant énurétique, identifié au sale, au méchant. Dans ce cas, l'énurésie de l'enfant a une composante émotionnelle très forte, qui oscille entre la peur, la dépression et la colère. La souffrance liée au symptôme dépasse ici très largement la composante de plaisir. Lorsque l'enfant est soustrait à la pression violente qui s'exerce sur lui, il peut, en quelques entretiens individuels, retrouver de l'énergie pour résoudre son problème.
- b) Il y a les cas plus fréquents où l'énurésie est le terrain privilégié de disqualification mutuelle au niveau des attitudes éducatives entre un parent plus laxiste et un autre plus exigeant, sans que ne s'exerce une pression violente sur l'enfant.



J'ai enfin rencontré trois familles avec deux garçons énurétiques.

Ce sont les systèmes qui m'ont fait le plus «travailler». Dans ces cas, un des garçons, en interaction tendre avec la mère, développe une énurésie à coloration nettement régressive et l'autre, sur lequel se concentre la colère des parents, une énurésie à coloration beaucoup plus agressive et provocatrice.

Enurésie et processus de changement

Il me faut rappeler qu'un exposé sur l'énurésie, destiné à un public de parents a été à l'origine du grand nombre de cas rencontrés en consultation. Le modèle thérapeutique qu'il présentait, pouvait paraître séduisant. Avec le recul, il me paraît réducteur et par trop prévisible. Focalisé sur le symptôme, il se démarquait d'un modèle comportemental par sa référence aux fonctions homéostatiques du symptôme et à l'importance des interactions familiales mais il laissait la part trop belle aux recettes behavioristes comme inducteur de changement.

Or, ces techniques là, les familles généralement les ont déjà utilisées spontanément à un âge assez précoce, dans une contrainte explicite de plus en plus forte vers

le changement, alors que tout l'implicite œuvre en sens inverse. Elles se révèlent inopérantes et le mouvement retombe faute de résultat.

A une certaine époque, je me suis même retrouvée embarquée avec les familles dans la même impasse, celle d'une partie de bras de fer avec le symptôme et vivant le même sentiment d'impuissance démobilisatrice.

Ce que je conserve des techniques comportementales, c'est le calendrier qui introduit un repérage dans le temps et permet de se faire une idée des fluctuations du symptôme qui sont toujours significatives.

Je suis prête aussi à soutenir toute technique rééducatrice suggérée par les parents et l'enfant quand celui-ci est déjà bien dégagé de la pression paradoxale; car c'est vrai que souvent une énurésie primaire qui n'a jamais cédé est devenue une habitude et qu'un tel coup de pouce peut s'avérer nécessaire.

Mes outils privilégiés sont le travail sur la structure et la provocation thérapeutique. J'essaie, rejoignant P. Menghi (13) de ne pas avoir recours à la réponse technique préfabriquée, symptôme du thérapeute et de créer un espace qui puisse «rendre possible une réactivation du conflit que le symptôme cherchait à annuler, réactualisant dans l'ici et maintenant l'«histoire familiale».

En voici un exemple :

Il s'agit d'une famille avec trois garçons, dont le second, Cédric, 7 ans, est énurétique. Famille qui se présente au premier contact comme à la fois très contrôlée et collaborante, famille «bien élevée», sans problème, si ce n'est l'énurésie de l'enfant. Cependant, dès le premier abord, nous percevons une tension très forte bien que non explicite; germe aussi une hypothèse sur la fonction anti-intimité du symptôme: la mère lève Cédric à 10 heures avant de se coucher et le père le relève à minuit avant de se coucher à son tour. Une séance ultérieure confirmera cette hypothèse en révélant que l'aîné de son côté dérange continuellement ses parents au cours de la soirée en redescendant au salon pour différents prétextes. L'exploration ultérieure montre que la famille est centrée sur des activités, des clubs sportifs qui constituent un intérêt commun mais éliminent tout moment de rencontre intime entre les conjoints qui investissent essentiellement leur rôle de parent.

Le fait de pointer ce fonctionnement commence à faire monter la crise dans le couple. A noter que le fil conducteur reste tout au long des séances, l'énurésie de l'enfant et le thérapeute rassure bien les parents qu'il s'agit là de sa cible principale.

Au fur et à mesure que la tension conjugale s'exprime de plus en plus clairement, apparaissent des informations capitales qui, jusque-là, n'avaient jamais été évoquées: le fait que Madame avait aussi souffert d'énurésie, ce qu'elle associe aux conflits continus qu'il y avait entre ses parents; que Monsieur lui-même avait souffert d'énurésie jusqu'à l'âge de 16 ans, l'arrêt ayant coïncidé avec la séparation de ses parents, après des années de guerre continue.

Se dégage ainsi progressivement la valeur de l'énurésie comme véritable trait d'union entre les parents et entre les générations au niveau inconscient, mais en même temps comme signal de danger et de tension. A l'acmé de la crise déclenchée et contrôlée en même temps par les entretiens, l'énurésie de l'enfant qui s'était fortement améliorée, prit des proportions incroyables. C'est dans ce contexte qu'il put

verbaliser son angoisse que ses parents puissent se séparer et qu'il fut rassuré par les parents et le thérapeute sur le fait que ses parents tenaient à leur famille et ce d'autant plus qu'ils avaient vécu dans des familles perturbées, mais qu'ils avaient eu tellement peur des conflits quand ils étaient enfants qu'ils n'osaient pas exprimer quand ils étaient fâchés l'un avec l'autre.

A partir de là, il fut possible de commencer à provoquer le lien tendre et complexe existant entre Cédric et sa maman — ce ne fut pas facile — et de susciter des interactions stimulantes entre Cédric et son frère aîné. Il a fallu cependant la pression d'un séjour en classe verte, loin de la famille pour que Cédric abandonne son symptôme.

Conclusion

Toutes les approches thérapeutiques guérissant de l'énurésie — et nous avons vu la diversité de leurs définitions et de leurs réponses thérapeutiques — se focalisent sur le symptôme, au moins dans un premier temps et utilisent un langage qui parle au corps. Ceci est poussé à l'extrême dans les techniques behavioristes et dans la prescription paradoxale d'Erikson. Cette dernière a permis aux patients de retrouver le contrôle de leur vessie, en matérialisant entre autres l'incongruité d'uriner dans le lit (en-urésie: uriner dans).

Dans plusieurs modèles, la pression effectuée sur le symptôme est très forte: alarme standard, prescription d'Erikson, trois mois de cure thermique avec séparation de la famille.

Elle me paraît analogique de la pression qui peut s'exercer sur l'enfant et contribuer à la genèse de l'énurésie et à son maintien.

Le changement de niveau apparaît comme un levier capital, si on ne veut pas, dans le système thérapeutique, perpétuer l'acharnement sur un symptôme qu'une force au moins aussi puissante tend à maintenir.

Personnellement, le but principal que je me fixe est de tenter de dégager l'enfant de la pression paradoxale dont son symptôme énurétique est l'expression. Bien entendu, ma satisfaction sera plus grande si je peux aider aussi sa famille à fonctionner avec moins de tensions confuses. Cela n'est pas toujours possible. Parfois il faut pouvoir accepter l'idée d'une réalité dure, peu susceptible de changements et restreindre alors comme thérapeute ses ambitions.

M. Sacré
U.C.L.
Centre Chapelle-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs 30
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Andolfi M. (1978): «A Structural Approach to a Family with Encopretic Child». *Journal of Marriage and Family Counseling*, pp. 25-29.
2. Antier E. (1984): *Mémoires d'un nouveau-né*. Ed. Scarabée, Paris, p. 72.

3. Bertier R. (1986): «A propos du traitement de l'énurésie en établissement spécialisé». *Le Journal des psychologues*, pp. 32 à 35.
4. Byng Hall J. (1980): «The Go-between as Symptom-Regulator of Marital Distance». *Family Process*.
5. Doleys D. (1971): «Behavioral Treatments for Nocturnal Enuresis in Children: A Review of the Recent Literature». *Psychological Bulletin*, n° 1, pp. 30 à 54.
6. Dolto F.: *Lorsque l'enfant paraît*, Tome I. Réponses aux lettres d'auditeurs de France-Inter.
7. Erikson M. (1954): «Indirect Hypnotic Therapy of a Bedwetting Couple». *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, pp. 171 à 174.
8. Haley J. (1979): *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. Delorge.
9. Haley J.: *Changing Families*.
10. Janin J.-C. (1986): «Apport de la psychologie dans le traitement de l'énurésie». *Le Journal des psychologues*, n° 36, p. 22.
11. Laplanche J. et Pontalis J.-B.: *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F.
12. Madanes C. (1981): *Strategic family therapy*. Jossey-Bass Publishers.
13. Menghi P. et Giacometti K. (1988): «Du mythe de la certitude au sujet de l'expérience». *La création du système thérapeutique*, ESF, pp. 156-157.
14. Minuchin S. (1979): *Families en thérapie*, Delarge.
15. Perez S. (1986): «Un cas clinique». Dossier: l'enfant énurétique». *Le Journal des psychologues*, pp. 36-37.
16. Rigaux J. (1986): «L'ouverture d'un espace de séparation». *Le Journal des psychologues*, pp. 27 à 31.
17. Robert: Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.
18. Sacré M. (1986): «Le pipi qui s'éternise... ou à propos de l'énurésie». *L'Enfant*, Rev. éd. par l'O.N.E., pp. 43 à 47.
19. Tilmans E. (1981): «La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants». *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 2, n° 4, pp. 329-335. Annexe non publiée.
20. Watzlawick P., Weakland J., Fish R. (1975): *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Seuil, Points.
21. Watzlawick P. (1980): *Le langage du changement*. Seuil, Paris.