

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

MÉCONNAISSANCE DE LA RÉALITÉ
ET TROUBLES MENTAUX



CRISE ET MODÈLE AUTORÉFÉRENTIEL



TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE
DE TRAUMATISMES



SÉQUELLES POST-TRAUMATIQUES ET FAMILLES



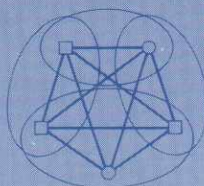
RÔLE DE L'ENFANT DE MIGRANTS



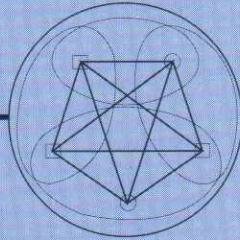
FAMILLE RECOMPOSÉE



m+h



Vol. XVI — 1995 — No 2



THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XVI — 1995 — No 2

SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| Présentation | 129 |
| M. SELVINI: Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité | 131 |
| D. FRIED SCHNITMAN, S.I. FUKS: Paradigme et crise: entre risque et possibilité | 145 |
| E. TILMANS-OSTYN: La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle de traumatismes | 163 |
| M. DE CLERCQ: Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles | 185 |
| E. HÉMON: L'enfant de migrants, interprète entre deux foyers | 195 |
| M. SIMÉON: Du divorce à la famille recomposée: approche systémique des transitions familiales | 213 |
| Recensions | 227 |
| Informations | 229 |

CONTENTS

| | |
|---|-----|
| Presentation | 129 |
| M. SELVINI: Severe mental disorders and distorted reality | 131 |
| D. FRIED SCHNITMAN, S.I. FUKS: Paradigm and crisis: between risk and possibility | 145 |
| E. TILMANS-OSTYN: Family therapy in front of intergenerational transmission of traumatic experiences | 163 |
| M. DE CLERCQ: The repercussions of P.T.S.D. on families | 185 |
| E. HÉMON: The child of immigrants as an interpreter between two homes | 195 |
| M. SIMÉON: From divorce to step family: a systemic approach of the family changes | 213 |
| Recensions | 227 |
| Informations | 229 |

PRÉSENTATION

Ce numéro s'ouvre sur les récentes recherches consacrées aux troubles mentaux graves poursuivies au Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia. Par rapport aux si fascinants «Jeux psychotiques de la famille», elles représentent un tournant. Après avoir retracé l'évolution des recherches concernant les troubles psychotiques, **Matteo Selvini** développe la nouvelle perspective élaborée par l'équipe du Nuovo Centro. Elle gravite autour de la «méconnaissance partagée de la réalité», notion construite à partir du concept d'idéalisation. Recourant à un schéma en cinq types, il décrit le processus menant à cette méconnaissance. Le pardon, la compassion et l'empathie font partie des voies permettant de corriger les méconnaissances et de promouvoir des changements dans les relations familiales.

Chaque famille génère son paradigme familial présidant à la construction de sa réalité, à la carte du monde de ses membres. Ce paradigme n'est pas statique. Dans une boucle autoréférentielle, il est construit et partagé par les membres de la famille et organise la vie, les relations et les valeurs de ceux-ci tout en étant recréé en permanence par le partage de ces croyances dans la pratique sociale. Lors de crise, ce paradigme familial est bouleversé, ce qui amène la famille à le reconsidérer. Simultanément à la crise et à la désorganisation apparaissent de nouveaux paradigmes. La thérapie favorise sous la forme de conversations thérapeutiques la co-construction de mondes alternatifs possibles à partir d'ébauches – de noyaux – de paradigmes surgis dans la crise. C'est ce que démontre, une solide argumentation théorique constructiviste à l'appui, **Dora Fried Schnitman** et **Saül Fuks** dans leur contribution.

Comment interrompre la chaîne de violence intergénérationnelle de la maltraitance et de l'abus? C'est la question à laquelle **Edit Tilmans-Ostyn** répond en décrivant l'approche thérapeutique des familles maltraitantes qu'elle a développée dans sa pratique clinique. En urgence la protection de l'enfant reste souvent capitale. Il s'agit cependant de garder présent à l'esprit, sous peine de devenir antithérapeutique, l'histoire transgénérationnelle. C'est à travers elle que l'on a quelques chances de toucher les parents abuseurs sans les culpabiliser et de développer une stratégie d'aide à plus long terme visant à la reconstruction du vécu de l'enfant dans l'adulte, vécu traumatisant qu'il avait enfoui et occulté pour sauvegarder sa survie psychique.

C'est aussi de violence qu'il s'agit dans la contribution de **Michel de Clercq**. Les séelles psychosociales et psychiatriques sur le plan individuel – souvent graves et invalidantes – de catastrophes naturelles, d'attentats, de hold-up, d'accidents de toute nature, d'agressions y compris le viol, sont maintenant bien connues sous l'appellation de syndromes de stress post-traumatique. Cependant, les conséquences sur la vie de famille et de couple, tout aussi importantes, ont été moins

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal – M. DEMANGEAT, Bordeaux – A. DESTANDEAU, Menton – J. DUSS von WERDT, Zurich – 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 – F. TULKENS, Bruxelles.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson
Centre de traitement psychiatrique de jour
Rte du Signal 25
CH-1018 Lausanne
Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction: Y. Birker Chavanne, CH-1225 Chêne-Bourg

Recension de livre: B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456
CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 346 93 55 – Fax (022) 347 56 10

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 Banque Worms, libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:
FS 67.– FF 285.– FB 1670.–
Bibliothèques et abonnements institutionnels:
FS 134.– FF 585.– FB 3440.–
Prix au numéro: FS 35.–

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

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielle, strictement réservés pour tous pays Copyright 1994 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

TROUBLES MENTAUX GRAVES ET MÉCONNAISSANCE DE LA RÉALITÉ

Matteo SELVINI*

Résumé: *Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité* – Cet article revisite avec des clés relationnelles le concept classique d'idéalisation. Le contexte est celui du travail thérapeutique avec des familles comptant des adolescents ou de jeunes adultes qui présentent de graves troubles psychiatriques. Il s'agit ici de réfléchir sur l'un des possibles facteurs de risque familial: la méconnaissance partagée de la réalité. Ce phénomène ne concerne pas seulement le patient mais très souvent d'autres membres de la famille qui manifestement méconnaissent la situation psychologique et affective d'un ou plusieurs d'entre eux. L'examen de ce facteur de risque se situe à l'intérieur d'une hypothèse plus générale qui relie certains facteurs familiaux aux psychoses, dans les termes d'un processus trigénérationnel de transmission de la souffrance relationnelle.

Summary: *Severe mental disorders and distorted reality* – This paper revisits from a relational viewpoint the classical concept of idealization. The context is that of therapy with families with an adolescent or young adult affected by a severe mental disorder. This revisitation examines one possible familial risk factor: a shared *distortion of reality*, the phenomenon by which not only the patient but often several other family members manifestly misperceive the psychological equilibrium or affective involvement of one or more members of the family. Our attention to this *risk factor* extends to a wider hypothesis, one that sees the familial factors co-responsible for severe mental disorders in terms of the *transmission of relational suffering in a three-generational process*.

Mots-clés: Idéalisation – Démonisation – Méconnaissance de la réalité – Incompétence parentale – Négation de la souffrance – Facteurs de risque familial – Autocritique constructive – Changements réparateurs – Pardon.

Key words: Idealisation – Demonisation – Distortion of reality – Parental inadequacy – Denial of suffering – Family risk factors – Positive selfcriticism – Forgiveness.

Introduction

Cet article décrit l'évolution de l'investigation clinique conduite par l'équipe de M. Palazzoli après avoir mis fin à la phase de la prescription invariable (Palazzoli et autres, 1988).

* Matteo Selvini, psychologue, *Scuola di Psicoterapia della Famiglia di Milano* (viale Vittorio Veneto 12, 20124 Milano, Italie. Cet article est le résultat du travail en équipe de l'auteur avec Mara Palazzoli, Stefano Cirillo et Anna Maria Sorrentino. L'auteur remercie aussi les collègues: Gianni Cambiaso, Giovanna Cereda, Mariolina Certiotti, Chiara Nosengo, Francesca Mazzucchelli, Gloriana Rangone et les collaborateurs Patrizia Brusa, Sabrina Cutrufello, Carla Lupo, Francesca Tonetti, Raffaella Vella et Vincenza Zagaria.
Traduction de Daniela Targa.

explorées. Michel de Clercq nous fait part de sa riche expérience dans ce domaine. L'approche thérapeutique rapide, englobant le conjoint / la famille, qu'il a mise au point mérite une attention particulière.

Dans son article, lourd de 14 années d'expérience, **Eva Hémon** nous fait d'abord connaître le «Centre Françoise-Minkowski» dont toute activité est dédiée à recevoir des migrants en difficultés. S'appuyant sur une documentation fouillée, elle nous confronte avec la complexité et les paradoxes de la situation de migrant. Enfin, illustrant son propos avec des récits cliniques détaillés, elle choisit plus particulièrement de nous parler du rôle de l'enfant de migrants, ceci dans un contexte où fréquemment la notion de foyer est perdue, ce dernier étant conçu comme lieu où se développe le lien d'appartenance au sein d'une communauté spécifique et comme espace spatial et relationnel intermédiaire permettant à l'enfant de faire connaissance avec le monde. Dans cette situation, l'enfant est à la fois acteur de l'intégration des siens, ceci grâce à son biculturalisme, en même temps, il est aussi dépositaire de la réalité et du mythe de retour. Rôle difficile s'il en est.

La famille recomposée ne connaît pas à l'heure actuelle de véritable statut juridique, le lien beau-parental étant fondé non sur la filiation mais sur l'affiliation. Comment alors se définir, s'appeler dans une telle relation? Comment nommer ce lien qui n'a pas de nom et pas d'existence juridique bien établie et qui se tisse entre l'enfant et le compagnon de sa mère, entre l'enfant du père et l'enfant de sa compagne? Cet état de fait (à noter que la Belgique connaît une certaine évolution dans ce domaine) n'est pas sans poser un certain nombre de questions et de problèmes au cours des thérapies de familles recomposées. Questions d'appartenance, questions sur le rôle des familles d'origine pour n'en citer que quelques-unes. **Maggy Siméon**, au cours de sa réflexion illustrée d'exemples parlants issus de sa large pratique, nous donne d'intéressants éléments de réponse.

D.M.

La nouvelle direction consiste en processus thérapeutiques basés sur l'intégration du travail individuel et familial. L'hypothèse selon laquelle les troubles mentaux majeurs ont une genèse multifonctionnelle (biologie familiale sociale) est aujourd'hui pratiquement acceptée par tous.

En ce qui concerne les facteurs familiaux, la querelle porte essentiellement sur le rôle que les différents chercheurs leur attribuent :

- celui d'exercer un effet stressant en exacerbant les problèmes psychologiques déjà existants, idée défendue dans les études de psycho-éducation ;
- ou un rôle plus central, substantiellement étiologique, thèse soutenue dans les recherches de Bateson (1956) Lidz (1957) et autres, parmi lesquels notre groupe (Palazzoli et autres 1988).

De toute évidence l'étude approfondie des facteurs relationnels familiaux relève de la compétence du thérapeute familial. Le présent exposé sera consacré à la réflexion portant sur l'un des facteurs possibles de risque familial : la *méconnaissance partagée de la réalité* concernant surtout les relations affectives essentielles à la survie psychique de l'individu et à son évolution.

L'étude de ce facteur de risque est constitutive d'une hypothèse plus générale qui unit les facteurs familiaux aux dérangements mentaux graves, en termes de *processus tri-générationnel de transmission de la souffrance* (Framo 1992) *caractérisé par des mécanismes de défense qui la nient*.

On suppose que des processus de défense qui, au sein de la deuxième génération (parents) peuvent résulter de mécanismes d'adaptation, peuvent en revanche être néfastes pour la troisième génération où un (ou plusieurs) membres(s) de la famille manifeste(nt) un trouble mental grave.

La culpabilisation du patient

Historiquement, notre recherche s'inscrit dans une longue tradition, controversée et contradictoire.

Si on se réfère par exemple à Bowlby (1980), on se rapporte de façon explicite à Freud avant le tournant de 1898 et plus spécifiquement à sa théorie de la séduction (trauma réel) dans l'enfance des patientes hystériques. Cette théorie freudienne peut être considérée comme l'origine d'un courant de recherches sur les troubles mentaux, fondé essentiellement sur une idée - l'inadaptation des parents à leur rôle - et donc sur le *concept fondamental du patient comme victime*, certes non passive, d'un mauvais traitement psychologique.

Après 1898, Freud - en émettant l'hypothèse de l'existence d'instincts primaires de type libidinaux et agressifs - renversa le concept fondamental d'alliance avec le patient, en une sorte de culpabilisation. Le patient était plutôt *victime de ses propres instincts* et le rôle pathogène des inadaptations parentales était, de cette façon, renié et confondu.

Il s'agit de la conception de *l'homme coupable* dont Kohut (1981) a génialement parlé en opposition à sa conception de *l'homme tragique*. A propos de cette

culpabilisation du patient, le cas Schreber (Schatmann 1971) est emblématique ; sa paranoïa dérive selon Freud d'une pulsion homosexuelle refoulée en omettant de mentionner les pratiques sadiques, prétendument pédagogiques, du père du patient.

Du reste, la culpabilisation du patient, implicite dans le modèle pulsionnel et oedipien, a trouvé une continuité dans la théorisation de Klein (1921-1945) avec les concepts d'envie et de nourrisson cruel.

Il existe donc une ressemblance entre le modèle pulsionnel et le modèle biologique, dans leur hypothèse commune d'un défaut structurel fondamental du patient (en termes instinctuels ou de vulnérabilité ou de dysfonctionnement organique génétique/cérébral).

Thèse de l'incompétence parentale

Dans l'histoire de la psychothérapie, en particulier à partir des années 50, une voie de recherche s'est révélée fondamentale qui s'est au contraire explicitement référée à l'idée d'une inadaptation des parents à leur rôle comme cause de la pathologie des enfants. Du côté de la thérapie individuelle on peut citer Freida Fromm Reichmann (1950) (avec son célèbre concept de mère schizophrénogène), Lidz (1957), Laing (1964), Bowlby (1980) (avec ses études fondamentales à propos de l'interaction mère-enfant), Arletti (1955), Kohut (1981) et, plus récemment, Alice Miller (1981).

Les théories et les observations cliniques de ces auteurs représentent des étapes fondamentales dans la recherche sur les psychoses, même s'il existe malheureusement certaines erreurs théoriques de fond.

Ces dernières se réfèrent surtout à l'épistémologie linéaire de nature mécaniste qui suggère une relation de cause à effet du type : la pathologie individuelle d'un parent (ou des parents) est la cause directe de la pathologie de l'enfant.

Un tel modèle linéaire s'est révélé faux dans la pratique clinique, dans la mesure où il ne suffit pas à expliquer clairement deux phénomènes très classiques et fondamentaux :

1. La présence dans une même famille d'enfants schizophrènes et d'enfants relativement sains.
2. Le fait que des parents apparemment normaux ont des enfants schizophrènes et que des parents présentant une pathologie manifeste ont des enfants normaux.

Arieti et Kohut, par exemple, en étudiant des patients narcissiques ou borderline, avaient déjà remarqué des pathologies chez les parents, d'une gravité telle que, pour expliquer des pathologies encore plus dévastatrices chez leurs enfants - par exemple la schizophrénie - on devait rechercher d'autres causes en plus des pathologies parentales.

Historiquement, la recherche sur la famille est issue de cette impasse. Le groupe de Bateson dans sa fameuse étude de 56 (parallèlement aux recherches du groupe Wynne, 1963) théorise un lien étiopathogénique entre schizophrénie et certains modes de communication intra-familiale.

La conception triangulaire de Bowen (1960) Haley (1967), selon laquelle l'enfant ne réagit pas seulement aux parents en tant qu'individus mais plutôt à la relation entre eux, est une idée de génie. Il s'agit là du fondement théorique de la thérapie familiale systémique et du passage fondamental du modèle linéaire au modèle circulaire.

La crise de la recherche familiale sur la schizophrénie et notre tentative de relance de la recherche relationnelle

L'épuisement du filon familial étiologique est un fait historique. Toutes les publications les plus significatives datent des années 50-60. La thérapie familiale a tenté de se détacher de la recherche sur la schizophrénie. En effet, ses leaders, en reniant leur passé, commencent à théoriser le refus du diagnostic comme point de départ inamovible de la thérapie. Haley par exemple soutient que le langage clinique est celui du diagnostic et que ce langage est non seulement peu important pour la thérapie mais encore inhibe la pensée du thérapeute (1987 p. 25).

En 1985 Mara Palazzoli tente de relancer la recherche sur la pathogénèse relationnelle des psychoses. Elle le concrétise lors d'une conférence (suivie d'un article): «Vers un modèle général des jeux psychotiques dans la famille» (Palazzoli 1986). Il s'agit d'une étape fondamentale dans la mesure où, avec la formulation d'un modèle évolutif à six stades, on abandonne l'approche fondée sur le «hic et nunc» pour se placer dans une perspective diachronique de type évolutif.

Corrélativement, on redécouvre l'individu (également grâce au passage du système à la métaphore du jeu, qui concilie la globalité du jeu avec les mouvements séquentiels de chaque joueur). Avec les concepts d'instigation et surtout d'imbroglio on commence à abandonner non sans mal le vieux neutralisme circulaire. Naît ainsi une approche basée sur l'alliance avec le patient initialement mise en œuvre de façon trop émotionnelle et à l'encontre des parents.

Pour cette raison nombreux seront ceux qui crieront au scandale et en partie à juste raison (Andersen 1990) du fait de l'utilisation des termes (faisant partie du jargon de l'équipe) *dirty games* (sales jeux) ou *brazen lies* (mensonges éhontés) appliqués aux modalités relationnelles caractéristiques des parents psychotiques. Il y a enfin une autre limite de fond: la reconstruction du processus évolutif familial a comme point de départ le *pattern* du couple plutôt que les caractéristiques spécifiques de l'évolution du patient qui commence dans la prime enfance d'une part, et d'autre part, l'exploration des souffrances endurées par les parents dans leur propre famille.

La méconnaissance de la réalité: un tournant clinico-théorique

A partir des années 87-88 simultanément à l'édition des *Jeux psychotiques dans la famille*, la nouvelle équipe de Mara Palazzoli commence à abandonner l'approche pragmatique-stratégique de thérapie courte (voire l'utilisation systématique de la prescription invariable) pour donner aux thérapies une méthodologie

complètement nouvelle: dans un premier temps une alliance avec le patient, mais également avec les autres membres de la famille, pour comprendre ensemble de quelle façon une souffrance relationnelle – présente dans la deuxième génération – a involontairement induit une souffrance encore plus grande et psychiatriquement évidente dans la troisième (Selvini M. 1992).

Il y a peu d'années, sous l'influence certaine des écrits d'Alice Miller (1981), l'observation du phénomène récurrent de l'idéalisation des parents par les enfants a acquis une place centrale dans le domaine clinico-théorique.

Dans plusieurs cas l'alliance du thérapeute avec le patient aide ce dernier à se rebeller de façon saine contre des parents précédemment idéalisés.

La remise en question de tels parents et leur *autocritique constructive* (on entend par là l'acquisition de la capacité d'autocritique et la capacité de la communiquer aux autres et à l'enfant patient non seulement de façon verbale ou formelle mais aussi en décidant de mettre en œuvre des comportements différents y compris sur un plan émotif) semblent correspondre à d'excellents progrès thérapeutiques du patient. Une caractéristique des parents de ces enfants gravement troublés, en émerge, avec une stupéfiante répétitivité et clarté: *la négation de leurs importantes souffrances personnelles et de couple*.

C'est le cas par exemple du père d'Antonio (un grave schizophrène de 23 ans) qui se présente comme un homme solide et équilibré, pilier d'une famille à gros problèmes, sa propre femme étant elle-même une déprimée psychotique. La tentative de suicide du père d'Antonio (jusque-là inconnue du fils) est révélée en séance; vingt ans auparavant le père avait minutieusement préparé son suicide et l'avait mis en œuvre en se lançant avec sa voiture dans le vide. Le père survécut miraculeusement mais avec de graves blessures.

Les signes de souffrances psychiques du père, jusqu'alors niées, surgissaient de manière évidente lors des séances. Malgré cela il continuait à nier tout lien entre son suicide et une intolérable souffrance relationnelle (il aurait laissé seuls sa femme enceinte et le petit Antonio âgé d'un an). Il justifiait son geste de façon têtue et absurde en invoquant les difficultés rencontrées pour honorer des dettes.

De son côté sa femme en parlant de la période pendant laquelle son mari avait prémédité son suicide affirmait ne rien avoir remarqué de la gravité du mal-être de son mari. Elle répétait naïvement: «Il semblait heureux» et ajoutait que cette période avait été pour elle la plus belle de sa vie!

Le blocage affectif de ces parents, centré sur la négation de leur souffrance relationnelle, est de toute évidence très important, et propre à générer de véritables méconnaissances de la réalité.

Toutefois ce qui est un remède partiel pour le parent (répression du malaise) devient pour l'enfant un énorme imbroglio: Antonio croit pouvoir se fier entièrement à un père aimant et sûr; il ne peut voir à quel point il est faible, tourmenté, et plein de terribles rancunes! *La méconnaissance du malaise du père devient pour le fils une trappe*.

Le concept de méconnaissance de la réalité peut permettre de trouver une issue à l'impasse dans laquelle Fromm, Reichmann, Ariet et autres, s'étaient retrouvés: dans le processus familial: *ce n'est pas tant la pathologie du parent qui compte que la dissimulation de la souffrance*.

Un cas de ce type a été présenté par Arieti dans son livre « L'interprétation de la schizophrénie » (1955). L'auteur décrit de façon narrative un cas de schizophrénie qui lui avait été raconté par le frère d'un de ses patients névrotiques. Il expose en détails la pathologie sadique du père qui se manifestait surtout sur ses enfants. C'est presque par hasard que Arieti raconte de quelle façon son patient avait découvert assez tôt que son père mythifié en famille comme héros de la résistance antinazie ne fut en réalité qu'un pauvre embusqué. Mais le frère schizophrène qui ne l'avait jamais su avait vécu avec la fausse image d'un père exceptionnel.

La méconnaissance n'est pas la cause des troubles mentaux

Les secrets familiaux qui excluent le patient ne peuvent être en eux-mêmes particulièrement nocifs. Le secret familial est seulement un symptôme relationnel très important. (Je développerai la notion de « secret » dans un prochain article). En soi la méconnaissance ne peut être le facteur principal des psychoses. Je la définirai plutôt comme *facteur potentiel de risque psychotique*. On connaît tous, même hors de contextes cliniques, des enfants qui ont une vision très idéalisée ou de toute manière fausse des parents et qui ne sont pas pour autant psychotiques.

On doit être capable d'accéder à une vision complexe et multifactorielle des modèles relationnels familiaux. *La présence simultanée de plusieurs facteurs de risque semble essentielle.*

Les trois premiers sont encore de type familial :

1. *La méconnaissance de la réalité* dont on a parlé plus haut.
2. *Une déformation globale du parcours évolutif à partir des relations d'attachement de base.* Le patient se trouve, au sein du processus familial, dans une position difficile ou dramatique, là où ses besoins psychologiques fondamentaux sont frustrés. Un exemple parmi d'autres et que nous développerons plus avant : la faculté de destruction du père comme dans le cas Schreber ou dans celui de Franco (Selvini 1992), où ce dernier attaque le fils sur la base d'une rivalité inconsciente pour la possession de la mère. Dans ce facteur de risque on peut voir les possibles inadaptations des parents à leur rôle : négligence, exploitation, maltraitance, difficulté de percevoir les besoins émotifs de l'enfant, etc.
3. *L'intensité émotive négative* (Gottman 1994) de ces processus relationnels et donc leur faculté destructrice très élevée ; pour rester sur l'exemple de la rivalité père-enfant, l'universalité d'une telle dynamique est évidente. Pour qu'elle devienne dangereuse, il faut qu'elle prenne une forme exacerbée et qu'elle dépasse bel et bien l'attachement positif et universel père-enfant.

Dans notre investigation clinique, un intéressant indice quantitatif et linéaire pourrait être offert par la comparaison entre la prépondérance de graves troubles psychiques chez les parents de schizophrènes par rapport aux parents d'anorexiques et de boulimiques. Cette différence est en effet trois à quatre fois supérieure chez les premiers, ce qui laisse supposer l'existence de souffrances plus importantes chez les parents des schizophrènes. Corrélativement maintes recherches ont clairement

démontré (Fava Viziello et coll., 1991) que de nombreux parents atteints de troubles mentaux graves n'ont pas d'enfants sérieusement troublés. Cela confirme l'inutilité des tentatives mises en œuvre pour isoler un facteur de risque unique. En effet notre groupe pense qu'on peut psychologiquement survivre à des situations très négatives du point de vue de la traumaticité des relations et de leur intensité émotive négative sans la présence du facteur de risque qui nous occupe ici : la méconnaissance de la réalité.

Si le traumatisme est évident pour le patient, si des « témoins affectifs » de poids l'ont aidé à être conscient, alors l'inévitable malaise n'aura jamais de dimension psychotique. Ceci nous conduit à un autre facteur de risque non spécifique et extra-familial : la présence conjointe des trois variables familiales déjà mentionnées (méconnaissance, déformation globale du parcours évolutif et intensité) peut ne pas produire de phénomènes psychotiques en l'absence d'un autre facteur de stress *extérieur à la famille* (échec scolaire ou professionnel, crise sentimentale, etc.). Un support affectif ou, pour le moins, une confirmation de la valeur de l'individu se manifestant à l'extérieur du noyau familial peut compenser la situation, prévenir le déséquilibre psychotique et permettre ainsi la régression partielle des symptômes, même si les variables familiales restent identiques. L'événement stressant n'est pas seulement « la goutte d'eau qui fait déborder le vase » mais peut également obliger un enfant à se heurter à une éventuelle méconnaissance de ses parents.

Ces hypothèses multifactorielles nous semblent également confirmées par le fait que plusieurs frères et sœurs partageant les mêmes illusions (en termes d'idéalisation des parents) présentent des pathologies à des niveaux de gravité très différents. On peut expliquer cela en cherchant à identifier les autres variables de type familial et non-familial.

Les processus de méconnaissance: un schéma en cinq types

Au-delà du fait que les processus de méconnaissance ne sont pas, en eux-mêmes, la cause des psychoses, il semble néanmoins intéressant de les approfondir. Comme je l'ai déjà précisé, le concept de méconnaissance découle d'une généralisation du concept d'idéalisation. L'idéalisation est un concept psychodynamique classique revisité par A. Miller (1981) qui en propose une traduction dans un sens rationnel en dépassant la traditionnelle acception intra-psychique de type Kleinien.

Selon M. Klein (1921-45), en effet, l'idéalisation est un mécanisme de défense utilisé par le patient pour contrôler ses pulsions agressives (vers l'objet). Sans du tout nier cet aspect (c'est-à-dire le besoin de l'enfant de « sauver » ses parents), mais en accord avec Miller on mettra l'accent sur l'aspect relationnel : *le patient est objectivement désorienté par les parents qui s'auto-idéalisent* (ou se mystifient) et qui, en se masquant initialement leur souffrance, occultent également les conséquences de ces malaises dans la relation duelle avec l'enfant. Ainsi, dans le cas de la mère d'une anorexique, la négation de la souffrance – née d'avoir été depuis toujours l'esclave des besoins émotifs du conjoint – l'empêche de voir ses carences, sa propre absence, et son manque de disponibilité, dans son rapport avec sa fille.

Par le terme idéalisation, on définit donc une vision de soi ou de l'autre, entièrement uniforme et exagérément positive, sans conscience de l'existence de défauts et donc sans aucune capacité critique (ou autocritique) que ce soit sous forme de reproche, d'ironie ou d'humour.

Des phénomènes de ce type nous avaient frappés, aussi bien chez nos patients que chez leurs parents. On peut penser en particulier au désarroi profond ou à l'apparente surdité totale de nombreux schizophrènes, face à nos efforts pour mettre en évidence des comportements inacceptables de la part de leurs parents. On assiste à un authentique blocage de la pensée chez des sujets qui, à d'autres moments, apparaissent doués de capacités intellectuelles normales, voire supérieures à la moyenne. Nous avions aussi frappés des comportements plus rares et apparemment opposés – de rage et de mépris manifestés par des patients psychotiques envers leurs parents. Les critiques étaient idéologiques ou insensées (du genre: «Tu me dégoûtes comme tous les chrétiens» lancé à une mère très peu pratiquante). Finalement le constat qu'il existait des patients oscillant rapidement entre la démonisation et l'idéalisation des parents nous permit de grouper ces phénomènes sous le dénominateur commun de méconnaissance. On entend par là *l'incapacité d'une perception cognitive et affective de soi-même ou des personnes les plus importantes, du point de vue des relations vraisemblables et non-stéréotypées.*

Nous avons ainsi commencé à nous interroger pour savoir si ces phénomènes d'idéalisation ou de méconnaissance étaient des épisodes isolés ou une constante présente dans tous les cas de grave trouble psychique. C'est de là que notre recherche a commencé. La condition nécessaire est celle d'un contexte psychothérapeutique où la famille est prise en charge de façon intense et prolongée. Il s'agit de relever la façon dont les différents membres de la famille se présentent et présentent leurs principales relations familiales au tout début de la consultation psychothérapeutique, pour ensuite confronter ce qui en émerge au fil des années à travers un processus thérapeutique impliquant toute la famille. La condition nécessaire de cette recherche consiste à ne pas s'indigner de l'évidente insincérité de la famille. Les familles en question nous «mentent» de la même façon qu'elles «se mentent» à elles-mêmes. Il va de soi que les cas de fausse motivation, d'envoi forcé en thérapie, ou de mensonge délibéré, ne sont pas pris en compte. On a commencé une observation systématique qui a abouti à une première schématisation. Les phénomènes de méconnaissance peuvent être observés et décrits en cinq types différents.

Premier type, la méconnaissance relative à la façon dont les parents considèrent leur famille d'origine

On peut schématiser en deux catégories les phénomènes répétitifs de ce genre qui nous ont frappés.

1. *L'idéalisation absolue de situations de grave malaise, voire de mauvais traitements.* La mère de Sandra (celle-ci étant très gravement anorexique) nous parle

de sa mère dès les premières séances avec beaucoup d'admiration. C'est cette dernière qui a élevé ses filles dans la mesure où elle devait travailler dans le magasin de son mari. Sandra a donc été élevée chez la grand-mère à laquelle elle est très attachée jusqu'à l'âge de six ans. Ce n'est qu'après un an de thérapie inefficace que la mère de Sandra sera capable de nous dévoiler des souvenirs incroyables. Sa mère (la grand-mère de Sandra) était enceinte d'elle avant de se marier avec un homme qui la rendait malheureuse. Il arrivait parfois qu'après s'être disputée avec son mari, elle traînait son enfant – alors âgé de 7 ou 8 ans – dans un coin sombre de la maison, lui mettait à la main un grand coudeau et, tout en criant «C'est ta faute tu m'as gâché la vie en venant au monde!», l'incitait à la tuer. La découverte de ces faits nous a permis de comprendre comment l'apparente générosité de la grand-mère envers sa fille représentait une tentative de rachat et de réparation d'une maternité faillie. Tentative de rachat qui eut pour conséquence de contribuer de façon tragique à un autre échec, concernant lui, le rapport entre sa fille et sa petite-fille.

2. Le deuxième phénomène qui nous a frappés est celui de la négation de la souffrance et des *inévitables distorsions dramatiques* de l'évolution enfantine-adolescente normale provoquées par des conditions familiales. F. Fromm Rechmann dans ses «Principes de Psychothérapie» (1950) écrivait: «Souvent ce ne sont pas les événements passés de sa vie que le patient oublie mais plutôt les réactions émotives qui ont accompagné ces événements et qui en ont découlé». «Les expériences trop douloureuses dont le souvenir provoquerait trop d'anxiété, ont été dissociées ou réprimées par les patients durant leur vie, de telle sorte qu'elles n'ont pu être assimilées. Répression ou dissociation ne signifient pas pour autant la disparition de ces faits mais la simple volonté de les oublier» (p. 94). Le père de Paolo, un schizophrène chronique grave, se souvient de quelques comportements étranges de la part de sa mère – ces comportements étant les manifestations d'une psychose post-partum – mais les interprète dans un sens qui lui est favorable: ils lui ont apporté de l'amusement et de la créativité. Dans d'autres cas, les enfants maltraités par des parents alcooliques, se présentaient comme renforcés ou indifférents (invulnérables) par rapport aux vécus dramatiques de leur enfance.

Deuxième type: la méconnaissance de soi-même de la part de chaque parent

1. *En tant que personne.* Il s'agit d'un cas dont on a déjà parlé. Le père d'Antonio se présente comme un pilier, la seule personne valide et fiable, dans une famille à gros problèmes; la mère d'Antonio est une dépressive chronique psychiatriquée, la tante paternelle une ex-schizophrène déjà hospitalisée à l'asile psychiatrique; la sœur d'Antonio, une fille immature et inconséquente. Après quelques séances familiales insatisfaisantes comme on l'a déjà dit, une des tantes paternelles nous informa par téléphone, d'une part, de la tentative de suicide du père alors qu'Antonio était très petit et sa femme à nouveau enceinte, et d'autre part de ce que, par la suite, il n'avait jamais donné d'explication convaincante de son geste.

2. *En tant que partenaire dans un couple.* Les parents de Franco, un psychotique chronique grave et suicidaire, se présentent comme un couple exceptionnel quant à l'intensité et la créativité de leurs rapports. Mais il apparaît que le père a eu depuis toujours, de nombreuses et longues relations extra-conjugales, dont sa femme n'a jamais soupçonné l'existence.

3. *En tant que parent.* La mère de Carla, une jeune femme de vingt-trois ans souffrant des séquelles d'une grave psychose infantile, se présente comme une mère dévouée et très présente. Ce n'est qu'après presque deux ans de thérapie qu'elle réussira à avouer certains comportements sadiques infligés à sa fille quand celle-ci était petite, et comment elle réussissait parfois à les éviter en plongeant, en cachette, de petits animaux vivants (souris cobayes) dans l'eau bouillante, de telle sorte que leurs cris apaisent sa fureur angoissée.

Ce qui apparaît saillant dans de tels phénomènes de méconnaissance, c'est une *triple duperie*: la duperie à l'égard de l'enfant, l'auto-duperie du parent vis-à-vis de lui-même, et la collusion du conjoint dans la duperie/auto-duperie. Pour quelle raison la mère d'Antonio ne dévoile-t-elle pas la façade de perfection d'un mari qu'elle semble pourtant haïr? Comment la mère de Franco n'a-t-elle perçu aucun indice de la double vie de son mari? Quant au père de Carla, il apparaît qu'il avait parfois assisté aux traitements sadiques que sa femme infligeait à l'enfant. Pourquoi les avait-il minimisés ou oubliés?

Troisième type: méconnaissance de l'image des parents de la part du patient et de ses frères

On a pu observer quatre situations possibles:

1. *Idéalisation.* Antonio vit son père (le suicidaire manqué) comme un point de repère essentiel, se fie à lui pour tout comme lorsque, petit garçon, il regardait les matchs à la télévision dans ses bras. Il n'y a de sa part aucune critique verbale ou autre envers son père.
2. *Démonisation.* Sandra l'anorexique élevée par la grand-mère manifeste à l'égard de ses parents une rancune confuse et indifférenciée. Selon elle ses parents « sont affreux » mais les raisons en sont idéologiques (elles les accuse d'être attachés à l'argent, matérialistes...). Elle n'exprime aucune critique réaliste et précise, particulièrement en ce qui concerne les rapports personnels.
3. *Oscillation entre démonisation et idéalisation.* Pietro un schizophrène grave et chronique oscille entre des attitudes totalement opposées à l'égard des deux parents: on relève des attaques destructives (« Vous êtes des criminels ») ou des sentiments de reconnaissance absolue pour leur bonté et leur disponibilité du genre: « Sans vous, je ne pourrais pas survivre ».
4. Des situations très rares, où le patient semble en mesure de donner une description réaliste, au moins partielle, de ses parents, en soulignant certaines qualités et certains défauts spécifiques.

On a l'impression que les patients ont surtout tendance à fusionner l'image des deux parents d'autant plus qu'ils sont gravement atteints. Dans les cas moins graves on trouve au contraire une plus grande capacité de les différencier. Dans les cas graves la différenciation semble se manifester à travers des actes. Pietro, par exemple, frappe surtout son père. Antonio insulte et humilie seulement sa mère.

Dans ce sens on vérifie chez les frères des patients une capacité plus grande à différencier l'image des deux parents et les percevoir de façon plus réaliste.

Quatrième type: la méconnaissance du patient vis-à-vis de lui-même

Les phénomènes de négation ou de minimisation des souffrances et des difficultés qui caractérisent les adolescents borderline ou psychotiques sont bien connus. Palazzoli (1991) affirmait dans un récent workshop: « La négation tête de leur souffrance et de leur pathologie, si souvent présente chez les enfants patients, trouve sa matrice dans des présomptions identiques à celles des précédentes générations de son groupe dans le sens d'une même méconnaissance de la réalité ».

Cinquième type: méconnaissance du patient de la part des parents

Le processus de méconnaissance de la réalité ne peut qu'impliquer la perception que les parents ont de leur enfant. On remarque en effet, et très souvent, des attitudes de critique et de dépréciation extrêmes, ou au contraire des surestimations incroyables, de la capacité de l'enfant à agir de façon adéquate. Giacomo, un garçon de quinze ans très renfermé et dissimulé, qui s'intéresse seulement à la lecture des horaires des trains, était en thérapie chez nous, envoyé presque de force par les services administratifs compétents; il était perçu par les parents comme un garçon un peu timide et immature qui, avec le temps, se serait sûrement aligné sur ses amis. Giacomo était mutacique électif en situation d'échec scolaire; sa mère le lavait et l'habillait tous les matins. Mais en dépit de tout ça, les termes « malade », ou « handicapé » provoquaient chez les parents des réactions furieuses! A l'opposé, on trouve le cas de Fabio, un jeune de vingt ans, considéré par la mère comme un handicapé incurable, pour la seule raison qu'à l'âge de huit ans, il avait eu une première et unique crise d'épilepsie et alors que, depuis des années, les EEG étaient normaux et qu'il ne prenait plus de Gardenal.

L'interconnexion entre les différents types de méconnaissance

Sur le plan clinique, l'interconnexion entre ces différents types nous a beaucoup frappés. On a souvent remarqué que d'importants changements, presque une réaction en chaîne, se produisaient dans les différents types de méconnaissance dès que l'un d'entre eux était mis en discussion. Cette observation est d'une utilité fondamentale dans l'étude des indications ou des stratégies concernant la prise en charge de la famille entière dans le traitement des psychoses. Cela confirme non seule-

ment l'utilité de la prise en charge de tous les composants de la famille (surtout dans les cas les plus graves) mais cela nous aide aussi à trouver des stratégies flexibles d'accès à la mise en question des méconnaissances, de la part de chacun des membres de la famille.

L'expérience nous a montré qu'une autocritique constructive – même limitée à un seul des membres de la famille et même en l'absence d'une participation active à la thérapie des autres composants de la famille – peut apporter des changements significatifs. Par exemple quand la mère de Sandra dont on a déjà parlé, commença à se rappeler les violences subies par sa propre mère, elle modifia son attitude critique et négative envers sa fille anorexique. Cette dernière, à son tour, commença à ne plus nier sa souffrance, à sympathiser avec sa mère et à sortir de son état anorexique. De la même façon, le travail avec les divers composants de la famille a un sens quand le patient refuse radicalement toute aide thérapeutique. Il s'agit naturellement de stratégies (travail avec une seule personne/travail sans le patient) à employer en deuxième instance, la stratégie première consistant à agir de façon spécifique en impliquant tous les membres de la famille dans l'optique d'une union entre travail avec la famille et travail individuel.

Franco (Selvini, 1992) qui refusait depuis des années toute thérapie, fut entraîné, non sans mal, en consultation avec sa famille. Au cours de la deuxième séance intervint la révélation sensationnelle des relations extra-conjugales du père. La réaction de Franco fut de commencer immédiatement un traitement pharmacologique et psychothérapeutique individuel.

Ce sont ces connexions entre les différents niveaux de connaissance qui sont d'une utilité clinique fondamentale. Dans le cas de Franco, le fait que son père ait toujours eu ces relations n'était pas, en lui-même, d'une grande importance.

Ce qui était beaucoup plus intéressant, c'est que son père avait été capable de concilier en toute bonne foi ses relations avec l'amour sincère (accompagné d'une bonne entente sexuelle) qu'il portait à sa femme. Cette contradiction spécifique montra l'énormité de sa distorsion avec la réalité. Fut aussi très significative, en parallèle, l'absolue certitude de sa femme concernant la perfection de son rapport de couple.

Pour cette raison spécifique, la révélation du secret fut, dans ce cas, fondamentale pour pointer la distorsion de la réalité au niveau des parents. Ceci n'est naturellement pas valable dans tous les cas de relation extra-conjugale. Souvent, la connaissance de telles relations ne donne au thérapeute aucun enseignement supplémentaire dans un contexte d'évidente déception conjugale.

Pardon, compassion et empathie

Corriger la méconnaissance de la réalité ne représente pas pour le thérapeute un objectif final mais seulement une étape du processus de changement. Le risque objectif existe que le patient passe de l'idéalisation à la démonisation ou au mépris, avec pour seul résultat de se sentir encore plus seul, désespéré et enragé. Un objectif très important pour le résultat de la thérapie est de développer la capacité du patient à se mettre à la place du parent, à éprouver de la compassion pour ses souff-

rances en tant qu'enfant et adulte pour être capable à la fin de lui pardonner le mal subi. Il s'agit d'un programme thérapeutique déjà décrit par beaucoup d'autres, en particulier avec une grande clarté par N. Paul (1970).

Le propre de la thérapie de la famille est d'intégrer des stratégies thérapeutiques, spécifiques au patient, et des stratégies visant à produire des changements réparateurs de la part des parents. *Aider les parents à découvrir, accepter, et intégrer leurs propres distorsions de la réalité, est donc une étape fondamentale pour qu'ils puissent anticiper l'empathie, la compassion et le pardon de leurs fils ou y faire écho.*

Conclusion

Avec le dépassement d'importantes limites du modèle systémique (le tabou de l'individu et de la dyade) la thérapie familiale est en train de chercher des concepts susceptibles d'aider le thérapeute à conjuguer les dimensions individuelle et relationnelle-familiale. Je souhaite que cette réélaboration du concept classique d'idéalisation en méconnaissance de la réalité puisse être de quelque utilité.

Matteo Selvini

Scuola di Psicoterapia della Famiglia
di Milano

Viale Vittorio Veneto 12
20124 Milano
Italie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andersen C. (1986): «The all too short trip from positive to negative connotation», *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 4, pp. 351-4.
2. Arieti S. (1955): *Interpretation of schizophrenia*, Robert Brunner, New York.
3. Bateson G. et al. (1956): «Toward a theory of schizophrenia», *Behav. Science*, 1, pp. 251-264.
4. Bowen (1960): *La différenciation du soi*, ESF, Paris 1984.
5. Bowlby J. (1980): *A secure base*, Routledge, London.
6. Doane J., Diamond D. (1994): *Affect and attachment in the family*, Basic Books, New York.
7. Fava, Viziello G., Disnan G., Colucci M.-R. (1991): *Genitori psicotici*, Bollati-Boringhieri, Torino.
8. Framo J.-L. (1992): *Family of origin therapy: an intergenerational approach*, Brunner-Mazel, New York.
9. Fromm Reichmann F. (1950): *Principles of intensive psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago.
10. Gottman J. (1994): «Why marriage fail» *Family therapy Networker* May-June, pp. 40-48.
11. Haley J. (1987): «Therapy. A new phenomenon» in Zeig J. (ed) *The evolution of psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel.

PARADIGME ET CRISE: ENTRE RISQUE ET POSSIBILITÉ

Dora FRIED SCHNITTMAN, Saúl I. FUKS*

Résumé: *Paradigme et crise: entre risque et possibilité* – Cet article se centre sur un modèle autoréférentiel des paradigmes et crises et propose la thérapie comme un contexte génératif où la famille co-construit activement avec le thérapeute ses « mondes possibles ». Liberté, choix, responsabilités et contraintes font partie de ce processus.

Summary: *Paradigm and crisis: between risk and possibility* – This article focuses on a self-referential model of paradigm and crisis. Therapy is seen as a generative context where family and therapist actively co-construct « possible worlds ». Freedom, choice, responsibility and constraints are part of the process.

Mots-clés: Paradigme – Crise – Conversation thérapeutique – Modèle autoréférentiel – Co-construction – Possibilités émergentes.

Key words: Paradigm – Crisis – Therapeutic conversations – Self-referential model – Co-construction – Emerging possibilities.

Introduction

L'histoire du développement des familles, en particulier la crise et ses résolutions, donne forme aux présumés, croyances, compréhensions, perspectives partagées, à propos d'elles-mêmes et du monde dans lequel elles vivent. Dans ce devenir, surgit et resurgit le devenir familial.

L'axe de travail que nous présentons dans cet article propose de considérer la thérapie comme un processus de co-création de contextes rendant possible l'exploration des territoires affectifs, cognitifs et d'action. Il est orienté vers la création de conditions de possibilités (tant subjectives, intersubjectives que sociales), en direction du surgissement de « réalités » alternatives plus complexes que celles existant et d'un élargissement de l'expérience des participants.

Il promeut l'exploration et le dessin de futures alternatives et implique une transition d'une « épistémologie quotidienne » basée sur la simplification disjonctive, à une autre épistémologie alternative soutenue par la complexification inclusive.

Ces « mondes possibles » (existant au-delà des restrictions), surgissent dans les bifurcations et les oscillations des processus critiques. (Fried Schmitman et Fuks, 1993).

* Directrice et Co-directeur de la Fundación INTERFAS – Buenos Aires – Argentina.

12. Klein M. (1921-1945): *Contributions to Psycho-Analysis 1948-1964*, McCraw-Hill, New York.
13. Kohut H. (1981): « Introspection empathy and the semicircle of mental health » *Int. J. Psychoanalysis*, 63, p. 395.
14. Laing R. Esterson A. (1964): *Sanity Madness and the Family*, Tavistock Pub, London.
15. Leff J., Vaughn C. (1985): *Expressed emotion in families*, Guilford, New York.
16. Lidz T., Cornelison A., Fleck S., Terry D. (1957): « Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. I The father » *Psychiatry*, 20: 329-342.
17. Luepnitz D.-A. (1988): *The family interpreted*, Basic Books, New York.
18. Main M., Hesse E. (1990): « Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightened parental behavior the linking mechanism? » in Greenberg M.-T., Cicchetti D., Cummings E.-M. (Eds). *Attachment in the preschool years*, pp. 161-185, University of Chicago Press Chicago.
19. Miller A. (1981): *Thou shalt not be aware: society's betrayal of the child*, Farrar Straus G. Roux 1984, New York.
20. Palazzoli M. (1986): « Toward a general model of psychotic family games », *Journal of marital and Family Therapy*, vol. 6, N°1, pp. 3-9.
21. Palazzoli M. (1991): *workshop: La sfida delle psicosi*, Milano, Settembre.
22. Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.-M. (1990), *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
23. Paul N. (1970): « The role of a secret in schizophrenia », in Ackerman (Ed.) *Family Therapy in transition*, Little, Brown and Company, Boston.
24. Schatzman M. (1971): Paranoïa or persecution: the case of Schreber, *Family Process*, 10, 2, pp. 177-207.
25. Selvini M. (1992): « Schizophrenia as a family game » *Family Therapy Networker May-June*, pp. 81-86.
26. Selvini M., Palazzoli M. (1991): « Team consultation: an indispensable tool for the process of knowledge », *Journal of Family Therapy*, 13, 31-52.
27. Wynne L.-C., Thaler Singer A. (1963): « Thought disorders and the family relations of schizophrenics », *Archives of General Psychiatry*, 9, 191-206 and 12, 187-200, 201-212.

Construction sociale de la réalité

Systèmes explicatifs personnels et paradigme familial

Berger et Luckmann (1966) ont formulé la proposition d'un groupe primaire intime développant sa propre conception de la réalité comme un dérivé des règles interactionnelles habituelles. Ainsi la famille développe dans ses interactions des notions partagées sur le monde social et l'inanimé.

Des chercheurs cliniciens de la famille, en particulier David Reiss (1981) et ses collaborateurs, suivant cette tradition, ont étudié la manière qu'ont les familles d'élaborer et maintenir dans leur pratique sociale, leur construction partagée de la réalité. Dans ce but, ils introduisent la notion de paradigme familial, compris comme l'ensemble de prémisses partagées qu'une famille utilise pour rendre compte du monde, coordonner et prédire les cours d'action privilégiés de ses membres.

Ce paradigme se manifeste dans la famille de différentes manières: en premier lieu, opérant comme un ensemble de présuppositions qui encadrent et spécifient les propriétés du monde perceptuel, sa compréhension, les conclusions permises, etc. Ces présuppositions fonctionnent comme métarègles, comme organisateurs de méta-points de vue pour la coordination de la diversité des croyances et pratiques d'une famille.

En second lieu, le paradigme se manifeste aussi dans les règles d'interaction qui organisent la vie quotidienne de la famille. Ces règles donnent forme aux relations familiales quotidiennes, synchronisant les activités des membres, la relation avec le monde externe et la continuité de la famille avec son propre passé.

Le paradigme familial peut être obtenu comme le dessin multidimensionnel, à la fois autopoïétique (Maturana et Varela, 1980) et décentrable, comme un réseau comportant des nœuds et centres privilégiés pour la pratique et la construction sociale qu'effectue la famille. Pourtant, le paradigme n'est ni homogène ni statique, mais plutôt recentrable, avec des *attracteurs* divers (Fried Schnitman, 1989a). Les organisateurs sont une fonction et non une entité; ils peuvent être considérés comme des points provisionnels dont le maintien ou le changement dépendra autant des interactions des membres de la famille que de la perception et l'interprétation de ces actions par une partie de ses membres. Le concept de paradigme est un concept de deuxième ordre (von Foerster, 1982) qui rend compte des capacités et limites de ces croyances et interactions, du ressenti et de l'identité familiale, qu'il maintient et par laquelle il est, à son tour, maintenu de manière réursive.

Le concept de paradigme privilégie l'opération active de construction que la famille et chacun de ses membres fait de ce qui sera sa réalité, ses croyances et pratiques, en même temps qu'ils émergent comme sujet de cet acte de construire. En ce sens, la construction de la «réalité familiale», la pratique sociale, le ressenti et l'identité font partie d'un même processus réursif. Cette pluralité de connexions contient la connaissance de la «réalité» diffuse dans les trames inter et intra-subjectives.

Dans une boucle autoréférentielle, le paradigme, construit et partagé par les membres de la famille, organise ceux-ci et est recréé en permanence par le partage

des croyances dans la pratique sociale. L'identité familiale surgit du maintien relatif de ce processus et contribue à son maintien.

Ce modèle de changement et d'évolution converge avec un paradigme évolutif établi par Prigogine (Fried Schnitman, 1989b).

Paradigme et crise familiale

Les périodes de crises dans l'histoire familiale constituent un élément conceptuel essentiel pour comprendre les processus de désorganisation-réorganisation familiale et le décentrement-recentrement de son paradigme.

La désorganisation familiale et les crises disloquent les points de vues privilégiés, décentrent les modes antérieurs de construire la réalité, les prémisses de base et la manière de fonctionner ensemble, et amènent la famille à reconsidérer la «culture familiale» de référence.

En même temps, de la crise et de la désorganisation, surgissent de nouveaux paradigmes.

Le processus fondamental à travers duquel la famille se récupère d'une crise est la construction collaborative de nouveaux centres qui configurent la «réalité» – en premier lieu autour de la crise même, et ensuite, par un processus de nucléation, d'un spectre très ample de la réalité physique et sociale. Ces nouveaux centres sont organisateurs de la coordination sociale et de la subjectivité.

Fonctionnement implicite

Quand la relation entre le paradigme et la pratique des membres de la famille est relativement congruente, ses membres agissent de manière coordonnée, éprouvent un sentiment d'identité et de prédictibilité basé sur la coordination et le partage d'un méta-point de vue. En ce sens, la famille fonctionne implicitement. Il y a dans le ressenti de la famille une prédominance de l'appartenance et du consensus. Le temps peut être construit de manière réversible.

Pourtant, dans tout le groupe social, le paradigme – les organisateurs de croyances et pratiques – se modifie en se construisant ou reconstruisant en permanence au cours du temps. Un des ingrédients de l'adaptation humaine consiste justement dans la capacité de transformer les pratiques sociales et les paradigmes. La générativité de la famille, la création de nouvelles formes d'action sociales et nouvelles idées, sont aussi importantes que son habileté à les conserver. (Fried Schnitman, 1983).

Lorsque diminue la congruence entre le paradigme et l'action sociale de la famille, diminue aussi le consensus entre les membres et l'habileté à agir de façon coordonnée, opacifiant le sentiment d'identité (Reiss, 1981).

Lorsque ceci arrive, le fonctionnement cesse d'être implicite, la coordination diminue, les membres commencent à se questionner sur la nature des relations familiales, de l'activité quotidienne, des rituels et croyances de la famille, ainsi que de leur appartenance. La famille y gagne en possibilités de générer quelque chose

de différent, de nouvelles idées et de nouveaux schémas, mais y perd en appartenance et en fonctionnement implicite.

On peut décrire la crise comme l'anticipation par une partie de la famille d'une bifurcation possible, d'un point d'irréversibilité qui fait irruption comme imminent, imprévisible; et dans laquelle au moins l'une des branches conduirait à une possibilité de situations inconnues.

Les crises peuvent être considérées comme le moment d'oscillation maximale d'un système. Dans ces oscillations, sont contenues les tentatives pour maintenir stables processus et structures qui ont été significatifs comme constituants de l'identité. Pourtant est aussi présente la tension produite par la poussée évolutive, charité d'espérances et de menaces. (Fried Schmitman & Fuks, 1992; Morin, 1976)

La crise comme oscillation

Réversibilité entre stress, crise et désorganisation Familiale

La désorganisation familiale face à une situation de stress et de crise implique que le groupe en tant que tel ait perdu, à des degrés divers, le répertoire partagé de compréhensions, traditions, rituels, présuppositions, secrets, etc. qui lui permettent de fonctionner de manière implicite et constituent la texture de la vie familiale. Cette trame que la famille a tissée à travers de l'acte de vivre ensemble, et qui apporte identité et prédictibilité, se décentre et commence à se rompre. Une bonne part de celle-ci, bien qu'elle détermine la famille, s'étend au-delà de la conscience de ses membres. Sa modification apparaît dans le ressenti de la famille comme une surprise, une désorientation, comme quelque chose de déconcertant, une inconnue que les membres essaient d'expliquer de manière réitérée.

Le processus de désorganisation-réorganisation sera endigué ou mènera la famille à des modifications radicales. Son amplitude dépendra précisément de l'interaction entre un ensemble de contextes et processus de la famille.

Dans cette interaction, la profondeur de la crise, la désorganisation/dislocation du paradigme et les restrictions pour générer de nouveaux méta-points de vue vont de pair.

Réorganisation: nucléation réussie/états oscillatoires

Pourtant, dans les moments de grave désorganisation familiale, les paradigmes se réorganisent dans le processus de construire des alternatives, des constructions partagées sur les événements stressants et sur les alternatives, sur la réponse de la famille à la crise et le type de solutions requises. Cette construction qui émerge comme réponse active de la famille en situation de crise est liée à ses propres efforts pour restaurer l'intégrité.

Ainsi les épisodes qui ont la possibilité de créer des domaines de sens et de pratiques que la famille perçoit comme pertinents configurent des noyaux alternatifs

qui peuvent s'étendre et se convertir en contextes et pratiques privilégiées d'interprétation (inspiré par Cronen et coll., 1982).

Dans un processus réussi, la famille construit une alternative, un noyau de prémisses et de schémas nouveaux qui lui permettent en même temps de se modifier et retrouver un consensus. Elle commence ainsi un processus de construction de sens qui donne du sens à la vie en commun, entrant ainsi dans un état caractérisé par un processus de nucléation, où une nouvelle alternative s'amplifie et établit progressivement une réorganisation de la famille accompagnée de modifications plus ou moins significatives dans l'acte d'agir ensemble et dans ses prémisses de base.

Mais ce nouveau noyau ne s'établit pas d'un seul mouvement: des turbulences sont dues aux processus chaotiques de la crise même, ainsi qu'à la concurrence entre les processus tendant à la stabilisation des schémas et prémisses antérieurs et ceux tendant à l'établissement de nouvelles alternatives.

Lorsque, à travers un processus de nucléation, s'établit la nouvelle organisation, on retourne à une prédominance relative des processus de maintien, et la famille s'installe progressivement dans un mode de fonctionnement implicite.

Difficultés de passage

Face à la dislocation du fonctionnement implicite, les familles réagissent de différentes manières:

1. **Etats oscillatoires:** Il y a des familles qui trouvent difficile de faire une transition leur permettant en même temps de rencontrer de nouvelles alternatives, de se réorganiser et de maintenir leur viabilité en tant que famille. Comme dans le cas antérieur, face à la dislocation du fonctionnement implicite, les familles se déstabilisent et entrent en crise. Mais bien qu'apparaissent de nouvelles alternatives de fonctionnement, celles-ci ne peuvent s'établir de manière dominante et, dans certains cas, ne survivent pas.

Dans leur résolution de la crise, ces familles maintiennent une situation de la crise particulière, exprimant ainsi leurs tentatives pour se réorganiser, tout comme leur impossibilité de consolider de nouvelles perspectives, des prémisses et schémas. Parfois, cette oscillation se convertit en une forme de fonctionnement stable dans laquelle coexistent schémas et prémisses antérieurs et essais de réorganisation. Ces états oscillatoires sont fréquents dans la clinique et l'on observe un état nouveau, vu que la famille ne peut maintenir le niveau de fonctionnement implicite antérieur, mais n'arrive pas non plus à se réorganiser.

2. **Rigidification du fonctionnement antérieur:** Un deuxième type de résolution relative de la crise sera un passage à une forme rigidifiée de fonctionnement dans un consensus forcé où s'exagère une modalité antérieure avec peu de survivance d'alternatives.

3. **La crise comme contexte critique privilégié:** Un troisième type de résolution consiste en une augmentation de la désorganisation pouvant conduire à la désorganisation de la famille.

4. **Réponses nouvelles bien qu'inappropriées:** Finalement, dans d'autres cas, apparaissent et persistent des réponses nouvelles, mais inappropriées, telles que les conduites symptomatiques, la violence, etc.

Les combinaisons de toutes ces modalités de résolution sont multiples. Pourtant il existe une trame commune tissée des oscillations entre le maintien de l'organisation antérieure et la recherche d'une nouvelle forme. Ces états oscillatoires s'accompagnent de discussions, variations dans le niveau de tension, importantes modifications affectives, changement dans l'identité et la perte de consensus.

Bien que les alternatives qui surgissent n'arrivent pas à prendre suffisamment de force pour que la famille se réorganise sur un mode de fonctionnement différent, il est possible d'en rencontrer si l'on observe la famille dans une optique duelle de stabilité et transformation.

Ces circonstances complexes – véritables dilemmes évolutifs – produisent souffrance et douleur, bien qu'ouvrant un champ de possibilités dans lequel changement et créativité deviennent possibles.

Possibilités émergentes: des épisodes aux alternatives

Dans notre conception, le moment critique est un instant privilégié du processus de transformation, vu que dans les bifurcations émerge la possibilité de construire les dilemmes qu'affronte la famille comme problématiques ou évolutifs.

Les dilemmes sont des constructions quotidiennes ou thérapeutiques dans lesquelles les options, restrictions, possibilités et incertitudes sont articulées comme descriptions narratives qui bloquent ou génèrent de nouveaux cadres de signification pour les oscillations.

La thérapie peut fournir un contexte génératif permettant la déconstruction de cadres et pratiques et favorisant un contexte dans lequel les participants peuvent explorer des alternatives.

Dans cette perspective, les conditions de possibilités créées dans la thérapie se convertissent en alternatives effectives quand elles peuvent être incorporées dans un cadre amplifié de significations et pratiques spécifiques.

Cette extension de l'expérience – aussi bien cognitive, affective, que d'action – amplifie la production ou l'utilisation des recours nécessaires pour pouvoir dessiner des lignes d'action orientées en direction du futur imaginé. (Fried Schnitman & Fuks, 1993)

Le domaine de la conversation thérapeutique: focus et pertinence

Toute conversation possède des paramètres établis par son propos et qui, à leur tour, en circonscrivent le domaine. La conversation thérapeutique possède des paramètres et un domaine organisé autant par ce que les gens présentent comme problème à résoudre dans le cours de la thérapie que par les nouvelles alternatives.

Le processus thérapeutique se meut entre le piétinement, le risque et la possibilité. Il se focalise sur la construction-déconstruction du paradigme dominant, dans le dessin des significations et pratiques partagées qui maintiennent la cohérence des systèmes d'action-signification, cohérence qui se maintient et est confrontée à l'irruption de la crise. Mais le processus thérapeutique explore aussi les épisodes et noyaux possibles de nouveauté, leur émergence et construction comme possibilité.

En somme, la pertinence dans un processus thérapeutique de ce type a un double aspect: a) un aspect constitutif; b) les possibilités émergentes. (Fried Schnitman & Fuks, 1993)

Une pratique sociale telle que la thérapie comporte une composante éthique donnée par la pertinence de la conversation avec le problème pour lequel consultent les participants. Elle présente aussi une composante esthétique donnée par sa pertinence avec la singularité de chaque consultant; un composant contextuel donné par la pertinence de la création d'un contexte thérapeutique; une composante implicite pertinente avec la définition du lien dans la perspective des participants, une composante existentielle pertinente avec les nécessités, aspirations, problèmes significatifs pour les personnes qui y participent. Le domaine de la conversation et ses paramètres fonctionnent comme un attracteur, comme un organisateur qui, à être « construit », rend possible le surgissement d'autres paramètres qui ont aussi la possibilité de se convertir en organisateurs, en attracteurs significatifs pour les consultants et qui balisent le cours du processus thérapeutique.

Dans la crise, à la manière des « attracteurs étranges » de la turbulence, l'augmentation des bifurcations rend chaotique les processus, installant incertitude et hasard.

Le processus de construction de la thérapie organise le champ, produisant un cadre dans lequel le chaos peut devenir créatif.

Depuis la circonscription de ce que nous pouvons dénommer domaine de la conversation thérapeutique, s'organise un dialogue qui a la forme d'un réseau ouvert où les participants, en tant que co-constructeurs de la conversation thérapeutique, avancent en créant significations et pratiques alternatives pour le problème et ses résolutions possibles.

Le réseau, toujours ouvert, s'enrichit du déroulement du processus thérapeutique; pourtant, il persiste, récursivement ancré par les paramètres de la conversation thérapeutique.

Ce modèle, prenant la thérapie comme un contexte de créativité, tend à concentrer son attention sur la détection et l'exploration des noyaux qui ont surgi dans la crise.

Ce centre oriente le thérapeute à transformer le maintien/questionnement des processus – de construction, de signification et d'action – en un champ de réflexion/opération de possibilités où l'incertitude et les dilemmes évolutifs traversent tout le processus.

La construction de futurs possibles, comme partie intégrante d'un processus de changement, implique l'exploration des modes de procéder afin de pouvoir accéder aux dits-futurs, agissant sur les circonstances présentes (Bruner, 1988).

Les « mondes possibles » construisent des identités et contextes probables qui, à être déployés, s'installent comme des options que l'on peut suivre ou non.

Les « mondes » créés dans la conversation se constituent en réalités virtuelles qui, une fois créées, possèdent une existence et se soutiennent comme réalités alternatives. Imaginer une « autre réalité », c'est en même temps imaginer les actions qui y conduisent et, par la même, une autre existence pour celui qui l'imagine.

Pertinence et créativité: début et fin d'une thérapie

Nous illustrerons ce processus avec deux segments d'un traitement de couple, correspondant à la première et cinquième séance. La métaphore d'anges et de personnes co-construite au cours du dialogue coopératif dans la première séance, se convertit en un noyau de transformation qui s'articule avec de nouvelles pratiques, et modalités d'interprétation et de nouvelles identités pour ce couple.

Dans la cinquième séance, cette construction métaphorique complexe apparaît déjà incorporée comme un « attracteur de signifiants » ou comme un noyau paradigmatique qui réorganise rétroactivement ou prospectivement les histoires racontées ou vécues.

La microscopie de ce type de construction d'un processus thérapeutique excède les limites de cet article, mais est développé dans Fried Schmitman & Fuks (1993a, 1993b).

Premier entretien

T.: Cela m'aiderait, si vous pouviez me raconter comment vous êtes arrivés à cette situation, à cette consultation.

O.: Je ne sais pas, c'est un peu difficile de commencer. Comment commencer-t-on ? (O. questionne M.)

M.: (tourne les yeux vers O. pour lui répondre, sourit en lui répondant et continue en regardant le thérapeute.): Je ne sais pas, c'est personnel pour chacun.

T.: Bon, peut être que vous m'aideriez en racontant comment vous êtes arrivés ici.

O.: Moi, je raconte pour ma part; toi (M. regarde O. sérieusement), essaie de parler de ce que tu peux et je dis ce que je peux, ainsi on ne parle pas l'un pour l'autre. Ça allait très mal (M. cesse de regarder O. et regarde le thérapeute). Je l'aime beaucoup, mais peut-être qu'elle ne s'en aperçoit pas. La manière dont je le dis n'est peut-être pas la bonne. Je fais des erreurs comme tout le monde. Bon, peut-être arrivons-nous à une étape de maturité où j'ai plus besoin d'elle et elle ne peut pas me donner ce que je demande, peut-être parce qu'elle n'a pas compris jusqu'à maintenant ce que je ressentais pour elle. Voilà pour ma part.

T.: Et que serait l'autre part ?

M.: Je pense que nous nous sommes mariés très jeunes.

T.: Oui, comment et à quel âge ?

M.: J'avais 18 ans et lui 19; peut-être n'étions-nous pas assez mûrs (se cache le visage dans les mains et commence à pleurer, sans bruit, avec des mouvements d'épaules presque imperceptibles).

O.: Peut-être qu'elle se sentirait plus commode en ce moment si je n'y étais pas... je n'y vois pas de problèmes... (M. dévoile son visage, arrange sa coiffure)

O.: Ça te gêne en ce moment ? Tu veux... parler... ?

M.: (fait un signe de tête négatif, sans regarder O.): Non.

T.: (à M.): Pardon, qu'est ce qui vous a rendu triste ?

M.: (sèche ses larmes du dos de la main, se mouche et sèche ses yeux avec un mouchoir sorti du sac): Nous nous sommes mariés parce que j'étais enceinte; je pense que nous avons mal démarré.

T.: Je n'arrive pas à comprendre. Qu'est-ce-que ça veut dire que vous avez mal démarré ? Comment se relie ceci au fait que vous vous êtes mariés parce que vous étiez enceinte ? Ceci veut-il dire que vous ne vous seriez pas mariés si vous...

M.: Je ne sais pas, peut-être n'étions-nous pas préparés. Parce que je pense qu'à cet âge, on n'a pas la maturité suffisante. Peut-être aussi que nous n'avions pas une grande éducation sexuelle et que, pour cela aussi, nous n'avons pas pu éviter la grossesse. Moi, d'une certaine manière, je crois que je l'ai toujours rendu coupable de ma grossesse.

T.: Combien de grossesses avez-vous eues ?

M.: Trois, mais les deux autres, je les... j'ai accepté les trois. Quand j'ai su que j'étais enceinte de ma fille, je ne sais pas si c'était par inconscience ou quoi, mais je ne suis pas sentie mal. Au contraire, je me suis sentie bien et je n'ai jamais repoussé ma fille. Et des autres grossesses... j'ai peut-être toujours voulu, inconsciemment, d'autres enfants. Je ne sais pas si, les autres grossesses, je les ai eues parce que c'était une forme de nous réaffirmer ou peut-être je ne sais pas, de m'accrocher à quelque chose, égoïstement. Par exemple, en ce moment, tout ce qui m'intéresse sont mes enfants. Peut-être que je me suis toujours conduite ainsi.

T.: Supposons que vous vous soyez toujours conduite ainsi: Qu'est-ce qui a changé maintenant, ces derniers temps; qu'y a-t-il de différent ?

M.: (reste silencieuse, puis continue de parler, la voix cassée par l'angoisse.): Je ne sais pas, j'ai senti soudain que je ne l'aimais plus. Je ne pourrais pas l'assurer avec fermeté, peut-être qu'il s'agit d'une crise due à l'âge ou à différentes causes, et je me sens étrange intérieurement. Ou alors, je vois qu'il essaie d'être le meilleur possible avec moi maintenant ou qu'il essaie de me démontrer des choses, ce qu'il faisait avant peut-être, mais d'une manière que je ne pouvais pas comprendre, ou alors à travers des choses matérielles. Maintenant, il exprime mieux ses sentiments, mais à moi, ça ne me fait rien. Et bien, je ne sais pas, je pense que je vais essayer de mettre le meilleur de moi-même pour voir si nous pouvons essayer de récupérer quelque chose.

T.: Une part de votre attente, vos désirs, vos envies, est d'étudier la possibilité de récupérer quelque chose ?

M.: Oui.

T.: Et qu'est-ce qui vous amène ici ?

O.: (M. ne le regarde pas, elle regarde devant elle avec le visage fixe, qui dénote une angoisse): Eh bien, mon problème, c'est que je plane, et que depuis un moment, pour cette raison, j'ai besoin de l'unique personne que je pensais comme un ange pour moi, c'est-à-dire elle, et je croyais pouvoir faire beaucoup de choses et dire beaucoup de choses et qu'elle ne pouvait jamais faillir. Bon, cette fois, ce fût comme si elle avait failli, et je veux essayer de ne pas perdre l'unique être que j'aime: elle.

T.: Serait-ce que – en ceci vous coïncidez – tous les deux: vous avez l'intention de voir si quelque chose peut se récupérer ?

O.: En ce moment, je ferais tout le possible, et si je peux faire quelque chose de plus que le possible, je le ferai, sans aucun doute. Ce qu'il y a, ce qu'alors je veux récupérer, c'est qu'elle soit bien; si elle ne se sent pas bien (O. élève le ton de la voix et appuie sur ces mots) avec moi, et bien nous devrons faire ce qu'il faudra faire, nous devrons arriver à nous séparer. Je veux qu'elle soit bien parce que je l'aime, alors je ne peux pas l'aimer égoïstement. Si elle n'est pas bien avec moi, qu'elle ne me démontre pas quelque chose qu'elle ne ressent pas (appuie sur ces mots), parce qu'alors elle me fait mal et se fait mal à elle-même. Je crois que si l'on pouvait arriver à ceci; au moins on essaiera de faire le mieux possible; on ne va pas y aller avec des demi-teintes maintenant que nous changeons...

T.: Je n'arrive pas à comprendre ce que vous me dites. Il y a sûrement quelque-chose qui m'échappe. Je ne comprends pas si vous êtes en train de dire que vous aimeriez étudier la possibilité de récupérer quelque chose de la relation ou si vous êtes en train de dire que si vous n'avez pas tout, récupérer le minimum ne servira à rien. Je ne comprends pas.

O.: D'accord, c'est-à-dire que ça fait pas mal d'années que j'ai senti que tout n'était pas vraiment bien. Bon, j'ai cédé, j'ai essayé de l'accepter à ma manière, de céder à la manière qui, à moi, me paraissait être la manière de céder, et j'ai cédé. Mais, j'ai toujours ressenti que les choses n'étaient pas comme il m'aurait plu qu'elles soient. Qu'est-ce que je sais... arriver à mon foyer... Penser à elle tout le jour pour rentrer à mon foyer et que les choses soient bien; mais toujours pour une raison ou une autre, il y a eu des disputes. Bon, on donne tort à une chose, à une autre et on essaie d'être bien le lendemain, revenir au début et essayer d'arriver... Les choses se passent ainsi pendant des années et l'on s'use.

T.: Pour vous aussi, cela s'est usé ?

O.: Ce que je sens pour elle ne s'est jamais usé parce que je me suis beaucoup accroché à elle; je ne me suis pas accroché à quelqu'un d'autre.

T.: Qu'est-ce qui s'est usé ?

O.: Ce qu'elle sentait pour moi s'est usé, parce que, d'une certaine manière, chaque fois je m'exprimais en pire. Je ne sais pas, il y a des petites choses que l'on aurait peut-être dû laisser de côté, et que je ne laissais pas de côté parce que je voulais attirer l'attention, et peut-être que j'étais mal. Mais, qu'est-ce que je sais, je ne pouvais trouver une autre manière.

T.: Combien de temps a duré ce que vous appelez la dernière crise ?

M.: (reste silencieuse un instant avant de répondre): Nous avons eu beaucoup de crises, mais nous avons toujours voulu recommencer, mais toujours par nous-mêmes, sans demander d'aide; mais je crois que c'était une manière de nous leurrer, de penser qu'ainsi nous recommençons. Jamais nous n'avons été séparés de cette manière.

T.: Ah, c'est nouveau.

M.: (pendant le récit, O. est tendu, appuie son épaule contre le dos de la chaise et les bras sur les accoudoirs, dans une attitude tendue et rigide, regardant fixement un point de la salle, imperturbable): Oui, peut-être que nous avons eu des disputes fortes, mais après, trois ou quatre jours passaient et nous revenions à être apparemment bien.

T.: Et lui, que faisait-il pour redevenir apparemment bien ? De quelle manière ? En parlant de ce qui était arrivé ?

M.: Non, très superficiellement. Maintenant... dernièrement, parfois, il me présentait des excuses, chose qu'avant il ne faisait jamais; alors je pensais que les choses allaient pouvoir s'arranger et que ça serait différent après, que nous n'allions plus nous disputer.

T.: Qu'est-ce qui vous faisait penser ça ? Qu'est-ce qui faisait que vous pouviez voir la situation avec espoir et des possibilités de changement ?

M.: Je ne sais pas, peut-être parce que je pensais ainsi.

T.: Il y avait quelque chose dans l'attitude de O. qui vous faisait penser que les choses pouvaient être différentes ?

M.: Non, je crois qu'il a été toujours plus ou moins le même. Ces derniers temps seulement, il me présentait des excuses après que l'on se soit disputés, ce qu'il ne faisait pas avant. C'était comme si je croyais toujours que ça allait pouvoir marcher, mais je ne sais pas s'il s'agissait de mes idées ou si ça venait de quelque chose de spécial qui lui arrivait à lui. Les excuses si, c'est quelque chose qu'il ne faisait pas avant. Mais nous revenons toujours au même.

T.: Qu'est-ce que ça pourrait-être: « le même » ?

M.: (dans la voix de M., il n'y a plus, mis à part un filet lointain, l'angoisse qu'elle exprimait en début de séance. Maintenant elle gesticule et dessine en l'air, avec les bras et les mains, les situations qu'elle décrit verbalement. La position du corps de O. a changé, mais il reste sérieux et ne suit pas les mouvements de M. qui occupent le centre de la scène. Son regard reste fixé sur un point invisible.): Eh, que dans une semaine ou deux au maximum, nous recommençons à nous disputer. Parfois, ce n'était pas pour des choses importantes que nous nous disputions, parfois c'était pour des vétilles. Je vous donne un exemple: j'arrange quelque chose sur la table, et lui, peut-être qu'il y avait quelque chose qui ne lui plaisait pas et il ne le disait pas, on ne parlait pas beaucoup, on n'avait pas beaucoup de dialogue, on n'a pas beaucoup de dialogue maintenant, et nous commençons à nous disputer pour une bêtise, ou encore, lui qui me disait: « Pourquoi as-tu mis ça là ? Ça ne me plaît pas ». Et nous recommençons à nous disputer, et il terminait en cassant ce que j'avais posé là.

Bon, c'était ces choses-là qui me blessaient beaucoup, parce que j'avais l'impression qu'il me punissait ainsi, mais jamais il ne me disait pourquoi. Je savais, je me rendais compte que

ce n'était pas le vrai motif pour lequel il éclatait et faisait ça, qu'il devait y avoir quelque chose d'autre, peut-être. Mais il ne disait rien, et, moi non plus, je ne demandais pas.

T.: Oui, voyons, comment en sommes-nous arrivés là...? Ah! Je vous ai demandé de quand datait cette crise, de quand datait cette dernière crise, combien cela faisait que vous...

M.: Ça fait quelques mois déjà...

T.: Et comment êtes-vous par rapport au moment où ça a commencé? Comment êtes-vous maintenant? Comment êtes-vous, vous, par exemple?

M.: Moi, par exemple, maintenant, intérieurement, je ne suis pas bien, mais comme il a fait beaucoup de changements maintenant, dont je ne sais d'ailleurs pas s'ils sont momentanés, je me sens tranquille. Hier, par exemple, je me suis sentie tranquille, mais je ne sais pas, c'est comme si ça m'était dur de croire que ça peut marcher.

T.: Et vous, comment êtes-vous Oscar, par rapport au début de cette dernière situation?

O.: Bon, moi, il y a 15 jours je me suis senti terriblement mal. J'ai cru mourir, j'essaie d'être bien parce qu'il faut être bien, à cause de mes enfants, et aussi pour voir si je peux la récupérer elle... Mais je sens comme si j'étais vide d'une partie au dedans de moi. Pour manger j'arrive à avoir mal à l'estomac, je ne voudrais pas manger.

T.: Et en comparant le commencement de cette crise jusqu'à aujourd'hui, sentez-vous que votre situation est chaque fois plus difficile, pire ou que vous êtes en train d'arranger la situation? Comment le sentez-vous?

O.: Je suis suspendu en l'air et je suis terriblement mal tout le temps. J'essaie par tous les moyens d'être bien, de faire des changements, de changer mes attitudes et tout ce que je faisais auparavant, j'essaie de changer parce que... Parce que jamais cela ne m'a donné de bons résultats. Maintenant j'essaie de voir ce qui pourrait me donner un résultat différent.

T.: Comment est-ce pour vous, essayer d'agir différemment ou de changer? Est-ce difficile? J'ai entendu que Maria disait qu'elle ne pouvait pas croire à vos changements... Que ceux-ci puissent durer.

O.: Je l'ai toujours beaucoup aimée, mais j'ai senti que je pouvais la perdre. Je me suis rendu compte de la force de mes sentiments, que je l'aime; c'est ce qui fait que je m'efforce à faire tous ces changements. Cela m'a bouleversé. Quand je ne sais pas quoi faire, comment être et je ne sais pas comment continuer à vivre, cela me coûte beaucoup, je me démoralise et je ne voudrais plus parler à personne, je voudrais ne plus rien faire, mais je dois et c'est terriblement difficile.

T.: Que c'est dur pour les deux.

O.: Oui c'est très dur, tant pour moi que pour elle parce que pendant beaucoup d'années elle a supporté des choses qu'elle n'aurait pas dû supporter.

T.: Vous dites que si elle vous avait dit qu'elle n'était pas inconditionnelle, que ce n'était pas sûr qu'elle soit toujours et dans toutes conditions à vos côtés que cela aurait peut-être pu changer avant?

O.: Je ne peux pas être sûr mais je pense que peut-être que oui.

T.: Qu'a-t-il pu se passer pour vous, Maria? Sentiez-vous le besoin de lui donner tant de sécurité? Je me demande ce que vous avez bien pu imaginer, percevoir et sentir qui a fait que vous avez agi de manière à être un ange quoi qu'il arrive et que vous alliez être toujours inconditionnel.

M.: Je ne sais pas (elle fait un geste d'étonnement avec les épaules), parce que je ne sais pas ce qu'il pensait de moi.

T.: Vous saviez qu'il vous considérait comme une sorte d'ange?

M.: Non (elle répond avec sûreté et un peu d'indignation), je pense que s'il m'avait considérée comme un ange, il m'aurait traitée différemment avant.

T.: Pourquoi? Comment traite-t-on les anges?

M.: Je ne sais pas comment on traite les anges, je sais comment on traite les personnes quand on les aime. Je pense qu'un homme ou une femme, quand il ou elle aime une personne, doit avoir des délicatesses.

T.: Et c'est comme cela que les choses se passent maintenant, c'est cela que vous dites?

M.: Oui, mais il le fait tout d'un coup et je ne peux pas le croire.

T.: Que devrait-il se passer pour que vous croyiez qu'Oscar a découvert qu'il pourrait vous perdre et que cette découverte l'a amené à beaucoup changer et à pouvoir vous exprimer les choses différemment?

M.: Je n'ai pas compris.

T.: Vous dites que vous avez peur que cela soit passager, vous vous demandez qu'est-ce qui fait que maintenant il se comporte de façon à répondre à ce que vous avez toujours attendu de lui, qu'est-ce qui fait qu'il puisse le faire maintenant alors qu'il ne le faisait pas avant. Que vous ayez peur de vous tromper en y croyant c'est bien compréhensible. Mais ce que je vous demandait c'était: Que devrait-il se passer pour que vous puissiez voir que cela est la vérité, devrait-il s'écouler du temps? Que devrait-il se passer?

T.: Malgré l'histoire que vous avez racontée d'apparentes confrontations et heurts, on peut aussi entendre une histoire dans laquelle vous avez eu une manière très délicate, peut-être pas très évidente, de vous protéger, de soigner réciproquement les endroits les plus fragiles où chacun a des cicatrices. L'image de vous-deux comme des anges a surgi. Non seulement vous Maria, étiez un ange, mais vous, Oscar, à votre façon avez été un autre type d'ange. Semblable aux anges gardiens, comme vous Oscar avec votre manière de lui donner de l'assurance avec votre façon si ferme d'envisager les choses, de montrer une apparence ou réelle assurance. D'un autre côté, Maria vous donnant à vous Oscar la sensation qu'elle serait toujours là quoi qu'il arrive et toujours à côté de vous; comme un ange. Qu'aurait-il pu se passer?... Que s'est-il passé pour que cette histoire ait changé tout d'un coup? Nous ne le savons pas encore très clairement. Pourquoi n'avez-vous pas pu laisser d'être des anges et devenir des

personnes. Ce sont des interrogations ouvertes. Mais peut-être cette occasion vous donne une possibilité de commencer à être des personnes et à décider si maintenant vous êtes en mesure de vouloir avoir quelque chose ensemble en tant que personnes et de décider ce que vous pourriez avoir ensemble en tant que homme et femme.

Cinquième entretien

(O. et M. semblent dans une situation agréable, assis confortablement, ils abordent des thèmes communs au lieu de parler chacun du leur. On note des changements dans l'aspect physique de chacun. Ils accompagnent la conversation de gestes dénotant une tendresse entre eux.)

T.: J'en suis restée à penser aux anges et aux personnes. Les mots de Maria ont été comme une maturation pour parvenir à ce «traiter comme personne» avec des défauts, des choses vilaines, des belles choses aussi, ayant commis des erreurs comme toutes les personnes le font.

M.: ...Je pense que si nous sommes des adultes, chacun peut se traiter très bien, avant la façon que nous avions de nous traiter, c'était une manière de nous couper de nos propres chemins, c'était comme si on dirigeait mutuellement plutôt que de prendre soin de nous.

T.: Bien, comment ça va ?

O.: Bien, combien de temps a passé depuis le dernier entretien ?

M.: Un mois, non ? C'était le quatre octobre.

T.: Moi, j'aimerais savoir ce qui s'est passé pendant tout ce temps.

O.: Oui, bien sûr, nous avons été bien...

T.: C'est quoi : «bien» ?

M.: On était tranquille, on a bien parlé, nous sommes sortis. Je ne sais pas... Tranquilles, bien.

T.: Quelle différence y a-t-il entre avant et maintenant dans ce processus qui est en train de se passer ?

O.: Dans ce que nous sommes en train de raconter, il n'y a rien qui soit mauvais.

M.: Les changements entre avant et maintenant, par exemple, c'est que si nous décidons de faire quelque chose, d'abord nous en parlons ; c'est-à-dire qu'il fait attention à ce que je sois d'accord et moi aussi, pour certaines choses, à ce qu'il soit d'accord avec ce que j'allais faire. Avant, non, parce qu'avant, en général, ce que je faisais ou ce qu'il faisait, lui, de son côté...

T.: Voyons si je comprends bien. Ce que vous dites, c'est que maintenant vous pouvez, bien qu'ayant des opinions différentes, arriver à prendre un certain type de décisions, d'un accord plus ou moins commun ?

M.: Oui, c'est ça.

O.: C'est-à-dire que ça nous intéresse plus de nous mettre d'accord que la chose par elle-même. Moi, maintenant, ça m'intéresse plus d'arriver à nous mettre d'accord que de faire ce que j'aurais pu faire avant. Peut-être que ça aurait marché, mais si je n'étais pas d'accord avec elle... Je suis arrivé à la conclusion que maintenant, ça ne m'intéresse pas de le faire ainsi. Je ne le fais pas sans qu'elle soit d'accord. Eh, bon, certaines choses ont pris soudain cette forme, eh bien... Ça, c'est une des choses qui peuvent être importantes, non... ?

T.: C'est difficile de se mettre d'accord ? Parce que vous avez tendance à vous protéger plus qu'il ne faudrait, non ? Par exemple à dire «oui» sans être convaincus.

M.: Non, parce que si je ne suis pas convaincue, je lui dis non.

T.: Et lui, que fait-il avec ça ? Il supporte ?

M.: Oui...

T.: Et il ne se sent pas mal ? Il ne se sent pas repoussé ?

M.: Bon, je crois...

O.: Non.

M.: Ce n'est pas qu'on repousse parce qu'on n'a pas... à moins qu'on ne soit pas d'accord.

O.: Non, je pense qu'elle ne peut pas penser de la même manière que je pense. Si je dois céder sur quelque chose pour qu'elle se sente bien, à moi, ça ne me fait rien ; je ne vais pas créer des problèmes pour quelque chose qui ne me dérange pas, chose qu'avant je faisais. Il était très possible que ça ne la dérangeait pas, mais je faisais en sorte que ça la dérange, elle. Consciemment parfois.

Ce sont des choses qui, il me semble, se sont corrigées automatiquement. Non ?

Les étapes du processus de désorganisation familiale

Le processus de désorganisation-réorganisation familiale peut être décrit comme une séquence au cours de laquelle, lors d'un premier stade, la famille peut ou non résoudre la crise à travers l'organisation de nouvelles règles de fonctionnement. Dans un deuxième temps, si les règles ont échoué, elles commencent à se convertir en systèmes de contrôle rigides. Dans un troisième temps, plus près de la dissolution de la famille, celle-ci ou l'un de ses membres est perçu comme un tyran ou la source malveillante des difficultés persistantes. A ce moment, les individus échouent complètement à percevoir leur propre contribution à l'état de la famille.

Pourtant la crise même et sa résolution peuvent se convertir en un noyau de la réorganisation familiale et de la formulation d'un nouveau paradigme. La manière dont la famille résout la crise devient un modèle de deuxième ordre qui règle d'autres aspects de la vie familiale. La forme, ou configuration de ce modèle de deuxième ordre, conserve de manière raffinée et abstraite le processus constructif

de la famille. Cette notion de conservation des formes d'adaptation qui ont rempli une fonction fondamentale dans la période de douleurs et crises où elles furent forgées, et leur pertinence existentielle est très significative dans la clinique et explique l'adhésion à certaines solutions d'une part des membres de la famille.

Quelques considérations thérapeutiques

Certains thérapeutes familiaux, auxquels nous renvoyons le lecteur, se sont efforcés d'éclaircir les implications d'une thérapie systémique incluant les notions de déséquilibre et d'autoréférence (Elkaïm, 1989; Fried Schmitman, 1986, 1987; Hoffman, 1985). Ce passage prendra seulement en compte quelques brèves considérations.

Nous pourrions établir qu'une possibilité d'aider la famille à sortir de l'impasse est de faciliter, au moyen du dialogue thérapeutique, le questionnement et l'exploration de perspectives alternatives de la famille et ses membres, à partir desquels puisse se développer une base consensuelle plus adaptée pour une réorganisation. Les interventions thérapeutiques pouvant faciliter le développement de ce type de consensus ont été formulées plus en détail dans d'autres articles (Fried Schmitman & Fuks, 1993).

Globalement, nous pouvons établir qu'il est utile de :

- a) Contextualiser la crise dans son évolution, le désaccord, les différences, clarifiant à travers les observations du thérapeute les dilemmes, la discontinuité temporelle entre l'organisation passée, la situation actuelle et les devenir possibles.
- b) Faciliter l'exploration des restrictions intrapersonnelles et interpersonnelles dans le but d'éclaircir tout autant les aspects négatifs que les avantages pour la famille des solutions passées et des possibilités émergentes.
- c) Explorer les alternatives actuelles possibles, les « futurs possibles », leurs défis, les aspects positifs et négatifs pour clarifier les dilemmes que représente le changement.
- d) Explorer les avantages évolutifs personnels et familiaux qui pourraient surgir des nouvelles alternatives.

L'activité thérapeutique prend comme point de départ le ressenti des membres de la famille, ses interactions, observations et croyances, et cherche à s'insérer dans la vision du monde apportée par la famille, explorant des paradigmes alternatifs et de nouvelles perspectives n'incluant pas de comportements symptomatiques. Le thérapeute introduit des perspectives qui peuvent être décrites comme des différences significatives se rapportant aux observations établies par la famille, et analyse leurs conséquences.

Les interventions proposées tendent à faciliter l'organisation d'interactions et prémisses offrant un avantage évolutif qui permet à la famille de se réorganiser.

Le *timing* et l'intensité sont importants dans le développement de la crise, ainsi que dans sa résolution.

Ces nouvelles alternatives ne s'établissent pas une fois pour toutes, ni d'un seul mouvement; elles s'établissent plutôt dans des aires limitées, pour s'étendre ensuite, si elles arrivent à prendre suffisamment de force. C'est dans l'attente d'une concurrence entre le vieux paradigme et les nouvelles alternatives que se construit une famille. De ce point de vue, il est nécessaire d'établir la nécessité d'un ensemble d'interventions complémentaires qui tendraient à expliciter les indicateurs de transformations expérimentées par les participants, et ainsi questionner le maintien des prémisses antérieures. Pour cela, il y a souvent besoin, au cours des processus de modification d'une famille, de passer par un stade facilitant l'interrogation, les doutes ou le blocage des prémisses antérieures. Ceci peut arriver spontanément ou dans le processus thérapeutique.

Conclusions

L'inclusion de la notion de paradigme permet de comprendre dans un cycle autoréférent, comment les interactions, croyances et ressentis apparaissant dans la séance constituent un commentaire sur elle-même, sur la dynamique de la famille et sur les dilemmes évolutifs que celle-ci affronte: en même temps, elles constituent un commentaire sur la nature (capacités et limites) des prémisses avec lesquelles les membres de la famille organisent leur vie quotidienne, celles avec lesquelles ils pourraient opérer, ainsi que sur les constructions qu'ils affrontent en envisageant ainsi de nouvelles alternatives.

Les apports de la seconde cybernétique (von Foerster, 1982) ont amené la Thérapie Familiale Systémique à développer une modalité de travail où la famille peut questionner les prémisses avec lesquelles elle opère et explorer ses alternatives, réaffirmant une fois de plus la perspective systémique, qui comprend la thérapie comme la création de contextes facilitant la traversée des seuils de restriction et l'élargissement des horizons. La famille constituera ainsi activement son univers, avec liberté et responsabilité, bien que non sans restrictions, dans la construction de sa propre construction.

Dora Fried Schmitman
Directrice
de la Fundación INTERFAS
Figüeroa Alcorta 3085 5° B
1425 Buenos Aires
Argentina

BIBLIOGRAPHIE

1. Berger P-L., Luckmann T. (1966). : *The Social Construction of Reality*, New York, Doubleday.
2. Bruner J. (1988): *Realidad Mental y Mundos Posibles*, Barcelona, Gedisa.
3. Cronen V., Johnson K., Lannamann J. (1982): Paradoxes, Double Binds, and Reflexive Loops: An Alternative Theoretical Perspective, *Family Process*, 21, (1), pp. 91-112.

LA THÉRAPIE FAMILIALE FACE À LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE DE TRAUMATISMES

Edith TILMANS-OSTYN*

Résumé: *La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle de traumatismes* – Dans cet article, l'auteur décrit comment protéger l'enfant dans l'adulte dans des situations de post-traumatisme par le biais de romans et l'entraide au niveau de la fratrie des adultes. Ensuite, nous envisageons comment réaliser dans la réalité une protection des enfants ainsi que la stratégie d'aide à plus long terme tant pour l'abuseur que pour les autres membres de la famille, dans la mise en place de l'inter-systémique et un nouveau fonctionnement intra-familial. Enfin nous nous attachons à savoir comment les jeunes enfants peuvent aider leurs parents à mentaliser et digérer des anciennes blessures qui font partie des zones pétrifiées et donc occultées de leur vécu. Cette aide ne peut opérer que si les intervenants ne culpabilisent pas d'emblée les parents.

Summary: *Family therapy in front of intergenerational transmission of traumatic experiences* – In this article the author describes how to protect the child within the adult in situations of posttraumatic-stress-syndrome. Here we use the sibling relationship of the adults and the prescription of novels and other books. In the second part we pay attention to the protection of the child in the here-and-now of the traumatic experience and we elaborate a long term approach in which all family members are motivated into a working-through-process with the goal of recovery. This can only be done when the intersystemic-collaboration is clearly organized. Last but not least, we try to make clear how young children can give hints to their parents to get in contact with lost memory of traumatic experiences and give support to the emotive elaboration of the stoned parts in the stomach of their parents. This can only be achieved if therapists don't put the burden of the guilt on the parents.

Mots-clés: Traumatisme – Fratrie – Matériel intermédiaire – L'enfant dans l'adulte – Transmission inter-générationnelle – Interactions sado-masochistes.

Key words: Post-traumatic stress syndrome – Trauma – Sibling relationship – Intermedical material – The child within the adult – Intergenerational transmission – Sado-masochistic interactions.

C'est surtout comme clinicienne que je vais vous décrire et essayer de vous transmettre l'enseignement que j'ai retiré de plusieurs expériences cliniques.

Je voudrais d'abord vous faire remarquer que face à la vie, on a toujours à faire à la violence. La violence existe à tout niveau des formes d'existence. On ne sait

Psychologue, Psychothérapeute, Responsable de la formation en thérapie familiale et intervention systémique U.C.L. Centre de Guidance, Bruxelles.

4. Elkaim E. (1989): *Si tu m'aimes ne m'aime pas*, Paris, Editions du Seuil.
5. Fried Schnitman D. (1983): *Cultural Issues in Family Therapy: A Systemic Model*, Unpublished doctoral dissertation, Wright Institute Graduate School of Psychology, Berkeley.
6. Fried Schnitman D. (1986): Constructivismo, evolución familiar y proceso terapeutico, *Sistemas Familiares*, 2, (1), pp. 9-13.
7. Fried Schnitman D. (1987): Dialéctica, estabilidad-cambio: ópticas de la dinámica familiar, *Terapia Familiar*, X, (16), pp. 115-128.
8. Fried Schnitman D. (1989): Multiplicidad de la experiencia humana: Una perspectiva histórica sistémica, *Revista Interamericana de Psicología*, 23, (1-2), pp. 53-65.
9. Fried Schnitman D. (1989b): Paradigma y Crisis Familiar, *Psicoterapia y Familia*, 2, (2), pp. 16-24; *Gaceta Psicológica*, número especial sobre Realidad y Sufrimiento Psíquico.
10. Fried Schnitman D., Fuks S. (1991): Diálogos sobre conversaciones terapéuticas, *Entrevista a Harold Goolishian, Sistemas Familiares*, 7, (1), pp. 65-74.
11. Fried Schnitman D., Fuks S. (1993): Complejidad y Terapia.
12. Fried Schnitman D., Fuks S. (1993): La Construcción de selves y mundos posibles.
13. Hoffman L. (1981): *Foundations of Family Therapy*, New York, Basic Books.
14. Hoffman L. (1985): Beyond power and control: Toward a second order family systems therapy, *Family Systems Medicine*, 3, (4), pp. 381-396.
15. Maturana H. et Varela F. (1980): *Autopoesis and Cognition*, Boston, D. Reidel.
16. Morin E. (1976): La notion de crise, *Communications Revue*, 25, Ed. de Seuil.
17. Prigogine I. (1976): Order through fluctuation: Self-organization and social systems, In E. Jantsch et C. Waddington (Eds) *Evolution and Consciousness: Human systems in transition*, Reading, MA: Addison-Wesley.
18. Prigogine I et Stengers I. (1979): *La nouvelle alliance: Métamorphose de la science*, Paris, Editions Gallimard.
19. Reiss D. (1981): *The Family's Construction of Reality*, Harvard University Press.
20. Von Foerster H (1982): *Observing Systems*, Seaside CA: Intersystems.
21. Watzlawick P. (Ed.) (1984): *The Invented Reality*, New York, W.W. Norton.

Institut
Formation
Systémique

Séminaire

Nouvelles pistes systémiques en alcoologie

par R. PERRONE et F. CONNET

18 et 19 octobre 1995

Informations et inscriptions:

Secrétariat IFS, ch. des Primevères 1, 1700 Fribourg, Tél. 037 24 17 16

pas vivre sans exercer de la violence, sans devoir y recourir. A ce moment-là la question est : « Comment endiguer plus la violence comme intervenant dans le domaine de l'intervention psychosociale ? »

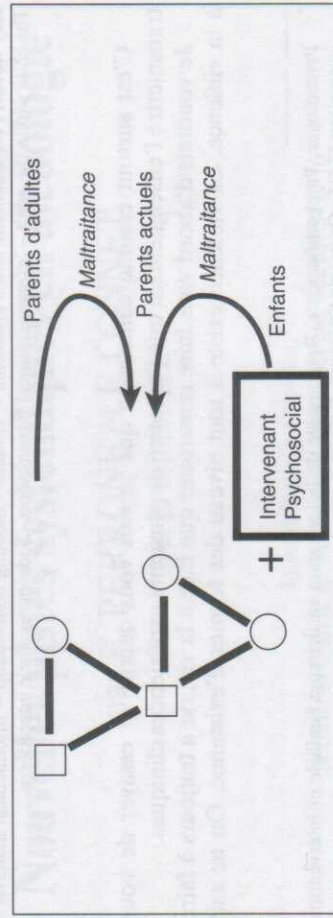
Dans l'approche classique de la maltraitance et de l'abus, les intervenants investissent surtout l'urgence de la protection dans la situation actuelle en perdant l'histoire transgénérationnelle de vue. Tout au cours de mon exposé, j'essayerai de vous faire saisir que si l'intervenant n'a pas la constellation de trois générations familiales mentalement présentes devant lui, ses interventions risquent d'être anti-thérapeutiques. En effet souvent l'intervenant ne tient pas suffisamment compte de la complexité de l'inter-générationnel et des conséquences de ceci pour ses interventions.

Des parents qui abusent et/ou maltraitent leur enfant ont été abusés et/ou maltraités dans leur enfance ou dans d'autres phases de leur vie, mais ce passé traumatisant reste occulté pour la raison de survie psychologique. Si le thérapeute intervient linéairement dans l'ici et le maintenant dans la protection de l'enfant, il risque une fois de plus de maltraiter ou d'abuser les parents.

En effet quand les parents étaient enfants, il n'y avait pas le consensus culturel et social de nécessité de protection de l'enfant. Combien de fois est-ce que, comme intervenant, nous ne retrouvons pas dans la mémoire des adultes le mythe familial et social de leur petite enfance que nous pouvons caractériser ainsi : « Puisque l'adulte se rappelle rarement des expériences de vie d'avant ses cinq ans, on pouvait jouer avec le jeune enfant comme une poupée ou le dresser comme un animal ». Alors ils ont subi et accumulé des expériences répétitives destructrices pour la construction d'un moi positif, dans une solitude impressionnante.

Ce mythe fait partie de notre patrimoine historique et l'intervenant a l'obligation de l'énoncer devant la famille. Nous avons à intervenir en protection de l'enfant dans l'adulte, qui lui n'a pas eu de support social et légal, qui lui n'a pas eu le droit à l'expression de sa souffrance, et donc est resté en manque de reconnaissance de l'injustice exercée sur lui. L'adulte qui agit l'abus sexuel ou la maltraitance est acteur et donc responsable, mais aussi victime et donc en besoin urgent de protection de respect.

Si nous intervenons trop en protection des enfants, nous ne nous rendons pas assez compte à quel point on intervient de façon violente, répétitive, à s'approcher



de la génération des adultes actuels comme la génération deux fois abusée; d'abord par leurs propres parents ou par leur famille d'origine ou d'autres événements traumatiques qu'ils ont pu vivre sans protection, et maintenant par les intervenants qui se mettent trop du côté des enfants.

Que l'adulte est acteur et victime, à côté de l'enfant actuellement victime, est le paradoxe avec lequel l'intervenant doit conjuguer dans sa recherche : comment protéger efficacement l'enfant, sans maltraiter une fois de plus l'adulte en laissant l'enfant dans l'adulte dans sa solitude et non-reconnaissance de victime.

L'intervenant doit donc constamment osciller entre deux fonctions de soutien et de protection d'une part, tout en œuvrant vers une structure dans la réalité qui protège contre l'effet pathogène de la maltraitance d'autre part.

Dans mon exposé je tiens à développer mon approche de la maltraitance et de l'abus comme je l'ai développé dans ma pratique clinique de psychothérapeute et dans les formations de psychothérapeutes familiaux que j'anime.

Je souhaite y expliciter comment j'ai intégré certains supports de recherche et de méthodologie.

Je divise mon exposé en trois parties :

1. Comment réaliser la reconstruction du vécu de l'enfant dans l'adulte, situation de post-traumatisme.
2. La protection et la stratégie à plus long terme dans le présent du traumatisme.
3. Comment les jeunes enfants œuvrent par leurs symptômes à la dénonciation des traumatismes de leurs parents, croisement entre situation de post-traumatisme et de risque de fixation de la maltraitance dans l'actuel relationnel.

Les approches que je développe sont utilisables en situation de maltraitance physique ou d'abus sexuel dans le passé mais nous ne pouvons oublier toutes les situations cliniques dans lesquelles il y a eu maltraitance bien plus insidieusement, non spectaculaires, c'est-à-dire des formes de maltraitance psychique et des abus de la capacité d'adaptation du jeune enfant.

Comment réaliser la reconstruction du vécu de l'enfant dans l'adulte?

En utilisant des livres et des romans

Dans un questionnaire individuel systématique. C'est-à-dire, l'utilisation de matériel intermédiaire.

Alice Miller, psychanalyste allemande, a été rejetée de la société psychanalytique car elle publiait des livres dans lesquels elle montrait la réalité des traumatismes et se révoltait contre la réduction à des fantasmes d'inceste ou de violence physique. En plus elle met en évidence combien l'éducation était imprégnée par la loi disant que l'enfant doit vénérer ses parents, ne peut donc pas les menacer par de la révolte à leurs actes. S'il y a maltraitance, la seule voie qui reste ouverte à

l'enfant est de s'auto-culpabiliser : c'est lui le mauvais, et chercher éperdument comment plaire à ses parents puisque les parents justifient leurs actes par « c'est pour ton bien ».

L'école a repris ce même « leitmotiv », l'armée aussi : l'autorité doit être respectée ! Je donne les livres d'Alice Miller comme lecture obligatoire aux professionnels qui viennent se spécialiser dans nos groupes de formation. Je les conseille aussi à mes patients quand j'ai des indices qui font supposer un passé traumatisant contre lequel ils n'ont pas pu ni se révolter. Cette prescription de lecture œuvre comme un début de reconnaissance de la souffrance sous-jacente. Plusieurs fois au cours du processus thérapeutique les patients vont faire allusion au support et à la reconnaissance qu'ils ont sentis dans cette prescription de lecture.

Parmi les quatre livres d'Alice Miller que j'utilise le plus, je choisis en fonction de critères plus particuliers. Lors des premiers entretiens, je prescris *Le drame de l'enfant doué* si l'adulte se comporte comme enfant sensible, qui capte le désir des autres intimes, et essaye de s'y conformer. La phase dépressive est prescrite comme le meilleur allié du soi. La dépression est conçue comme une possibilité pour arriver de chercher à plaire aux autres. Une fonction positive de la dépression devient alors qu'elle oblige l'individu à écouter ses besoins personnels, son rythme, ses choix. Le mal être ne doit donc pas être combattu ni extirpé immédiatement avec des médicaments.

Dans les familles où un des membres est très rationnel et/ou a des composantes paranoides, je conseille le livre d'Alice Miller, *C'est pour ton bien*. L'analyse de l'enfance d'Adolf Hitler et l'analyse du passé d'un adulte drogué, pédéraste, bien connu par les médias allemands, permettent en effet de faire une analyse différente « à distance », sans menace directe du privé de la famille. Le roman d'Isabelle Allende, *Eva Luna* peut avoir la même valeur.

Dans les familles où il y a déjà une certaine reconnaissance des drames du passé des parents et où une certaine proximité emphatique est indiquée, j'utilise un troisième livre d'Alice Miller *L'enfant sous terre*.

Ici, je voudrais mentionner une certaine vigilance :

Si vous prescrivez ces livres à des parents, ils vont toujours croire que c'est eux que vous jugez comme les parents malfaiteurs, puisqu'ils sont habitués à prendre toujours toute la culpabilité sur eux-mêmes. Même si vous insistez que c'est pour comprendre et parler de ce qu'ils ont vécu comme enfant dans leurs familles d'origine respectives, l'intervenant devra reprendre, dans l'entretien suivant, qu'il ne s'agit pas de l'analyse de leur maltraitance sur leurs enfants et continuer, de façon têtue, à questionner la génération qui précède.

Rejoindre l'enfant dans l'adulte qui a été maltraité n'est pas une chose facile. Les adultes vous donnent régulièrement le fouet en main pour les flageller. Ainsi ils restent fidèles à la loi de leur éducation : c'est l'enfant qui doit obéir à l'adulte, qui doit le protéger, qui doit le vénérer.

Jusqu'ici il s'agissait du début des consultations. Une fois le processus thérapeutique plus entamé, je leur conseille souvent un autre livre d'Alice Miller : *La connaissance interdite*. Dans ce livre elle insiste sur la responsabilité de chaque adulte de mettre en question son propre passé et ses expériences d'enfant, pour éviter une répétition aveugle des patterns relationnels avec ses propres enfants,

pour chercher comment on peut sortir d'une malédiction intergénérationnelle. (E. Tilmans-Ostyn, 1992).

Elle y fait référence au petit livre de **J.K. Stettbacher** qui donne des idées bien concrètes sur les étapes dans la métabolisation du passé par l'adulte, *Wenn Leiden einen Sinn haben soll*. Ici les parents sont aidés à se questionner sur la transmission des patterns relationnels vers leurs enfants.

Une femme avec qui j'avais parcouru ce chemin me disait après lecture de ce dernier livre : « Je voudrais l'offrir comme cadeau à mes enfants pour qu'ils puissent continuer le chemin que j'ai fait avec vous, vis-à-vis de leurs enfants. C'est un livre qu'il faut conseiller aux jeunes mariés. »

Si malgré ces romans, nous sentons que le passé reste nié, qu'on suspecte qu'il y a plus, mais que le psychisme ne peut pas se l'avouer car l'expérience a été non mentalisable, alors je prescris le roman de **Christa Wolf**, romancière de l'ex-Allemagne de l'Est, *Kindheitsmuster*, un roman auto-biographique. L'auteur y décrit comment en visitant les lieux de son enfance entourée de son mari et de ses enfants, jeunes adultes, elle chemine pour s'avouer sa collaboration avec le Hitler Jugend. Au fur et à mesure qu'elle avance dans cette réattribution d'un passé honteux et culpabilisant, en y déchiffrant la complexité des circonstances, le lecteur peut découvrir que son fils et son mari deviennent pour elle plus des êtres vivants et moins des ombres qui peuplent sa vie.

Je prescris ce roman chaque fois que toute forme de maltraitance et/ou d'abus sexuel est nié. J'accumule des indices pour cette hypothèse sur des petits signes non verbaux et dans des éléments transférentiels. Ces derniers me conduisent à supposer de la maltraitance infantile mais qui ne pouvait pas se dire parce qu'on leur avait dit que « ce n'était pas vrai, cela n'existe pas dans la famille, nous on est une famille bien, que c'est sa faute, que c'est parce que c'est elle qui s'est fait désirer ».

Plus le traumatisme a été précocement et chargé de négations, plus il est occulté. Dans son étude remarquable *Trauma and recovery*, **Judith Herman**, psychiatre américaine, note que parfois il faut six années de thérapie pour arriver à toucher ce noyau anxigène, cette zone pétrifiée dans le ventre de l'adulte. Nous reviendrons plus tard à ce phénomène de clivage pour le clarifier un peu plus. Le jeune enfant qui vit des événements traumatisants qu'il ne peut s'expliquer, pour ne pas en devenir fou s'imagine qu'il est cause du problème. Avec cette construction psychique il tient encore un certain degré de contrôle et il cherche comment faire mieux pour éviter une nouvelle catastrophe. La victime s'imagine donc l'acteur et le responsable. Il y a confusion et donc la mémoire fait barrière à retrouver cette « faute horrible » (M. Berger). N'oublions pas que ceci est possible parce que le jeune enfant est dans la phase du narcissisme et de l'impression de la toute puissance et que ceci forme le terrain fertile pour s'attribuer toutes les responsabilités.

En plus comme **H. Krystal** le développe dans son livre *Integration and self-healing*, *Affect*, *Trauma*, *Alexithymia*, dans les situations où le traumatisme est reconnu comme fait, il y a clivage à un autre niveau. Il nous décrit : « Faites attention parce que les enfants et les adultes qui ont été maltraités, ont appris à contrôler l'effet relationnel de l'entourage. C'est-à-dire que si moi je me plains toujours de ma maltraitance infantile, j'apprends à contrôler les intervenants, j'apprends à contrôler

mon thérapeute, mon mari... Si chaque fois que je fais référence à toute ma souffrance d'enfant, je paralyse aussi l'autre, j'aurai appris à contrôler l'effet relationnel de ce que j'ai vécu mais je n'ai pas appris à gérer l'émotionnel autour de ce qui s'est produit. Le travail thérapeutique, je crois, est de faire la différence entre les deux niveaux et d'aider à pouvoir gérer tout l'émotionnel qui circule autour de ce qui s'est passé et de ce qui risque de se produire».

Travailler avec la fratrie des adultes par rapport à la maltraitance dans le passé

Une fois que l'adulte entre en contact avec sa propre maltraitance infantile, on voit deux réactions :

- un changement dans sa relation avec ses enfants et ses autres relations actuelles comme partenaire et collègue de travail ;
- une quête de plus de retrouvailles de ce qu'il a dû subir comme enfant, une quête insatiable de preuves.

A ce stade-ci se présentent de nouveaux pièges pour les intervenants.

La rage et la quête d'informations de l'adulte se dresse en premier lieu contre les parents. Les intervenants tombent souvent dans le piège de convoquer les parents des adultes pour qu'il y ait reconnaissance de la maltraitance par eux-mêmes.

Les thérapeutes risquent ici de ne pas tenir compte des découvertes de la psychologie sociale, plus particulièrement des découvertes autour des *dissonances cognitives* (Festinger). S'il y a nécessité de reconnaissance d'un fait qui détruit l'image de soi, le psychisme et la mémoire éjectent cette assimilation. L'adulte, pour lui, n'a pas commis ces actes et quand les enfants exigent reconnaissance des actes de maltraitance par leurs vieux parents, leur rage sera encore exacerbée par la négation des faits par ces derniers. Cette négation n'est pourtant pas de l'ordre du mensonge. Ces actes n'ont pas existé pour les vieux parents et ceci reste nié malgré tout apport de preuves.

L'expérience m'a appris que je pouvais gagner beaucoup plus en refusant la confrontation avec les parents des adultes, mais plutôt en insistant sur la collaboration avec les frères et sœurs des adultes qui ont dû être en position de témoins, de victimes suivantes, ou d'exclus avec l'impression que quelque chose de très important leur a été caché. A ce moment il y a une reconstruction et une digestion du passé par les pairs, et nous allons être confronté avec l'extrême souffrance de ces soi-disant « observateurs non participants » !

Ici aussi il faut questionner les risques de la poursuite de la thérapie. Comment est-ce que les parents vont interpréter ce travail de leurs enfants ? Vont-ils le vivre comme une mise à l'échafaud, une précipitation de leur mise à mort, ou bien au contraire est-ce que la consolation, une réparation de leur mise à mort, ou bien va faciliter un contact moins chargé avec les parents ? Ceci donne une assurance qu'une génération peut gagner des petites choses sur la génération précédente (Schumacher : *Small is beautiful*).

L'autre versant des risques est que les frères et sœurs ne puissent supporter la mise en évidence du passé et toutes les émotions que cela mobilise. Entre temps, chacun s'est construit sa façon de survivre et ses mécanismes de défense. Ce cheminement progressif exige une vigilance aiguë du thérapeute. Il doit souligner le droit au jardin secret de chacun et le respect du rythme d'évolution de chacun (E. Tilmans-Ostyn, 1992).

Parfois, la fratrie des adultes n'est pas accessible ou ils refusent le questionnement et le partage explicite. Dans ces cas, j'ai vu régulièrement des adultes demander des séances d'hypnothérapie et du travail sur le corps qui permet de faire resurgir des souvenirs d'enfance fortement ensevelis mais restés inscrits dans le corps. Ceci est un travail très ardu pour l'adulte car l'impensable, le non représentable, doit devenir pensable pour pouvoir être métabolisé psychologiquement.

Cette quête se présente surtout quand l'abus sexuel a eu lieu dans la prime enfance de l'adulte et a toujours été nié car « C'était une bonne famille, meilleure que toutes celles du voisinage », avec les preuves de surcroît !

Quand cette quête de preuves des traumatismes anciens devient insatiable, alors il est fort important que le thérapeute puisse faire référence à ce qui se passe au niveau non-verbal dans la relation de transfert, et insiste que, pour lui, il n'y a aucune nécessité de plus de preuves pour justifier l'hypothèse de la maltraitance infantile, même si la mémoire ne peut apporter l'identité de l'abuseur, il porte un masque que la victime ne peut lui arracher, comme le bourreau dans le camp de concentration.

Toutefois une nouvelle mise en garde par rapport à des hypothèses trop *monocausales* sera clarifiée par un exemple clinique :

Une psychologue en formation réagit de manière très paranoïde dans chaque groupe de formation et ceci même avec des formateurs des deux sexes. En même temps elle accuse les autres membres des groupes de se faire leurrer, de ne pas exiger leurs droits. En troisième année de formation quand on élabore plus le développement de son propre style de thérapeute, en relation avec le vécu particulier dans sa famille d'origine, cette psychologue continue à insister sur le fait que sa petite enfance a été particulièrement heureuse, pas son adolescence, mais que les événements de son adolescence sont digérables et gérables vu qu'elle a pu les partager dans plusieurs relations d'amitiés. Comme formatrice j'accepte sa ponctuation mais je maintiens mon questionnement sur les racines de sa méfiance et sa colère sur les autres membres du groupe dès qu'elle les sent se laisser obnubiler comme des enfants...

Silence... et puis la petite phrase tellement révélatrice : « Je n'avais jamais pensé à cela, mais peut-être, non cela ne peut pas être possible... » et puis vient l'histoire qu'à douze ans elle a été mise en internat, loin du village où elle habitait, chez des nonnettes. Que ces dernières avaient des comportements bizarres avec les autres filles, qu'elle a été prise de panique et est devenue le petit démon de la classe, s'est fait punir, mais a du coup échappé à la pédophilie des nonnettes. A la maison elle rentrait avec des maux de tête, mais sa mère ne voulait rien savoir, « on ne critiquait pas ces bonnes sœurs en plus il y avait bien d'autres problèmes à la maison pour lesquels il fallait se battre ». La voilà seule, abandonnée à son sort avec interdiction de parler... Que ces formes de maltraitance

pouvaient crier à être reconnues dans les groupes de formation, pour elle pas à l'internat mais à l'étranger, elle en a été profondément touchée et étonnée et cela a porté ses fruits. (E. Tilmans-Ostyn, 1990).

Cet exemple sert de mise en garde de ne pas tout attribuer d'emblée à la famille, il y a l'école, la rue, d'autres systèmes hiérarchiques, l'armée, des expériences de guerre ou de dictature qui peuvent tout autant dévaster l'intégrité de l'individu.

Vous trouverez une étude de ceci dans l'œuvre de Judith Herman (12).

La protection de l'enfant dans le traumatisme actuel

Après avoir élaboré comment réaliser la reconstruction du vécu de l'enfant dans l'adulte pour qu'une intégration en soit possible, attendons-nous maintenant dans une seconde partie à la protection des enfants dans le traumatisme actuel.

Ici, il y a des degrés d'urgence à intervenir.

Les situations qui ont le pronostic le plus favorable sont les situations sans dénonciation par un tiers, mais où un membre de la famille, souvent la mère, vient consulter.

L'hésitation souvent présente est la suivante :

- comment en parler aux enfants ?
- comment sortir du doute ?
- est-ce qu'on ne va pas encore plus aggraver la situation en réagissant comme si on était certain des formes de maltraitance ?
- ...et puis les autres enfants ne se le réalisent peut-être pas.

Souvent le débordement dans des actes agressifs est plus facilement énonçable, l'enfant en est aussi mieux protégé car il peut se battre contre quelqu'un, tandis que les débordements dans les expressions de tendresse sont plus subtils, s'opèrent plus en cachette et sont chargés du tabou de la sexualité. Ce sont les adultes qui vont sexualiser la relation. L'enfant cherche de l'attention, de l'affection, des caresses et de la tendresse, et l'adulte va réveiller de manière brusque et agressive la sexualité dans la relation : cela est la perversion dont l'adulte est responsable.

Nous allons parcourir quelques exemples cliniques.

Une maman vient consulter car elle suppose que son mari, avocat, dont elle est séparée, abuse de sa petite fille de cinq ans quand les enfants vont chez leur père. La mère se dit sans aucun pouvoir, car son mari est homme de loi avec une position hiérarchique importante dans sa profession. Sa petite fille se colle ces derniers temps plus à elle et a des cauchemars dont elle ne veut pas parler. Plus de cauchemars à cinq, six ans est normal dans le développement, mais pourquoi ne pas pouvoir en parler et se coller à sa mère, alors qu'auparavant elle était plus joyeuse et plus communicative ? J'ai questionné l'autre versant : est-ce que son ex-mari se comporte de façon plus agressive et méprisante à l'égard des garçons ? La mère le confirme vivement.

Alors est-ce que l'on peut prévoir un entretien avec la mère et les trois enfants (5, 7, et 9 ans) et y réfléchir ensemble à un système de protection entre les enfants et des amis des parents, quand il y a débordement, tant d'agression sur un des garçons que de tendresse sexuelle sur la petite fille, chaque fois dénoncé par l'enfant non-inclus. Il y a eu un soulagement important chez les trois enfants lorsque ceci a été discuté avec eux. La mère n'a pas dû préciser là où il y avait débordement, par contre dans leur langage simple et réaliste les enfants pouvaient très bien l'indiquer :

« Papa pense parfois que sa petite fille est une poupée, il la caresse et il la serre sur ses genoux très fortement... »

Est-ce que les frères peuvent éviter que leur sœur reste seule avec son papa et téléphoner à un ami des parents en qui les deux parents ont confiance, quand ce petit jeu commence. Inversement la petite fille connaît par cœur le numéro de téléphone d'une bonne amie et va lui téléphoner au cas où le père commence à gifler démesurément son frère.

La mère s'est engagée à prévenir les amis concernés, d'un possible appel.

Dans une autre famille, les parents viennent consulter avec leur fils car il a indiqué après tout un temps de mutisme et de mal être, que son grand-père paternel faisait des drôles de jeux avec lui. Le père avait déjà réagi vis-à-vis de son propre père et espérait que cela suffirait. Faisant référence à mon expérience et au livre de T. Furniss *The multiprofessional handbook of child sexual abuse*, j'ai dit en insistant que cela ne serait malheureusement pas suffisant, que souvent on découvre qu'il s'agit d'une forme d'addiction, d'une dépendance, qu'à un certain moment le besoin d'attouchement des zones génitales des enfants devient impératif et rien ne peut l'arrêter, sauf la présence d'un tiers.

T. Furniss s'approche de la maltraitance comme d'une forme de dépendance, comme d'une drogue, et il dit que ce n'est pas parce que l'abuseur dit qu'il ne va plus le faire, qu'il peut résister. La structure même de l'abus devient une forme de dépendance, donc les mots ne suffisent pas. La consigne a été de ne plus jamais laisser leur enfant seul chez les grands-parents paternels, de ne pas surestimer la complicité occulte de la grand-mère, et le père s'est questionné sur ses propres expériences d'enfant au niveau d'attouchements sexuels.

Ce n'est qu'à ce moment-là que le fils a pris les poupées que A. Bentovim, psychiatre anglais, utilise pour la détection d'abus sexuel et de façon compulsive s'est mis à remettre en scène les actes de la poupée grand-père sur la poupée qui représente l'enfant.

Les parents en ont été profondément touchés et la décision de protection continue s'imposait naturellement.

Dans une autre famille il y avait beaucoup de violence physique des parents entre eux. Ils passaient une période de crise aiguë de leur couple, mais réalisaient, suite à l'insistance de mon questionnement, que pour les enfants cela devait être terrifiant ; surtout qu'eux-mêmes avaient été exposés à de la violence physique entre leurs parents, étant enfants.

Comme les enfants étaient fort jeunes, on a pensé à un téléphone avec des touches qui formaient automatiquement le numéro de téléphone demandé. Les parents ont expliqué à leurs enfants que parfois ils perdaient le contrôle mais que

eux pourraient prendre le téléphone et appeler ainsi des amis qui avaient été mis au courant de l'appel possible. Pendant six mois de négociation du divorce, les enfants ont utilisé une fois ce système. Les parents ont pu mieux se contrôler en présence des enfants!

Donc rejoindre le passé de l'enfant dans l'adulte et la mise en place de paroles et d'une structure protégeante par et pour les enfants donne des résultats préventifs importants.

Souvent je réalise le lien logique entre le passé et l'actuel de la façon suivante : à un couple avec des interactions sadomasochistes je demande aux deux partenaires quelle est la partie de souffrance actuelle que comme enfant ils ont dû subir sans montrer de réactions. Est-ce que le bénéfice de leur couple n'est pas qu'au moins actuellement, ils peuvent hurler le mal, réagir et punir l'autre pour le mal subi... mais jusqu'où est-ce que cela doit aller, combien de temps encore? Je les aide à faire le discernement entre ce qui vient comme expression de la rage et du désespoir du passé d'une part, et d'autre part le gain de moins de solitude actuellement car il y a la possibilité d'expression de la souffrance. Ce discernement doit les aider à sortir du cercle vicieux qui s'installe dans l'actuel dans lequel opèrent ceux qui ont vécu des traumatismes comme dupe et non comme maître.

Et puis comment est-ce que leurs enfants subissent cette ambiance? Eux ne peuvent estimer le gain ni le côté constructif, ils ne peuvent le vivre que comme terrorisant car ils ne connaissent pas le lien avec le passé. Alors on entend souvent les enfants se culpabiliser de ce phénomène d'agression entre leur parents, pensant que c'est parce que eux sont trop exigeants ou trop fatigués, et plutôt que de perdre le contrôle, ils s'imaginent être la cause.

Par rapport à cette nouvelle lecture de l'enchaînement des événements les parents peuvent souvent se ressaisir, surtout si le thérapeute continue la reconnaissance de la souffrance de l'enfant dans l'adulte.

Une situation de violence face à laquelle beaucoup de thérapeutes ont des difficultés, est la relation de couple sadomasochiste. J'ai donné déjà un exemple de ce genre d'interaction plus haut. Le couple qui se combat, qui se fait horriblement mal, et cela se perpétue et cela se reproduit. Il faut explorer avec eux ce que l'on peut y voir comme gain : que sur le dos du conjoint ils peuvent exprimer des émotions, ils peuvent agir les tensions intérieures, qu'ils n'ont pas pu exprimer dans leur famille d'origine. Le gain de génération en génération est au moins qu'au niveau du couple, sur le dos de l'autre partenaire intime, toutes ces émotions peuvent sortir, on peut presque les vomir et c'est dans cet état-là qu'on les retrouve dans les phases aiguës de sadomasochisme. Mais souvent, de nouveau avec tout ce passé émotionnel occulté, quand ils sont en plein dans leur guerre, ils ne se rendent pas compte qu'en fait ils sont aussi en train de faire ressortir, de digérer des choses qu'ils n'ont jamais pu sortir dans leur passé. Parce que là il faut laisser le parent et ces choses-là ne pouvaient pas sortir, cela menaçait trop l'unité familiale.

Donc il y a un gain, mais aussi un danger qui repose sur les enfants parce que eux, si les parents ne décotent pas ce lien, ne le décotent pas non plus. Alors à nous thérapeutes de prévoir un moment, un entretien avec les enfants :

1. où on peut donner un lien logique à ce qui se passe avec le passé,
2. où on peut mettre les enfants en protection.

Régulièrement je cherche avec les parents et les enfants, comment il peut y avoir un système par exemple de téléphone où l'enfant, quand il est trop pris de panique vis-à-vis du combat qui se fait au niveau du couple, peut appeler un proche dans la famille. Ce n'est pas parce que les parents ont un gain relationnel que les enfants doivent subir les attaques. Pour gérer cette angoisse, une façon d'aider c'est de trouver le moyen de mettre un tiers dans le système. A mon grand étonnement, beaucoup de parents collaborent très activement dans cette stratégie, parce que c'est comme s'ils trouvaient une façon de ritualiser, donner une protection réelle aux enfants dont ils savent qu'ils subissent une violence qui nuit à la bonne ambiance que l'on souhaiterait avoir dans une famille.

Donc le téléphone pour prévenir un tiers qui vient dans la famille où les enfants peuvent se retirer, beaucoup de parents ont été très ingénieux pour trouver un système. Quand il s'agit de jeunes enfants, mettre une stratégie de protection réelle n'est pas toujours évident. Est-ce que le jeune enfant peut tout de même indiquer que pour lui c'en est trop et qu'il a besoin de protection? Alors ça, c'est la protection de l'enfant.

Quand l'enfant lui-même dénonce, il faut veiller à une protection importante, parfois même chercher un logement en service ou famille d'accueil. La menace de dénonciation, d'emprisonnement, de perte de travail, de violence est tellement grande qu'il faut intervenir comme en situation de crise aiguë comme quand il y a dénonciation par un tiers.

Maintenant aux situations où un tiers vient dénoncer la maltraitance.

Ici, comme mon collègue J. Barudy, nous avons besoin d'une équipe multidisciplinaire avec juriste, assistants sociaux, psychologues et psychiatres, mais aussi un réseau de collaboration étroite avec les autres services locaux : écoles, P.M.S., médecine scolaire, familles d'accueil, police, juges d'enfants, et tout autre service...

Il s'agit donc d'une situation inter-systémique bien plus complexe.

Tout d'abord, l'importance de la collaboration dans le réseau ne peut pas être suffisamment soulignée. En effet pour se protéger, les membres de la famille vont manœuvrer de telle façon à exporter la problématique intra-familiale, et dans le plus court délai on va voir les services s'accuser et s'opposer dans les décisions à prendre suspectant les autres de parti pris.

Ensuite, il est vital pour l'intervenant de ne pas se perdre dans l'émotionnel, de continuer à voir la complexité des phénomènes et d'analyser son apport - dans ces situations les Américains donnent l'ordre : «Go to the balcony» - et regardez : vous œuvrez sur scène, explorez aussi dans quel scénario ! (Ury W., 1991). En résumé : rester en méta-communication sur ces phénomènes est vital à toute réussite d'intervention. Ce genre de complexité intra-familiale et inter-systèmes est souvent extrêmement pompante en énergie (Elöd M.). Nous voyons par exemple beaucoup de collègues tenir au maximum 10 ans dans ce genre de travail. Parfois perçus trop menaçants par certains autres collègues, ils se voient privés de moyens comme ce fut le cas à Lausanne (O. Masson, 1979, 1982).

A Londres, **A. Bentovim** utilise les poupées sexuées pour que les enfants, même très jeunes, puissent rendre la dénonciation publique. Mais n'oublions pas que l'enfant ne fait cela *qu'une fois*, donc il faut le filmer. A Londres, la police de la protection infantile est derrière un miroir sans tain, et le procès verbal est rédigé immédiatement. Ils ont aussi tout un réseau de familles et/ou de services d'accueil pour mettre temporairement l'enfant en protection, à distance de sa famille. J'insiste que si l'intervenant n'est pas intégré dans une structure suffisamment solide et complexe pour faire face aux exigences de la dénonciation par les enfants après dénonciation par un tiers, il ne faut pas s'y aventurer, vous risquez plus de violence sur l'enfant qui a déjà été abusé. C'est-à-dire quand l'enfant avoue et qu'au niveau de la réalité aucune protection n'est légalement autorisée, l'intervenant abuse une fois de plus de l'enfant avec cette technique de dénonciation.

Dans ce contexte, j'apprécie le travail de **T. Furniss**: en Angleterre, on force à la dénonciation pour qu'on puisse protéger légalement l'enfant. En différence avec cette stratégie, lui développe un modèle où, quand les parents refusent de dénoncer et nient l'abus, même s'il y a des petits indices au niveau du corps comme quoi cela pourrait avoir lieu, l'intervenant ne forcera pas vers une reconnaissance des faits. Il ne va pas séduire l'enfant à dénoncer un de ses parents. Si les adultes n'avouent pas l'abus, il va travailler avec la famille en recherche de toutes les bonnes raisons à nier les faits. Il opère en questionnant quel serait le système de protection mis en place, s'il y avait eu abus. Il pose des questions comme «Admettons qu'il y ait abus». A qui est-ce que l'enfant pourrait se confier? Quelles sont les mesures de protection prévues? S'il y avait dénonciation, quelles pourraient être les conséquences au niveau économique, légal, familial, professionnel. La compréhension augmente tellement qu'à la longue un des adultes vient avouer les faits.

Si un des enfants est *placé en institution* on devra veiller à ce que la victime ne devienne pas elle-même abuseur, ou sollicite d'autres pour à nouveau se victimiser. S'il n'y a pas suffisamment d'aide à l'intégration psychique de ces événements traumatisants, la victime va l'agir comme appel à l'aide.

En Hollande, les intervenants ont développé un questionnaire à donner aux abuseurs qui ont été *emprisonnés* (Frencken, 1990). Lors de leur séjour en prison, les intervenants doivent aider à mettre un processus psychologique en évolution. Ils doivent aider l'abuseur à réaliser ce qu'il a provoqué chez l'autre et en quoi cela crie d'anciennes maltraitances dont lui a été victime.

Sans un travail de perlaboration par tous les membres de la famille, l'emprisonnement et le séjour en institution ou en famille d'accueil arrête le temps, mais personne n'aura gagné une maturation psychologique. Au moment des retrouvailles toutes les interactions pervertissantes peuvent recommencer et ceci encore un peu plus en cachette et sous menace de plus de violence.

M. Sheinberg (1993 de l'Ackerman Institute, nous décrit comment travailler avec l'autre partenaire pour arriver à comprendre pourquoi il laisse faire, quelle est la partie du soi qui est protégée par cette forme d'aveuglement. Pour chaque membre de la famille, le thérapeute cherche donc à mobiliser un processus de changement.

Les jeunes enfants comme facilitateurs d'expression d'émotions occultées chez leurs parents: quelque implications préventives

Nous nous attardons maintenant à un troisième volet, peut connu dans la clinique pédopsychiatrique – ou comment les plaintes psychosomatiques présentées par des jeunes enfants peuvent dénoncer les maltraitances subies par leurs parents quand eux étaient enfants.

Nous nous trouvons sur le croisement de deux axes: la situation de post-traumatisme et la situation où l'on risque la fixation de la maltraitance de l'enfant *dans l'intra-familial*.

De manière trop simpliste et trop réductrice, on a pensé à des troubles intrapsychiques comme preuve de la seule mauvaise relation mère-enfant. Ceci s'est élargi à l'idée que s'il y a symptomatologie chez un jeune enfant, c'est qu'il décode des problèmes dans le couple de ses parents: dès lors il fallait changer la structure de la famille ou travailler avec le couple (cf John Byng Hall, Minuchin, Jurg Willi). Rarement j'entends des thérapeutes se poser la question si parfois le fait qu'un enfant exprime un problème, ne peut pas être l'indicateur de plus de confiance dans sa famille, de plus de sécurité... mais alors par rapport à qui ou à quoi? Si le thérapeute peut regarder le fonctionnement des enfants comme celui d'une éponge, il peut chercher ce que l'enfant capte dans l'ambiance familiale, mais aussi ce qu'il capte comme angoisse dans les zones pétrifiées «du ventre» de ses parents. Si le climat familial est assez sécurisant, l'enfant peut exprimer la détresse que ses parents n'ont pas pu exprimer vu les circonstances de leur passé (familial ou social).

Comment l'enfant sent-il les zones pétrifiées chez ses parents?

Ce qui est devenu ma préoccupation en intervenant dans des familles, c'est de réfléchir avec les parents, non comment eux éventuellement sont maltraitants avec les enfants, mais comment les enfants les aident à redécouvrir des zones occultées et pétrifiées en eux-mêmes. Parce que s'ils peuvent donner plus de protection à leur enfant actuellement, l'enfant peut exprimer la souffrance qu'il sent intuitivement. Intuitivement, mais pas de façon magique, cela se développe dans un processus de comportements inter-relationnels. Je crois que comme **Richter** le décrit dans son livre *Parents, enfants et névroses*, chaque fois qu'un enfant fait quelque chose qui capte une certaine énergie psychologique chez les parents, il décode très vite l'attention particulière qu'il reçoit. Même si le parent ne peut pas expliquer et se rendre compte du surplus d'attention qu'il donne à l'enfant, l'enfant capte très vite que c'est pris dans un réseau de résonance émotionnelle chez ses parents et va donc plus facilement amplifier ce comportement. Mais tout cela passe à un niveau subliminal. Par exemple dans la phase normale de développement psychologique, chaque enfant passe, vers huit mois, à l'anxiété pour les étrangers. Les parents peuvent réagir de façon très diverses à ce comportement de leur enfant. Des parents timides, qui ont eux-mêmes souffert de l'isolement social, vont soit surprotéger leur enfant, soit le forcer à surmonter très vite sa peur. L'enfant capte donc un surplus d'attention, de crispation de ses parents et risque de se fixer dans ce stade de développement.

Quand le thérapeute se met en accord affectif avec ce que l'enfant exprime, s'il va assez loin dans son questionnement, un accord affectif peut se faire avec l'enfant

toujours présent dans l'adulte. Cette approche sera illustrée par plusieurs exemples de ma pratique de psychothérapeute.

Je reçois une mère portugaise envoyée par le pédiatre, accompagnée de son bébé âgé de deux mois qui hurle du matin au soir. Je lui demande qui elle irait consulter si elle était au Portugal. Pendant ce temps, l'enfant très anxieux, reste accroché à la mère. A l'enfant qui comprend à un autre niveau, celui de l'affect, du regard, je dis: «Peut-être que maman est très seule ici en Belgique. Toi lorsque tu pleures, elle te console, mais elle, qui l'écoute ici?». Il faut renarcissiser les gens qui sont culpabilisés, qui sont envoyés par des intermédiaires et croient qu'ils vont être taxés de mauvais. Il faut renarcissiser, c'est-à-dire faire découvrir qu'il y a de bonnes choses en eux. La maman reconnaît qu'au Portugal, elle n'irait consulter personne, elle n'irait pas dans sa famille non plus. Je prends l'enfant dans mes bras et, tout en marchant, je continue à questionner la mère sur sa solitude, sa souffrance. L'enfant s'apaise de plus en plus et quand il est sur le point de s'endormir, je le passe à sa mère. Dans ses bras il s'endort profondément jusqu'à la fin de l'entretien. Ceci étonnera fortement la maman qui s'attendait à une séance horrible, puisqu'à la maison il ne s'apaise que pour dix minutes dans un sommeil profond. Je questionne la mère, sur ce qui la faisait pleurer quand elle était petite. Et bien on la laissait dans un coin, on fermait les portes, on ne l'écoutait pas. Elle se sentait abandonnée comme maintenant. Je développe ici le questionnement décrit dans mon article de 1987 et progressivement on voit que la mère peut dire que si sa famille d'origine ou ses frères et sœurs savaient qu'elle venait en consultation, tout le monde dirait: «Tu vois bien, tu es folle comme ton frère, on t'a toujours dit que tu es une détraquée. Heureusement que tu vis loin en Belgique et pas au Portugal pour ne pas être la honte de la famille».

Ce qui m'a impressionnée, c'est comment ce jeune enfant est en synchronie avec ce qui se passe dans le «ventre» de sa maman. Au moment où le thérapeute peut, profitant du comportement de l'enfant et en lui parlant, entrer en contact avec les zones pétrifiées de solitude et de souffrance dans le «ventre» de sa mère, celui-ci s'apaise, s'endort, ou commence s'il est plus âgé à quitter les genoux de sa mère et s'abandonner à un jeu constructif.

J'ajoute un exemple similaire, une mère est envoyée par son pédiatre à ma consultation – son bébé âgé de six mois est anorexique, refuse toute nourriture. L'envoi de la mère par le pédiatre chez «un psy» confirme que c'est elle la femme à problèmes, qu'elle ne sait pas nourrir son enfant alors que son mari oui. Lorsque j'interroge sur la position des autres membres de la famille par rapport à cet envoi en consultation, on apprend que la grand-mère maternelle est d'accord. Ceci m'étonne et je continue le questionnement apprenant que la mère fut anorexique de l'âge de deux à six ans. La grand-mère est de ce fait devenue très instable, la mère est vue comme responsable de ce déséquilibre. Elle est nommée comme le clou du tombeau de sa mère. Pendant la grossesse de son premier enfant, plusieurs membres de la famille lui ont souhaité un enfant moins difficile que ce qu'elle a été. Si la mère a été elle-même anorexique, je peux donc la considérer comme spécialiste dans la matière. Comment est-ce qu'elle comprend son anorexie? A quels facteurs l'attribue-t-elle? La mère ne peut rien répondre mais je maintiens le ques-

tionnement. L'enfant commence à s'agiter pendant l'échange. Tout à coup la mère s'arrête et reconnaît que deux enfants nés avant elle sont morts peu après la naissance. Est-ce donc vraiment elle la cause de l'état anxieux de sa mère? Ainsi la mère a pu reconnaître ce qu'elle savait, que son enfant ne vivait pas des choses dramatiques, que ce n'était pas elle le clou du tombeau des autres, la cause de tous les problèmes. Après ce déclic chez la mère, l'enfant quitte les genoux de sa maman et se met à explorer la boîte à jouets! La grand-mère a accepté de parler à sa fille, la relation de couple a évolué, le père voyant que la mère nourrissait mieux son enfant.

Les bonnes questions permettent d'ouvrir à une logique qui permet de profiter de tout ce qui a été occulté au lieu d'être honteux du passé, chargé de culpabilité. Il y a peut-être un enseignement des choses qui nous ont échappé comme enfant mais que comme adulte, on peut questionner autrement.

Un troisième exemple va un peu plus loin.

Un pédiatre vient avec une famille. Il n'en sort plus face à ce petit garçon de quatre ans qui à la maison se fait battre par ses parents. Même lors de la consultation médicale, il devient insupportable et le pédiatre se voit lui-même sollicité à intervenir avec force. Donc à son niveau il y a quelque chose qui lui échappe, raison pour laquelle il demande une consultation.

L'enfant de quatre ans tourne en rond comme un lion dans une cage, il accompagne cela par un petit geste qui attire mon attention: il se resserre régulièrement les fesses. J'apprends qu'il est encoprotique par phases, mais je cherche à formuler une hypothèse en situation normale: souvent des enfants qui ont été hospitalisés très jeunes, sans défense, sans possibilité de mentaliser, ressentent la panique des parents, et ont des manifestations symptomatiques. Cette hypothèse ne semble pas correspondre à l'histoire familiale, par contre la suivante ne manquera pas son effet. Son petit geste étrange qu'il fait souvent, qui peut être comparé à une réaction à une piqûre dans les fesses, est compris par la mère. Elle dit: «Lorsque j'étais petite, mon frère m'obligeait à aller dans sa chambre, et il se piquait de drogue». Le bébé ne sait pas cela, la mère en analyse n'a pas apporté ce fait de la fratrie. Dans son désespoir vis-à-vis de son fils, cette mère ne se rendait pas compte que c'était son désespoir vis-à-vis de son frère qu'elle n'avait pu exprimer, qu'elle revivait.

Le thérapeute peut donc chercher ce que l'enfant capte dans l'ambiance familiale et ce qu'il capte comme angoisse dans les zones pétrifiées de «ventre» de ses parents. Si le climat familial est assez sécurisant, l'enfant peut lui exprimer de la détresse alors que ses parents ne l'ont pas pu à cause des circonstances, du modèle de famille idéale. Dans la génération précédente, on ne pouvait pas montrer les affects, mais on devait plutôt exprimer de la vénération aux parents. L'enfant peut dans la culture actuelle s'exprimer différemment. Pensons aussi à des expériences de torture pendant la guerre ou aux régimes de dictature. Pour survivre il faut cacher toutes les réactions émotives sinon le bourreau sévit encore plus. Après on veut à tout prix oublier, ne plus laisser pénétrer les horreurs du passé sur le présent et surtout éviter à nos enfants qu'ils doivent subir les conséquences de ces tortures. Alors, peut-être que le jeune enfant qui reçoit plus de protection, qui ne doit pas

cacher les émotions pour survivre, qui sent l'angoisse ensevelie dans un coin pétrifié de ventre d'un des parents, peut exprimer un malaise, adresser un cri d'appel à qui pourra décrypter le message.

« Il faut trois générations pour effacer les traumatismes d'une guerre », mais malheureusement quand l'enfant s'exprime, le lien logique est occulté avec le passé, car enfoui dans l'oubli de l'amnésie individuelle, familiale et/ou sociale. Alors est-ce que le jeune enfant peut aider à évoluer d'une amnésie du passé à une amnésie du passé, aidé par le questionnement et le support d'un tiers thérapeute ? Il est clair que si l'intervenant est prisonnier d'une logique réductionniste, il n'aidera pas au décryptage. Il fixera plutôt le problème, et une fois de plus, il va maltraiter le parent qui déjà a été maltraité dans le passé, le laisser une fois de plus sans protection. Par contre si l'intervenant peut être sensible à l'hypothèse qui relie au passé, qui voit dans chaque génération aussi une possibilité de digérer des choses du passé et de gagner des petites choses de génération en génération, alors on verra que, une fois le message capté et intégré par les différents membres de la famille, il y aura apaisement et le jeune enfant pourra s'abandonner à ses jeux à lui, à sa vie imaginative et les parents reprendront la fonction du « *refueling* » comme décrite par Winnicott (1971).

Comment profiter des messages verbaux et non-verbaux des jeunes enfants pour élaborer des hypothèses qui permettent des liens entre les vécus des divers membres de la famille ?

L'intervenant doit utiliser pour cela un langage qui mobilise le jeune enfant : le questionnement, les métaphores élaborées sur base de mouvements corporels, les dessins spontanés ou proposés par lui. Cette élaboration permet tant au thérapeute qu'à l'adulte d'entrer en sympathie avec « l'enfant dans l'adulte » et de découvrir quand une certaine façon de fonctionner a été la seule solution de survie possible. Il s'agit de choses positives, constructives. Beaucoup de solutions de crispation, non exprimées, sont des solutions de survie que nous avons développées comme enfant pour maintenir l'équilibre de nos familles, de nos parents et grands-parents.

Maintenant que ce contexte menaçant a changé, peut-être que ce fonctionnement peut se mettre à évoluer grâce à la reconnaissance de la souffrance endurée dans le passé. Ensemble on passe donc d'une **amnésie** (et une occlusion) à une **amnésie** du passé, soutenus par la compréhension intuitive du jeune enfant.

L'exemple suivant se rapporte à une femme qui m'était adressée par une carologue parce qu'elle souffrait d'arythmie et douleurs cardiaques, alors qu'il n'y a aucun dysfonctionnement cardiaque que l'on puisse détecter. Quand cette femme vient, suivant le type de questionnement décrit dans mon article de 1987, j'entends qu'elle est la fille préférée de son père. Au niveau de la thérapie, faire une démarche chez le psy, c'est quelque chose qu'elle ne veut pas avouer à ses parents parce qu'il ne faut surtout pas qu'ils se fassent du souci pour elle. Il ne faut pas non plus que sa sœur le sache parce qu'elle est encore plus détraquée qu'elle et cela la fera paniquer. On a toujours dit qu'elle était la fille solide et sa sœur était plus faible. Quant au mari de la patiente, elle l'accuse en fait d'être constamment violent et négatif, tant vis-à-vis d'elle que vis-à-vis des enfants. J'ai continué à explorer la famille d'origine des deux parents, plutôt que d'aller d'emblée dans le problème. Ce que j'apprends là sur les deux familles d'origine, c'est que la mère était néerlandophone, que son père a collaboré avec les Allemands et a été emprisonné et mal-

traité comme prisonnier après la collaboration avec les Allemands. Par contre, dans la famille du père, qui vit en Wallonie, le père a été dans le maquis. Donc il protégeait les Belges contre les Allemands.

Sur leur couple il y a une malédiction forte depuis le début. Les parents de la femme ont dit : « Tu fais un mauvais choix de partenaire, un couple construit sur nos histoires de guerre, cela ne peut amener qu'à de la guerre, il n'y a rien de bon qui peut sortir de cela ». Comme j'avais centré mon questionnement sur les familles d'origine et sur la malédiction qui reposait sur le couple, j'ai pu demander l'aide du père. Ceci, pas pour l'accuser de la violence dans la famille mais pour voir comment je pouvais aider leur couple sans me déclarer implicitement d'accord avec la malédiction qui repose sur celui-ci. Le père accompagne sa femme à la deuxième séance et il y dénonce clairement toute la maltraitance dont lui a été victime : insultes, coups, non communication. Sa mère criait de la fenêtre sur lui quand il rentrait à la maison, son père ne parlait pas des expériences de guerre.

A la deuxième séance que je fais avec le couple, le père a développé, d'une façon exacerbée, une attitude paranoïaque. C'est-à-dire je suis l'alliée de sa femme, si je le fais venir, au lieu de prendre sa femme en thérapie, c'est parce que je veux l'accuser lui. Sa femme fait déjà alliance avec les enfants, et il est tout à fait seul et je suis dans le complot de sa femme. Et il n'y a plus rien d'autre dont on peut parler, parler de sa souffrance d'enfant, cela est exclu. Quel changement par rapport à la séance précédente ! Alors je me suis dit : « Qui peut m'aider ici ? » parce que contredire cela c'est empirer. La femme a déjà essayé de contredire à toutes sortes de niveaux. Alors je me suis dit que peut-être que les enfants peuvent m'aider à me décoinser, parce que sinon, ce couple aurait déjà depuis longtemps divorcé. Et j'ai demandé de l'aide des enfants. J'ai demandé si les parents étaient d'accord de faire venir leurs quatre enfants. A la première séance familiale, puisque le père interrompt ma présence comme une preuve que je suis avec sa femme contre lui, je veux voir si les enfants peuvent m'aider à réouvrir et à pouvoir de nouveau entrer en contact avec la souffrance tant du père que de la mère, la souffrance d'enfance des deux et l'effet de ceci sur les relations familiales.

Voici le tableau initial de la séance suivante avec les enfants : les trois adolescents rangés sur le banc qui ne disent rien, qui ne bougent pas, qui osent à peine regarder et la petite fille de sept ans, la seule qui peut papillonner et s'exprimer encore un peu librement. Cela répond à ce que l'on raconte de la famille, c'est-à-dire que, aussi longtemps que les enfants étaient petits, le père supportait beaucoup plus, était beaucoup en rapport positif avec les enfants. Mais dès qu'ils devenaient un peu plus grands, c'étaient insultes, réprimandes, critiques et coups.

Je me suis formulé l'hypothèse qu'apparemment, c'est la petite qui a encore la liberté d'expression, comme moi je l'ai eue au premier entretien. Et je lui ai demandé pendant que je continuais à parler avec les plus grands : « Est-ce que tu pourrais m'aider ? Je voudrais te demander que tu dessines toute ta famille sous forme d'animaux et toi-même incluse. Est-ce que tu peux me représenter chaque membre de ta famille sous forme d'animal ? » Elle a fait ce dessin... Son père : le petit taureau, son frère aîné : le grand taureau, quant aux filles : elle : la petite cocci-nelle, sa sœur aînée : le lapin, et l'autre : le petit poussin. Donc tous de petits animaux, mais qui peuvent coexister dans une ferme, on peut les mettre ensemble.

Certains enfants mettent leur père en Amazonie, leur mère en Alaska, ou l'un comme animal de terre et l'autre dans le ciel, ce qui indique bien qu'ils sentent qu'ils ne peuvent pas coexister. Ici tous les animaux peuvent coexister dans une ferme, et la mère, elle la dessine en dernier lieu comme grand papillon. J'avais fait faire ce dessin détourné du regard des autres et j'avais dit à la fille: « Quand tu es prête, indique-le moi et on va retourner le tableau ». Avec la préoccupation que j'avais, je n'ai pas été faire des interpellations ici, je l'ai félicitée pour le travail qu'elle avait fait, j'ai demandé à quoi elle avait pensé et cela a fait rire beaucoup de membres de la famille, les associations qu'elle faisait, pourquoi elle avait choisi le lapin pour sa sœur et le petit poussin pour l'autre, et j'ai demandé à chaque membre de la famille ce qui les étonnait, ce qui les dérangeait, les questions qu'ils voulaient poser et la session s'est terminée là-dessus. (Tilmans-Ostyn, 1981).

Puisque mon but est d'essayer de toucher l'enfant dans l'adulte, à la séance suivante j'ai demandé à la jeune fille de sept ans si elle pouvait faire un même genre de travail, mais cette fois-ci me dessiner les parents de la mère et les parents de son père sous forme d'animaux. De nouveau elle dessine détournée, pour qu'elle ait la liberté psychologique de laisser aller ses idées sur une représentation et puis elle retourne le tableau, entretemps je parle avec la famille.

Alors on reçoit ce dessin: on voit les parents de la mère, le coq et l'oiseau dans le nid chaud, les couleuvres vives... et où pensez-vous que sont les parents du père? En dessous: la baleine, le requin. Qu'est-ce que vous pensez qui se passe quand le tableau est retourné et que les parents voient cela? Le requin, la baleine et puis les parents de la mère ensemble? Le père s'est mis à pleurer, comme il ne l'avait jamais fait dans sa vie et il a accepté, après qu'on en ait discuté, de commencer une thérapie individuelle, en parallèle avec le maintien des entretiens de famille en alternance avec des entretiens individuels avec la mère.

Dans cette phase de travail il est indispensable que le thérapeute puisse se permettre d'utiliser symboliquement la **boule de cristal** pour scruter les liens possibles, pour faire des hypothèses sur le vécu des parents dans leur famille d'origine, qui relie « l'ici et maintenant » de ce que suggère le jeune enfant par son comportement d'une part, et ce **passé occulté** d'autre part.

Le fonctionnement au niveau de la fratrie actuelle de l'enfant peut aussi aider à formuler des hypothèses sur l'analogie entre celle-ci, la relation du couple et la relation dans la fratrie des adultes dans leur famille d'origine.

A ce questionnement peut suivre le questionnement « jusqu'où », « combien de temps encore » cette rigidité dans le fonctionnement relationnel doit-elle se maintenir? Est-ce que le contexte n'a pas changé, ce qui permettrait d'expérimenter avec des alternatives de comportement et de mode d'interactions? C'est-à-dire l'utilisation de la boule de cristal orientée sur le **futur**.

Souvent les adultes, qui continuent inconsciemment avec leur partenaire le même drame relationnel qu'ils ont vécu dans le passé dans leur famille d'origine, peuvent se permettre de sortir de leurs « douces guerres de couple » pour leurs enfants. Pour gagner « des petites choses de génération », ils peuvent changer sans perdre la face ou sans avoir l'impression de succomber sous la pression du partenaire.

Dans cette phase de travail il est donc important que le thérapeute puisse utiliser symboliquement la boule de cristal. Métaphoriquement, cette boule permet de regarder dans le passé, permet de faire des hypothèses sur le passé normalisant et projeter dans l'avenir ce qui pourrait être les pièges de fonctionnement pour le futur relationnel. Le thérapeute qui profite des messages du jeune enfant permet de rentrer en contact avec le passé de ses parents. Ceci non seulement pour connaître l'historique ou mobiliser de l'émotion, mais surtout pour mettre des liens qui vont revitaliser les possibilités d'avenir. C'est décoller tout ce qui est devenu masse non différenciée sur un personnage et qui se rejoue sans arrêt. On voit changer les membres de la famille, au moment où ils décollent de leurs projections et répétitions.

Conclusions

Ainsi vous voyez que la boucle se ferme. Nous avons parcouru comment réaliser la protection de l'enfant dans l'adulte par le biais de livres et de romans, par l'entraide au niveau de la fratrie des adultes.

Nous avons envisagé ensuite comment réaliser dans la réalité une protection des enfants ainsi que la stratégie d'aide à plus long terme tant pour l'abuseur que pour les autres membres de la famille, dans la mise en place de l'inter-systémique et un nouveau fonctionnement intra-familial. Ensuite nous nous sommes attardés à savoir comment les jeunes enfants peuvent aider leurs parents à mentaliser et digérer des anciennes blessures qui font partie des zones pétrifiées et donc occultées de leur vécu. Cette aide peut opérer si les intervenants ne culpabilisent pas d'embler les parents lors de l'apparition de symptômes chez les jeunes enfants et s'ils gardent un questionnement sur la transmission transgénérationnelle.

Tout ceci est utilisable en situation de maltraitance physique ou d'abus sexuel dans le passé, mais nous ne pouvons oublier toutes les situations cliniques dans lesquelles il y a eu maltraitance bien plus insidieusement, non spectaculaires, c'est à dire des formes de maltraitements psychiques et des abus de la capacité d'adaptation du jeune enfant.

E. Tilmans-Ostyn
Centre de Guidance
Clos Chapelle-aux-Champs 30
Bte 3049
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Barudy J. (1994): « L'approche systémique de la maltraitance des enfants; aspects cliniques et thérapeutiques », Programme S.O.S. Enfants-Familles, U.C.L., Place Carnoy 16, 1200 Bruxelles.
2. Bentovim A. (1985): *Sexual Abuse Program*, Department of Psychological Medicine, Hospitals for sick children, Great Ormond Street and Tavistock Clinic, London WC1, U.K., *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 6, N°3, pp. 249-256.

3. Bentovim A. et Gilmour L. (1981): «A family therapy interactional approach to decision making in child care, access and custody cases », *Journal of Family Therapy*, 3, pp. 65-78.
4. Berger M. (1992): *Les séparations à but thérapeutique*, Ed. Privat, Toulouse.
5. Bowen M. (1984): *La différenciation du soi*, E.S.F., Paris.
6. Byng H. (1980): Symptom bearer as marital distance regulator: clinical implications, *Family Process*, 19, pp. 355-367.
7. Dicks H.-V. (1967): *Marital tensions. Clinical Studies towards a psychological theory of interaction*, Routledge & Kegan Paul.
8. Elod M. (1982): Intervention thérapeutique et préventive auprès d'un groupe familial à haut risque, *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 3, N°6, pp. 215-233.
9. Festinger L. (1953): *A theory of cognitive Dissonance*, Evaston, Row Peterson.
10. Frencken (1990): *Pilot project in Rotterdam voor incest daders*.
11. Furniss T. (1991): *The multiprofessional Handbook of child sexual abuse: Integrated management, therapy and legal intervention*, Routledge.
12. Herman J.-L. (1992): *Trauma and recovery*, Basic Books, Harper Collins Publ.
13. Krystal H. (1988): *Integration and self-healing. Affect, Trauma, Alexithymia*, The Analytic Press, p. 383
14. Masson O. (1979): Les thérapies familiales en prévention infantile, *Génitif I*, N°4, pp. 17-19.
15. Masson O. (1982): Mauvais traitements envers les enfants et thérapie familiale, *Child Abuse and Neglect*, vol. 6.
16. Miller A. (1993): *Le drame de l'enfant doué*, PUF, Paris.
17. Miller A. (1980) (1984): *C'est pour ton bien*, (1), Aubier, Paris.
18. Miller A. (1986): *L'enfant sous terre*, Aubier, Paris.
19. Miller A. (1990): *La connaissance interdite*, Aubier, Paris.
20. Minuchin S. (1979): *Familles en thérapie*, Ed. Delarge, Paris.
21. Richter H.-E. (1963): *Eltern, Kind und Neurosen*, Ernst Klett Verlag.
22. Richter H.-E. (1972): *Parents, enfants et névroses*, Ed. Mercur de France, Paris.
23. Sheinberg M. 1993): Navigating treatment impasse at the disclosure of incest: combining ideas from feminism and social constructionism, *In: Family therapy and beyond*, 5th. World Family Therapy, Congress, Final Program and Abstract Book, Amsterdam, p. 174.
24. Stettbacher J.-K. (1991): *Pourquoi la rencontre. La rencontre salvatrice avec sa propre histoire*, Aubier, Paris.
25. Tilmans-Ostyn E. (1987): La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande, *Thérapie familiale*, Genève, vol. 8, N°3, pp. 229-246.
26. Tilmans-Ostyn E., Kinoo Ph. (1984): Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne, *Thérapie familiale*, Genève, vol. 5, N°3, pp. 251-265.
27. Tilmans-Ostyn E. (1989): Formation de médecins généralistes à l'épistémologie systémique et son application dans la relation médecin-patient, *Thérapie familiale*, Genève, vol. 10, N°2, pp. 103-112.
28. Tilmans-Ostyn E. (1981). La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants, *Thérapie familiale*, Genève, vol. 4, pp. 329-335.
29. Tilmans-Ostyn E. (1990): Développement de l'utilisation du soi du thérapeute: une base de formation en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, Genève, vol. 11, N°2, pp. 127-138.
30. Tilmans-Ostyn E. (1992): Le temps dans le processus thérapeutique, *Thérapie familiale*, Genève, N°3, pp. 257-266.

31. Ury W. (1991): *Getting past no. Negotiating your way from confrontation to cooperation*, Bantam Books, pp. 189.
32. Willi J. (1984): The concept of collusion: a theoretical framework for marital therapy, *Family process*, 23, 2, pp. 177-187.
33. Winnicott D.W. (1971): *Jeu et réalité*, Paris, Ed. Gallimard, 1975.
34. Wolf C. (1976): *Trame d'enfance*, Gallimard, Collection Folio, trad. 1987, 630 pp.
35. Wolf C. (1976): *Kindheitsmuster*, Aufbau-Verlag, Berlin.

ETE 1995

10ème Séminaire International
De Thérapie Contextuelle

avec IVAN BOSZORMENYI-NAGY, MD

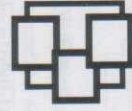
Chexbres (Suisse)

du 28 août au 1er septembre 1995

Traduction française et animation par

Catherine Ducommun-Nagy, MD

Pour plus d'informations, prière contacter:



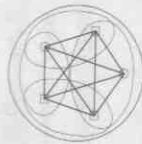
The Institute For Contextual Growth, Inc.

126 South Bethlehem Pike Ambler, PA 19002

Tél. (215) 542-1711

avec la collaboration de

THERAPIE FAMILIALE



La Collection

Familles,
Institutions,
Eco-systèmes

RELATIONS

dirigée par: Guy AUSLOOS, Jean-Claude BENOIT, Yves COLAS, Daniel MASSON
et Maggy SIMEON, présente

G. PRATA, M. VIGNATO, S. BULLRICH: *Interventions systémiques dans les jeux familiaux. Cet enfant qui voyait le bateau s'éloigner.*
Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jan SCHOUTEN, Siegi HIRSCH, Han BLANKSTEIN: *Garde ton masque. Prise en charge d'adolescents difficiles en structure d'hébergement.*
Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Jay HALEY: *Stratégies de la psychothérapie*
Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Carole GAMMER et Marie-Christine CABIE: *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases*
Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jean-Claude BENOIT: *Patients, familles et soignants. La recherche d'un système thérapeutique institutionnel en psychiatrie. Préface de Jacques-Antoine Malarzewicz*
Prix: FS 52.10 / FF 158.— + port

Sous la direction de Donald A. BLOCH: *Techniques de base en thérapie familiale. Sorte d'ABC des thérapies familiales, ce recueil nous conduit de l'entretien individuel jusqu'aux thérapies multifamiliales, de la crise familiale à la rencontre thérapeutique à domicile, de la sculpture aux techniques audio-visuelles, etc. Quatorze témoignages concrets retracent l'image du savoir-faire et celle du talent didactique de leurs auteurs.*
Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Un prix de souscription sera réservé aux abonnés de THÉRAPIE FAMILIALE. Les commandes devront être adressées à l'éditeur de la revue:
Editions Médecine et Hygiène Case postale 456 - CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 346 93 55
Fax: (022) 347 56 10

LES RÉPERCUSSIONS DES SYNDROMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SUR LES FAMILLES

M. De CLERCQ*

Résumé: *Les répercussions des syndromes de stress post-traumatiques sur les familles* - Les conséquences psychologiques et psychiatriques des catastrophes et traumatismes graves sont nombreuses et bien mises en évidence aujourd'hui. Par contre, les répercussions de ces séquelles post-traumatiques sur la famille et le couple sont trop souvent sous-évaluées. Qui plus est, la non implication du conjoint ou de la famille dans le processus de soins contribue à détériorer davantage les relations conjugales ou familiales. Des équipes psychiatriques spécialisées doivent être créées dans les services des urgences et doivent intervenir aussi vite que possible après la catastrophe ou le traumatisme, en impliquant d'emblée le conjoint et la famille.

Summary: *The repercussions of P.T.S.D. on families* - The psychiatric and psychological after-effects of disasters are numerous and now well-known. The repercussions of the post-traumatic after-effects on the family and on the couple are too often underestimated. More over, the non involvement of the spouse or the family within the process of care deteriorates the conjugal and family relationships. Specialized psychiatric teams must be created in major emergency services and they must intervene as soon as possible after the disaster or the trauma in this taking in charge. The spouse and the family must be involved.

Mots-clés: Catastrophe - Famille - Couple - Syndrome de stress post-traumatique.

Key words: Disaster - Family - Couple - P.T.S.D.

Introduction

Depuis plusieurs années, la question de la prise en charge des victimes est d'actualité. Il peut s'agir d'abord de victimes de catastrophes macro-sociales: inondations, tremblements de terre, attentats terroristes (bombes), catastrophes dans un stade de football (Bradford, Furiani, Heysel), victimes d'actes de guerre, de collisions maritimes, de collisions de trains... (De Clercq, 1992a).

Mais, il peut s'agir également de catastrophes à l'échelle interpersonnelle, appelées catastrophes micro-sociales: viols, accidents graves, brûlures graves, hold-up, prises d'otages ou agressions individuelles (De Clercq, 1992c).

De nombreuses recherches internationales ont mis en évidence le danger pour ces patients de développer à long terme des syndromes de stress post-traumatique extrêmement graves, mettant à long terme en danger la vie individuelle

* Psychiatre. Thérapeute familial. Responsable de l'unité de crise et d'urgences psychiatriques (Chef de Service: Prof L. Cassiers). Cliniques universitaires Saint-Luc. Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

et professionnelle de ces patients mais également leur vie familiale. D'ailleurs, la plupart de ces patients se retrouvent *ad vitam aeternam* en invalidité ou à la charge de la société (Mac Farlane, 1988).

1. Les conséquences psychiatriques et psychosociales de ces catastrophes tant sur le plan individuel que familial

Weisaeth (1989) étudie les conséquences à court terme d'une catastrophe industrielle grave. Il note surtout des phénomènes d'anxiété post-traumatique faits de cauchemars, de troubles du sommeil, de réactions de sursaut exagérées et de crainte de la zone de la catastrophe. Dans les mois qui suivent, il observe par contre des réactions dépressives accompagnées de culpabilité, de honte, d'irritabilité et de repli social.

Après 7 mois, il note une diminution de la fréquence et de l'intensité des réactions post-traumatiques, mais par contre une augmentation de l'irritabilité, de l'agressivité et du repli social. Il insiste sur le fait qu'à ce moment-là, ce sont surtout les relations familiales et conjugales des patients qui pâtissent le plus de cette conséquence psychopathologique.

Malt (1987) et Tucker (1986) passent en revue la littérature concernant les séquelles à long terme des brûlures graves. Ils mettent en évidence dans des études de 1 à 3 ans:

- des syndromes dépressifs;
- des syndromes anxieux;
- des syndromes psychologiques organiques;
- des altérations graves des interactions sociales.

Malt et Hugland (1989) étudient aussi les conséquences des brûlures à long terme (13 ans après l'accident) et trouvent 11% de séquelles modérées affectant significativement la vie des patients et 11% de séquelles pathologiques graves avec un handicap social majeur.

Malt, Blikra et Hoivik (1989) présentent les résultats de 3 ans de suivi de blessés présentant et ayant présenté des accidents très graves. Ces traumatismes constituent une source importante de morbidité psychopathologique qui altère la vie sociale et familiale de ces sujets:

- 19% de diminution de leur santé psychologique;
- 10% de dégradation grave de leurs contacts sociaux;
- 7% de moins bonne relation familiale et conjugale.

De nombreuses études ont essayé de mettre en évidence les conséquences psychopathologiques des viols (Monnet, 1989). Sous la dénomination de *Rape Trauma Syndrom* (Streit-Forrest, 1987), de nombreux auteurs ont regroupé les différents symptômes observés après le viol:

- des troubles anxieux (Frank, 1983);
- une dépression majeure;
- un syndrome de stress post-traumatique (Holmes, 1983);
- des problèmes d'adaptation familiale et conjugale et des troubles de la vie de tous les jours (Mezey, 1988);
- un abus d'alcool et de médicaments.

Les symptômes anxieux dépressifs et le syndrome de stress post-traumatique sont souvent mal perçus, y compris par le milieu familial, dans le cas des suites de viol comme d'autres catastrophes (Crocq, 1992).

Dans le cas des femmes violées cependant, les sentiments de culpabilité, de colère contre l'homme, altèrent encore davantage les relations sexuelle et conjugale. Sur le plan sexuel particulièrement, on note une baisse de libido retrouvée invalidante dans plus de 60% des cas (Burgess, 1978) et une abstinence sexuelle totale, dans plus de 25% des cas à 4 ans (Gorcey, 1986). Très souvent, ces séquelles auront des répercussions négatives sur la vie du couple. Ainsi, 3 ans après le viol, une femme sur deux se sépare de son mari ou de son ami. Bien souvent, qui plus est, le partenaire lui-même souffre d'une crise psychologique et d'un choc suite au viol de sa partenaire. Il peut se blâmer, se sentir coupable, avoir l'impression d'avoir échoué dans son rôle protecteur (Frank, 1983; Orlando, 1983).

Dans le domaine familial, le retentissement du viol est ressenti de façon beaucoup plus prolongée et encore identifiable après 3 ans. Il n'est pas rare que la victime se mette à témoigner de la méfiance à l'égard de son entourage et court le risque d'être de plus en plus isolée, creusant un tel vide autour d'elle qu'elle peut en arriver à rejeter ou à être rejetée par ceux qui lui sont les plus chers.

Dans notre propre pratique de suivi de patients ayant été victimes d'agressions ou de hold-up, nous observons dès le début des troubles neurovégétatifs et des troubles somatiques anxieux. Un syndrome de stress post-traumatique est retrouvé dans plus de 25% des cas de ces patients à 3 ans (De Clercq, 1992).

Dans une récente étude sur le suivi à 3 ans des victimes d'une explosion terroriste dans un auditoire universitaire, nous avons mis en évidence que 27% des victimes présentent des troubles de stress post-traumatique (De Clercq, 1994).

Les relations familiales et conjugales de ces patients sont extrêmement perturbées et se compliquent par de nombreuses séparations et par d'importantes altérations familiales: soit, la famille est obnubilée par le problème et celui-ci éclipse tous les autres, focalisant toute l'énergie familiale sur la prise en charge de la victime, soit il y a un rejet réel de tous les membres de la famille vis-à-vis de la victime qui se retrouve à devoir gérer seule son problème (Frank, 1987).

2. Répercussions familiales et conjugales de ces séquelles post-traumatiques

Les répercussions conjugales et familiales de ces séquelles post-traumatiques sont trop souvent sous-évaluées. Qui plus est, la non-intégration du conjoint ou de

la famille dans la prise en charge aggrave encore la détérioration des relations conjugales et familiales. Ces problèmes sont cependant nombreux et se posent dès après le traumatisme ou la catastrophe.

Incompréhension et non prise au sérieux des problèmes de la victime

Dans la plupart des situations, l'entourage familial et le conjoint se préoccupent très fort au début de la victime mais s'imaginent assez vite que les choses doivent s'apaiser et que, après quelques semaines, il ne faudra déjà plus y penser.

C'est ainsi que les symptômes neurovégétatifs anxieux et de type phobique, les troubles dépressifs, les phénomènes d'évitement et d'intrusion des souvenirs de la catastrophe provoqueront très souvent chez le conjoint et l'entourage non seulement un sentiment d'incompréhension — pourquoi cela l'obsède-t-il/elle encore ? — mais également très souvent on observera un phénomène d'exaspération voire de rejet pur et simple face à ce qui est déjà pour l'entourage un problème « réglé » (De Clercq, 1990).

Cette première attitude de la famille va rapidement amener la victime à se sentir rejetée et va aggraver son isolement affectif et social (Wolf, 1990).

Une position de malade désigné

Une attitude tout à fait inverse de l'entourage familial et du conjoint peut être, au contraire, de protéger la victime en l'entourant de tous ses soins et en accentuant encore les phénomènes phobiques et d'évitement. La famille devient ainsi complice des troubles phobiques du patient et aggrave ceux-ci. Le patient est présenté comme une victime de la société mais non reconnue et le moindre obstacle devant elle est enlevé. La victime est placée dans un rôle de malade, littéralement maternelle par le conjoint et l'entourage familial, et très rapidement les symptômes post-traumatiques s'enkysteront et se chronifieront (Madakasira, 1987; Bresleau, 1987).

Quelle attitude adopter face à la victime ?

Dans toutes les situations post-traumatiques, le conjoint et l'entourage familial ne sont guère conscients des problèmes post-traumatiques graves que la victime va présenter dans plus d'un tiers sinon dans la moitié des cas rencontrés. Ils ne savent quelle attitude adopter à son égard : faut-il être ferme et l'aider à affronter les problèmes ou au contraire faut-il lui éviter de réaffronter les lieux de la catastrophe ou les circonstances de celle-ci (Hoiberg, 1984) ?

Faut-il soutenir la victime pour l'aider à recommencer à travailler au plus tôt ou au contraire faut-il la laisser pendant de longues semaines en congé de maladie et la protéger à la maison ?

Des problèmes sexuels et affectifs extrêmement handicapants

Surtout dans le cas de viols, les problèmes sexuels seront nombreux : baisse de libido, abstinence sexuelle, vaginisme (Burgess, 1979; Gorcey, 1986).

Dans les autres séquences post-traumatiques, l'ampleur des symptômes anxio-dépressifs ainsi que le développement des symptômes de stress post-traumatique handicaperont également tôt ou tard les relations sexuelles et les relations affectives entre les conjoints.

Ici encore, la plupart du temps, le conjoint ne saura quelle attitude adopter face à ces problèmes : faut-il accepter la chose ou bien au contraire essayer de l'affronter ? Si la situation est acceptable au début, cela deviendra souvent insupportable pour le conjoint à long terme (Mezey, 1988).

Une altération grave du fonctionnement social et professionnel

L'ampleur des séquelles psychopathologiques de ces victimes, particulièrement des séquelles de stress post-traumatique, handicape fortement le fonctionnement social de ces patients. La plupart d'entre eux se retrouvent tôt ou tard écartés du marché de l'emploi ou à la charge de la sécurité sociale ou de la collectivité.

Ils se montrent en effet incapables de continuer à travailler, ne sont plus performants, voire font de multiples fautes professionnelles (Resick, 1981).

Dans la grande majorité des cas cependant, la liaison de ces troubles aux séquelles de la catastrophe ou du traumatisme sera rarement faite et ils ne seront pas, la plupart du temps, indemnisés par les organismes assureurs (Crocq, 1985).

La famille connaîtra des problèmes sociaux et pécuniaires graves suite à cette situation et souvent, le conjoint devra trouver une activité professionnelle.

Des séparations et des divorces fréquents

Le développement des séquelles psychopathologiques, l'isolement social de la victime, la perte de son activité professionnelle et les phénomènes d'évitement phobique vont avoir un retentissement important sur la vie affective et sexuelle de ces patients. Les qualités des relations au sein du couple et même avec les enfants vont s'en trouver altérées (Malt, 1989). Dans de nombreuses situations, ces problèmes amèneront tôt ou tard des séparations voire des divorces, qui viendront encore aggraver l'isolement social de ces victimes.

De nombreux « sans domicile fixe »

Dans des cas de plus en plus fréquents, *in fine*, la victime peut se retrouver à la fois atteinte dans son fonctionnement affectif psychologique et somatique, mais également sans travail, rejetée par sa famille et son conjoint. Cela amènera certaines victimes à se retrouver à la rue, sans domicile fixe.

3. L'approche thérapeutique de ces victimes de catastrophes et de traumatismes

La présence d'équipes spécialisées dans les grands services des urgences

Il est essentiel que, dans les grands services des urgences qui reçoivent et prennent en charge la plupart de ces victimes (femmes violées, victimes d'agression, victimes de catastrophes naturelles, victimes de hold-up), existent des équipes spécialisées dans la prise en charge psychiatrique, psychologique et psychosociale de ces victimes (De Clercq, 1993a).

Ces équipes polyvalentes et pluridisciplinaires doivent être en connexion directe avec les services d'aide médicale urgente, la police et la gendarmerie, et également être intégrées au plus près des équipes médicales qui reçoivent en première ligne ces patients (Dentan, 1992).

L'ensemble de ces intervenants doit être sensibilisé à l'importance d'une prise en charge précoce de ces troubles post-traumatiques qui handicapent gravement et souvent de manière définitive le devenir psychologique et social de plus d'un tiers de ces victimes (De Clercq, 1992b).

Il ne faut pas attendre la sacro-sainte « demande psychothérapeutique »

L'intervention psychologique dans ces situations de catastrophe ou de traumatisme grave doit faire partie de l'intervention médicale minimale au même titre que les interventions d'autres spécialistes médecins ou des examens para-cliniques que personne ne pense à contester (De Clercq, 1993).

Demander à une femme violée si elle est vraiment d'accord de voir un psychiatre est profondément absurde. Il est évident, que, dans un premier temps, la victime n'a pas le sentiment de présenter des problèmes psychiatriques et ne voit pas l'intérêt de consulter un psychiatre. Par contre, elle ne refusera pas de parler de ce qu'elle vient de vivre avec un intervenant qui se présente à elle dans les suites immédiates de l'agression ou du traumatisme, cet intervenant fut-il psychiatre ! (De Clercq, 1991).

Il est donc illusoire et même contre-thérapeutique d'attendre que la victime fasse une réelle demande d'aide psychiatrique ou psychologique (De Clercq, 1993). Dans la plupart des situations, quand cette prise de conscience arrivera, la patiente présentera déjà des séquelles psychologiques graves difficilement abordables.

Interpeller dès que possible le conjoint et l'entourage familial

Nous venons de voir à quel point l'entourage familial et le conjoint sont souvent incapables de trouver la bonne façon de réagir à la situation. Qui plus est, comme nous l'avons vu, ils sont la plupart du temps ignorants du danger des séquelles psychologiques qu'ils vont moins bien appréhender que les problèmes physiques de la victime. C'est la raison pour laquelle, dès la prise de conscience du

traumatisme ou de l'agression, il est essentiel d'interpeller le conjoint ou les parents et, dès le début, d'envisager avec lui (eux) l'imminence de l'apparition de ces troubles post-traumatiques, de le(s) conseiller, au même titre que la victime, sur la façon de les aborder et sur l'intérêt d'entamer le dialogue avec un spécialiste qui pourra les aider à affronter leurs difficultés ultérieures (De Clercq, 1988).

C'est dès après le traumatisme que cette alliance thérapeutique avec le soignant doit être négociée. Dans ces circonstances, très souvent, cette alliance sera importante et permettra par la suite d'aménager un espace thérapeutique et l'établissement d'un suivi qui évitera la plupart du temps le développement de séquelles psychologiques graves ultérieures.

Dans le cas particulier du viol, le conjoint doit être systématiquement interpellé pour, dans un premier temps, lui permettre lui-même d'exprimer son désarroi et les questions qu'il se pose face à ses propres réactions, ensuite voir comment le couple peut essayer d'affronter ensemble cette situation extrêmement difficile. Des questions très pratiques devront pouvoir être abordées, y compris et surtout dans le domaine des relations sexuelles.

Cette prise en charge familiale n'exclut pas un soutien plus intensif individuel qui puisse être apporté à la victime. Elle lui est complémentaire. Elle permettra à l'entourage de trouver lui aussi une écoute et un soutien, et surtout lui permettra de prendre conscience, dès le début, des problèmes à affronter et des solutions à mettre en place pour les résoudre (De Clercq, 1993).

Maintenir une prise en charge thérapeutique et multidisciplinaire à long terme

Un suivi individuel au long cours devra la plupart du temps être maintenu complé à une prise en charge familiale ou conjugale.

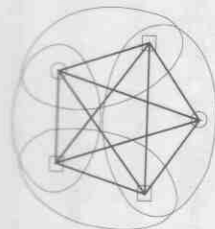
Très souvent, il y aura un intérêt important à permettre des prises en charge psychothérapeutiques de groupes avec d'autres victimes atteintes des mêmes traumatismes.

Un appoint psychopharmacologique sera parfois nécessaire mais il s'agira surtout d'antidépresseurs dans les cas de troubles dépressifs accompagnés de troubles panique (Wolf, 1990). Il faudra se garder cependant de prescrire à ces patients des anxiolytiques de type benzodiazépines dont l'abus est fréquent dans ces problématiques.

Une aide physique par des méthodes de relaxation et de kinésithérapie active peut être un appoint important au traitement.

M. De Clercq
Responsable de l'unité de crise et d'urgences psychiatriques
Cliniques universitaires Saint-Luc
Université Catholique de Louvain
Avenue Hippocrate 10-Bte 2160
B-1200 Bruxelles

1. Atkeson B.-M., Calhoun K.-S., Resick P.-A., Ellis E.-M. (1982): Victims of rape: repeated assessment of depressive symptoms, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 50, pp. 96-102.
2. Bresleau N., Davis G.-C. (1987): Post-traumatic stress disorder. The stressor criterion, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, pp. 255-264.
3. Burgess A.-W., Holmstrom L.-L. (1979): Adaptive strategies and recovery from rape, *Am. J. Psychiatry*, 136, 10, pp. 1278-1282.
4. Crocq L. (1985): Les névroses traumatiques doivent être reconnues et indemnisées, *LXXXIII^e Congrès de Psych. et Neur. de Langue Française*, Besançon, pp. 615-624, Masson (Ed.), Paris.
5. Crocq L. (1992): Panorama des séquelles de traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, état de stress post-traumatique et autres séquelles, *Psychol. Méd.*, 24, 5, pp. 427-432.
6. De Clercq M. (1988): L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques, *Thérapie familiale*, 9, 3, pp. 231-246.
7. De Clercq M., Cassiers L. (1990): Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence, *Acta Psychiatr. Belg.*, 90, pp. 81-99.
8. De Clercq M. (1991): L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient, *Santé Mentale au Québec*, 16, 2, pp. 155-172.
9. De Clercq M., Jadoulle V., El Gariani A., Marion E., Meert Ph. (1992a): Short and long term psychosocial and psychiatric consequences of disasters, *Eur. J. Emerg.*, 5, pp. 61-66.
10. De Clercq M., Jadoulle V., El Gariani A., Marion E., Meert Ph. (1992b): Les complications psychopathologiques des catastrophes et des attentats, *Louvain Méd.*, 111, pp. 439-446.
11. De Clercq M. (1992c): L'importance des syndromes psychiatriques post-traumatiques en pratique médicale, *Cahiers de Médecine du Travail*, 29, 2, pp. 85-88.
12. De Clercq M. (1993): Intervention de crise au service des urgences d'un Hôpital Général à Bruxelles, *Psych. Méd.*, 25, 6, pp. 496-500.
13. De Clercq M., Henri de Frahan B. (1994): Devenir à 3 ans des victimes d'un attentat terroriste à Bruxelles, *Eur. J. Emerg.*, sous presse.
14. Dentan M.-C. (1992): Projet thérapeutique «à chaud» pour les victimes de détournement aérien, de catastrophe ou d'attentat, *Psychol. Méd.*, 24, 5, pp. 486-489.
15. Franck E., Duffy-Stewart B. (1983): Treating depression in victims of rape, *J. Clin. Psychol.*, 36, pp. 95-98.
16. Franck E., Anderson B.-P. (1987): Psychiatric disorders in rape victims: past history and current symptomatology, *Compr. Psychiatry*, 28, pp. 77-82.
17. Franck E., Duffy-Stewart B. (1991): Depressive symptoms in rape victims, *J. Affective Disord.*, 7, pp. 77-85.
18. Gorcey M., Santiago J.-M., Mc Call Perez F. (1986): Psychosocial consequences for women sexually abused in childhood, *Soc. Psychiatr.*, 21, pp. 129-133.
19. Hoiberg A., Mac Cauchey B.-G. (1984): The traumatic after effects of collision at sea, *Am. J. Psychiatry*, 141, pp. 70-73.
20. Holmes M.-R., Lawrence S.-J. (1983): Treatment of rape induced trauma: proposed behavioral conceptualization and review of the literature, *Psychol. Rev.*, 3, pp. 417-433.
21. Madakasira S., O'Brien K.-F. (1987): Acute Post-Traumatic Stress Disorder in victims of a natural Disaster, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, pp. 286-290.
22. Mac Farlane A.-C. (1988): The longitudinal course of post-traumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176, pp. 30-39.
23. Malt U.-F., Myhrer T., Blikra G., Hoivik B. (1987): Psychopathology and accidental injuries, *Acta Psychiatr. Scand.*, 76, pp. 361-371.
24. Malt U.-F., Blikra G., Hoivik B. (1989): The three-year biopsychosocial outcome of 551 hospitalized accidentally injured adults, *Acta Psychiatr. Scand.*, 80, pp. 84-93.
25. Malt U.-F., Hugland O.-M. (1989): A long term psychosocial follow-up study of burned adults, *Acta Psychiatr. Scand.*, 80, pp. 94-102.
26. Mezey N., Taylor (1988): Psychological reactions of women who have been raped, *Br. J. Psychiatry*, 111, pp. 57-59.
27. Monnet F.-P., Soussy P., Monnet P.-B., Diamant-Berger O. (1989): Approche psychopathologique des victimes de violences sexuelles à partir de l'expérience du Service médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris, *Déviante et Société*, 13, 4, pp. 339-351.
28. Orlando J.-A., Koss M.-P. (1983): The effects of sexual victimization on sexual satisfaction, *J. Abnorm. Psychol.*, 92, pp. 104-106.
29. Resick P.-A., Calhoun K.-S., Atkeson B.-M., Ellis E.-M. (1981): Social adjustment in victims of sexual assault, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 49, pp. 705-712.
30. Santiago J.-M., Mc Call Perez F., Gorcey M., Beigel A. (1985): Long-term psychological effects of rape, in 35 rape victims, *Am. J. Psychiatry*, 142, pp. 1338-1340.
31. Shore J.-H., Tatum E.-L., Vollmer W.-N. (1986): Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens Experience, *Am. J. Psychiatry*, 143, pp. 590-595.
32. Streit-Forest U., Goulet M. (1987): Les effets du viol six mois après l'agression et les facteurs associés au rétablissement, *Can. J. Psychiatry*, 32, pp. 43-56.
33. Tucker P. (1986): The burn victim. A review of psychosocial issues, *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 20, pp. 413-420.
34. Weisaeth L. (1989): The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster, *Acta Psychiatr. Scand.*, 80, pp. 25-37.
35. Wolf M.-E., Mosnaim A. (1990): *Post-Traumatic Stress Disorder: etiology, phenomenology and treatment*, Washington D.C., APP.



8^{es} Journées francophones de thérapie familiale systémique de Lyon

Les 14, 15 et 16 septembre 1995, à l'Université Catholique de Lyon

Crise du lien familial et crise du lien social, quelles interactions?

Les champs systémiques: en pratique et en théorie

Dans notre perspective éco-systémique, modèles sociaux et activité humaine subissent l'effet du processus de mondialisation en cours entraînant de profondes répercussions sur les ressources de croissance propres à chaque famille.

Cette mutation sollicite intensément lien social et lien familial à la fois dans la confusion et la pathologie, au risque de déficits graves au niveau des conditions psycho-sociales et de santé mentale des groupes humains grands et petits.

L'orientation systémique apparaît de plus en plus comme la mieux adaptée aux demandes de tous niveaux, aux difficultés et contradictions que développe l'évolution du social, de l'économie et de l'éthique. Sa démarche épistémologique est une force de propositions et de changements face aux remises en question des objectifs et des moyens de la fonction d'aide dans tous les contextes socio-professionnels. Celle-ci devrait refléter des thèmes et des pratiques, des idées et des techniques actuelles qui prennent en charge les troubles psychiatriques, psychosomatiques et psycho-sociaux ainsi que les réponses données aux problèmes soulevés par certaines nouvelles techniques médicales. Ce sont ces mouvements en pleine accélération qui constituent les thèmes des échanges qu'offrent les symposia, les aspects plus techniques étant abordés dans les ateliers.

Les journées de Lyon vous ont accoutumés à la prise en compte la plus concrète et la plus directe possible des attentes professionnelles et personnelles des intervenants du terrain. Aussi nous avons demandé à des praticiens de terrain allant de l'aide familiale au médecin de venir partager leur expérience avec les conférenciers.

Venez confronter pratiques et confusions, certitudes et doutes, obstacles et solutions dans la mise en pratique de l'esprit de décloisonnement systémique.

Renseignements / Inscriptions: Espace Florentin, Mme E. Spitzer,
71, rue du Moulin-Carron, F-69570 DARDILLY
Tél. xx' xx' 72.19.19.19. Fax xx' xx' 78.64.99.26.

Frais d'inscription: FF 1300.- jusqu'au 15 juin 1995; FF 1600.- après cette date. Il est instamment recommandé pour le bon fonctionnement de ces journées de vous inscrire avant le 15 juin 1995. Les problèmes d'organisation risquent de nous contraindre à limiter ultérieurement les inscriptions.

L'ENFANT DE MIGRANTS, INTERPRÈTE ENTRE DEUX FOYERS

Eva HÉMON*

Résumé: *L'enfant de migrants, interprète entre deux foyers* - Dans cet article, nous examinons la diversité des rôles de l'enfant de migrants, telle qu'elle apparaît en théorie et dans le travail clinique avec les familles de migrants. Les «histoires» cliniques puisées dans notre pratique, illustrent comment, dans le couple systémique migration/retour, l'enfant est à la fois acteur-interprète dans le processus d'intégration des siens, mais aussi porteur de la réalité et du mythe d'un éventuel retour. Dans les thérapies avec les familles migrantes, l'accent est mis sur la confirmation de l'autorité parentale, mais également sur l'utilité de la perspective multigénérationnelle. Enfin, le concept éco-systémique du foyer est discuté par rapport à sa perte et à sa reconstruction lors de la migration.

Summary: *The child of immigrants as an interpreter between two homes* - The present paper discusses the different roles of the child of immigrants, their theoretical and clinical aspects in our work with the immigrant families. Our «clinical stories» are an illustration of the role of the child as an actor-interpreter during the process of acculturation of its family. In the systemic situation of the couple immigration/return, the child may be simultaneously bearing the reality and the myth of an (hypothetical) return. In therapies with immigrant families, we stress the importance of confirming the parental authority and of using, as often as possible, a multigenerational approach. The eco-systemic concept of «home» is discussed in relation with its loss and its reconstruction during migration.

Mots clés: Enfant de migrants - Biculturalisme - Rôles familiaux - Mythe du retour - Foyer.

Key-words: Child of immigrants - Biculturalism - Family roles - Myth of the return - Home.

MOÏSE

Le mythe et la réalité historique se superposent dans le personnage de Moïse, enfant de migrants de quatrième génération. Même si l'on accepte, malgré le manque de preuves archéologiques, la présence des Hébreux dans l'Égypte du XV^e ou du XIII^e siècle av. J.-C., les origines de Moïse sont discutées: sa famille n'était-elle qu'une famille d'accueil? La fille du pharaon le nomme Moïse, ce qui veut dire en hébreu «je l'ai sauvé des eaux», mais dans la langue égyptienne simplement «mon fils» (Neher, 1956).

* Médecin-psychiatre, Centre F. Minkowska, 18 rue Saunier, 75009 Paris. Praticien hospitalier, EPS Charcot, 78370 Plaisir.

Cet homme haut placé dans la cour du pharaon se sentait incapable d'assumer la lourde tâche de ramener son peuple vers sa terre d'origine. Parlant mal devant la foule, personnage plutôt faible, il discute cependant âprement avec Dieu, demandant des preuves, avant d'accepter sa mission.

Ainsi commence un nouveau chapitre de l'exode mythique d'un peuple. Cette nouvelle migration-retour va durer quarante ans. Moïse, enfant de migrants, portera son lourd fardeau, délégué par Dieu, et par les hommes. Il s'effondrera au seuil de la Terre Promise et mourra sans jamais avoir pu y entrer.

L'histoire de Moïse illustre plusieurs thèmes. On retrouve le motif de la famille d'accueil et de la double origine modeste/noble, courante dans les mythes des héros. Cette vision familialo-mythique s'élargit et s'inscrit dans un mythe social plus vaste, tel que le décrit déjà Ferreira dans son article de 1966. Le récit forme ainsi une passerelle entre les croyances visant à assurer la stabilité des relations et l'identité de la famille, et les récits dramatiques tendant à légitimer la pérennité d'institutions, de coutumes, de pratiques rituelles et de croyances dans l'aire où elles ont cours (Graves, 1987). Ceci est une histoire ancienne, comme le phénomène de la migration lui-même, migration individuelle ou collective (tribale), avec ses corollaires d'intégration et de rejet (Causat, 1989), accompagnée par une vision plus ou moins consciente du retour.

Moïse est un enfant de migrants devenu patriarche. On oublie souvent que les enfants de migrants conservent toute leur vie certains aspects particuliers de leur situation. Ici, par exemple, l'histoire rappelle par le double sens du nom de Moïse dans les deux langues et par sa double position dans la hiérarchie égyptienne et hébraïque, son **biculturalisme spécifique** en tant qu'homme adulte.

Moïse symbolise la **multiplicité des rôles de l'enfant de migrants**. Il réussit bien dans le pays d'accueil, puis il réussit à réaliser le retour de sa famille et de son peuple vers la terre d'origine, mais il échoue dans son retour personnel.

* * *

Il y a quelques années, nous étions amenés à nous poser la question de l'approche systémique de l'enfant de migrants (Hémond, 1988). Notre approche a été conditionnée par nos options préalables, mais aussi par notre travail clinique, qui englobe un nombre assez important de situations culturelles et géopolitiques diverses (au centre et à l'est de l'Europe). Notre expérience en tant que formateurs nous a montré que les soignants, travailleurs sociaux et enseignants francophones ressentent dans leur travail avec les migrants, malgré une certaine fascination par les détails de chaque culture spécifique, le besoin d'avoir aussi un point de vue d'ensemble. Ainsi, au sein de la grande quantité de réflexions autour des situations spécifiques des migrants selon leur culture d'origine (études appartenant plus souvent au domaine de la sociologie, de l'ethnologie, de l'histoire, de l'éducation ou de la justice, qu'au domaine de la psychiatrie), nous étions amenés à nous intéresser aux facteurs plus généraux, ceux qui sont partagés par tous les migrants, indépendamment de leur origine.

Pour les adultes mais aussi pour les enfants nés au pays, la migration, composée de l'ensemble systémique émigration - immigration (cf. l'article très riche de

Bullrich, 1992), représente sans exception une suite d'événements majeurs, souvent dramatiques. Les perturbations qui poussent le système familial ou le groupe élargi au changement, peuvent acquérir le caractère d'une véritable crise, lors de la décision d'émigrer ou après l'immigration (Grinberg, 1986). Un exemple de ces situations critiques est l'exil, avec son caractère souvent brutal, à la suite de persécutions pour des raisons politiques, religieuses ou raciales (Araujo, 1983; Barudy, 1989).

Lors de l'immigration, certains parlent d'un « choc de cultures » (Garza-Guerrero, 1974), pour décrire l'aspect critique, imprévisible des situations que certains immigrants rencontrent. Le système familial se trouve ébranlé par un changement de contexte: dans le pays, avant de prendre la décision de migrer, mais surtout **après l'immigration**. Ce qui change, ce sont les « indicateurs de contexte » (Bateson, 1977), qui mettent en branle les capacités d'apprentissage de tous les membres de la famille, apprentissage dont la rapidité va être ponctuée en termes d'adaptation au nouveau pays.

Les enfants participent à ces situations. Lors de l'émigration, la famille doit se réorganiser en prenant la décision de les emmener ou de les laisser au pays. Après l'immigration, la naissance d'un enfant rend nécessaire de clarifier la décision des parents, concernant la durée du séjour (Beauchesne, 1987). Cette décision parentale est à son tour conditionnée par la situation au pays d'accueil. Ainsi, en France et dans d'autres pays, c'est après les premières mesures limitant l'immigration qu'est apparue une prise de conscience du problème des enfants de migrants ou de la « seconde génération », l'immigration ayant acquis un caractère durable et structurel dans les années soixante-dix (Malewska, 1981; Grootaers, 1984).

Biculturel et bilingue, l'enfant de migrants va présenter souvent comme premiers symptômes des difficultés scolaires, attribuées à des troubles linguistiques, qui sont les plus patents (Malewska, 1981; Fittouri, 1983). La culture « d'origine », transmise à l'enfant par les parents migrants, est déjà modifiée par le contexte migratoire et par le processus d'adaptation à la société d'accueil. C'est la culture (et la langue) du pays d'accueil, qui offre l'instrumentalité. La langue française, dépourvue de son contenu intérieur, sert à l'adaptation sociale d'abord (Bertheliet, 1987; Fourasté et Moron, 1987).

Les choix culturels que les migrants et en particulier leurs enfants opèrent, sont dépendants du projet de retour (Serrano, 1989). Pour la plupart des jeunes, nés ou ayant grandi dans le pays d'accueil, il constitue un véritable départ. D'autres contraintes paradoxales surgissent pour ces enfants de migrants, entre le pays d'accueil, où ils sont ancrés dans la réalité et bien orientés, mais où ils sont considérés comme des « immigrés » et entre l'image du pays d'origine de leurs parents, mal connu, mythifié, où ils ne se sentiront pas véritablement chez eux, où ils seront différents, « étrangers » (Chabannes, 1987; Gomez, 1991). Cependant, il existe pour eux la nécessité de se définir par rapport à un retour éventuel, même si cela n'entraîne pas des démarches, pour échapper ou mieux définir le provisoire (Vasquez, 1983; Trouve, 1987).

A partir de notre expérience de 14 ans de travail avec les migrants, enfants et adultes, nous aimerions illustrer par des exemples (« histoires ») cliniques, puis discuter, quelques aspects particuliers de la condition générale de l'enfant de migrants.

Le Centre Française Minkowska a été créé par Eugène Minkowski à la mémoire de sa femme en 1952, avec le but de « recevoir pour examens, consultations et traitements ambulatoires gratuits tous les réfugiés atteints de maladies nerveuses ou psychiques (...) sans distinction de nationalité ni de confession ». Il s'agit toujours, de « cette clientèle 'psychiatrique' quelque peu particulière: cas de désadaptation et de désocialisation, de dégradation aussi de la personne, à la suite de privations, de migrations sans fin, de dépaysement et de déracinement, qui ont imprimé à certaines destinées humaines un cachet exceptionnel: (...) cas souvent inclassables dans les cadres de la psychiatrie courante, et qui plus grave et désappointant est, pour lesquels on n'arrive pas à trouver, aussi peu sur le plan psychiatrique que social, de solution appropriée » (Minkowski, Fusswerk, 1955).

Ce travail décrit certains aspects de l'activité de l'équipe « Europe Centrale », la plus ancienne de sept équipes actuelles du Centre. Elle comporte deux psychiatres, deux psychologues, deux assistantes sociales et une secrétaire. Tous les membres de l'équipe travaillent à temps partiel. Les médecins et les psychologues, y compris les psychologues stagiaires, sont d'origine étrangère. A eux tous, ils sont censés répondre aux demandes des populations parlant 10 à 15 langues différentes (principalement le serbo-croate, le polonais et le russe), d'où la nécessité de l'interprétariat, qui peut être assuré par un membre de l'équipe, par un membre de la famille ou par un interprète professionnel.

En dehors de leurs compétences techniques, les soignants partagent avec les consultants un contexte qui inclut une expérience de vie dans un pays d'Europe Centrale ou de l'Est, l'expérience migratoire et ses conséquences et, quand cela est possible, la langue. Ainsi, la consultation est un espace thérapeutique « extra territorial ». En effet, le Centre représente un lieu privilégié où les soignants forment avec les soignés un système particulier, réalisant une sorte « d'enclave » dans le territoire français, au sein du 9^e arrondissement de Paris...

Au sein de nombreuses démarches individuelles, souvent les familles se présentent spontanément, selon les traditions culturelles de leur pays ou pour proposer un interprétariat quand le patient désigné, enfant ou adulte, ne parle pas le français. Les conditions particulières du travail au Centre, les problèmes linguistiques et les options personnelles des membres de l'équipe, systémiciens ou non, occasionnent un nombre élevé de cothérapies. Ceci oblige les intervenants à assumer plusieurs rôles et exige une attention particulière pour éviter la confusion.

Les enfants sont adressés au Centre le plus souvent par l'école, par d'autres spécialistes pour « barrage linguistique et culturel »; parfois les parents eux-mêmes cherchent de l'aide. Les pathologies rencontrées comprennent les troubles du langage, associés ou non à d'autres difficultés scolaires, l'arriération mentale, les organisations névrotiques avec anxiété, phobies, manifestations hystériques, les névroses post-traumatiques, les troubles psychotiques, les troubles de l'adolescence avec ou sans conduites délinquantes.

Selon les difficultés observées chez l'enfant et au niveau familial, après 2-3 consultations préliminaires, nous pouvons proposer la poursuite des entretiens familiaux, couplée ou non à une psychothérapie individuelle de l'enfant dans sa

langue maternelle. Parfois une orientation vers un CMP proche du domicile est possible, en gardant le contact avec la famille. L'association de la thérapie individuelle et des entretiens familiaux est déconseillée par certains auteurs (Selvini, Prata, 1983) et utilisée par d'autres (Masson, 1990). Dans notre expérience un peu particulière, où le psychothérapeute individuel participe aux entretiens conjoints avec la famille en tant que co-thérapeute et interprète, cette méthode donne des résultats satisfaisants. Ces entretiens collectifs (Benoit, 1986) sont également le lieu de contact avec les intervenants extérieurs autour de l'enfant et de la famille, formant ainsi un « supra-système éducatif » (Garbellini, 1984), afin d'éviter les phénomènes d'exclusion déjà suffisamment pesants dans la vie des migrants.

L'expérience de nos consultations nous montre également que l'approche thérapeutique uniquement individuelle fait courir à l'enfant le risque d'un conflit de loyauté entre, d'un côté, l'intégration-réussite dans la société et de l'autre, la fidélité aux parents qui sont déclassés dans cette même société et qui la refusent partiellement.

MILAN, ou l'enfant qui n'appartenait à personne

Adressé au Centre à l'âge de 5 ans pour des troubles du comportement avec bagarres à l'école maternelle, Milan ne parle toujours pas un mot de français, au bout de 8 mois de séjour en France. Milan est élevé par ses grand-parents paternels; ses parents sont partis en Allemagne, où ils se sont séparés. Le père y a trouvé du travail, la mère est retournée en ex-Yougoslavie et ne se manifeste qu'une ou deux fois par an au téléphone, sur l'insistance de la grand-mère. Les grand-parents et l'enfant vivent dans une pièce unique et Milan s'endort vers minuit quand la télé est éteinte. Les grand-parents s'expriment dans un langage assez fruste et ne parlent presque pas le français (au bout de 20 ans de séjour). Milan est un petit garçon chétif, ses yeux cernés lui mangent la moitié du visage. Il parle lui-même très mal sa langue maternelle, son vocabulaire est pauvre et sa prononciation difficilement compréhensible. Les grand-parents viennent très irrégulièrement aux entretiens, ils sont très défendus. Ils nient les faits relatés par l'institutrice, ils hésitent à parler de leur vie passée et présente; ce n'est qu'au bout de quelques rencontres qu'ils signalent que Milan est parfois agressif avec sa grand-mère, lui donne des coups de pied. Elle n'ose pas le punir pour cela.

La situation commence à s'améliorer après la visite du père, qui confirme officiellement l'autorité parentale des grand-parents vis-à-vis des instances administratives. Après un entretien, où le père (qui a par ailleurs un comportement de frère aîné vis-à-vis de son fils) a pu faire notre connaissance, avant de repartir en Allemagne, la famille vient régulièrement et parle sans réticence. Milan, qui a grandi et grossi, ne manifeste plus d'agressivité à l'encontre des autres enfants, il obéit à ses grand-parents et il commence à faire quelques premiers progrès en français.

YAN ou l'enfant qui a aidé son père

Yan, 6 ans, est adressé au Centre par son école maternelle pour des troubles de comportement dans la cour de l'école, où il embrasse de force des enfants inconnus, recherche des contacts corps à corps, il est « bizarre »: il communique avec des gestes

et des mimiques. Les parents se plaignent qu'à la maison il n'obéit pas, il vomit si on le force à manger. Yan fait des crises d'épilepsie; suite à l'une d'entre elles, il a été hospitalisé cette même année. Il fait du chantage avec sa maladie, à l'école comme à la maison. Il n'a jamais fait de crise à l'école, mais il est de moins en moins bien supporté. Le problème de l'avenir immédiat se pose: l'entrée en cours préparatoire est compromise, le maintien à la maternelle est refusé de peur d'accroître le rejet de Yan. Un hôpital de jour est envisagé.

Nous proposons une psychothérapie individuelle à Yan dans sa langue maternelle et des entretiens mensuels avec toute la famille. Y participeront les parents, Yan et son frère cadet, le psychiatre et le psychothérapeute faisant ici fonction de cothérapeute-interprète. Au bout de quelques mois, après la participation de la psychologue scolaire à un des entretiens, nous sommes en mesure de soutenir une proposition de l'école: Yan reste à la maternelle, mais il changera d'école. L'hôpital de jour n'est pas indiqué car Yan, qui est «bizarre» mais qui n'est pas psychotique, serait en danger de régresser. Les parents, encore manifestement dépassés, sont d'accord avec cette solution. Nous passons beaucoup de temps à leur expliquer les différents choix et nous encourageons le père, à la fois démissionnaire et rejetant vis-à-vis de Yan, de se rapprocher de celui-ci et d'être ferme avec lui.

Notre travail dure plusieurs années. Il s'agit de suivre Yan en psychothérapie individuelle et d'entretiens familiaux très réguliers. Nous apprenons que le père vivait plusieurs événements de son passé comme une honte. Marié et divorcé jeune, il avait beaucoup de mal à en parler, tandis que la mère, également divorcée jeune, parlait de sa propre situation avec humour. Le deuxième événement pénible était pour le père le baptême de Yan, au cours duquel, en présence de toute la famille, l'enfant a fait sa première crise comitiale. Les parents ont décidé alors de laisser Yan pendant deux ans aux grand-parents paternels au pays car «l'air était meilleur pour sa santé», et ne l'ont repris qu'à l'âge de 5 ans. Monsieur T., qui était l'aîné des garçons de sa fratrie, supportait mal les difficultés de son propre fils aîné, d'autant plus que son frère cadet, qui est devenu son employeur en France, avait lui-même deux fils en bonne santé et donnait des conseils pour l'éducation de Yan.

Madame T., de nature gaie et enjouée, a pu prendre progressivement conscience de l'importance de son soutien au père en ce qui concernait l'éducation de Yan, ce qui l'a soulagée en retour par rapport à l'école, où elle se rend désormais accompagnée de son mari. Le bon développement de leur deuxième fils et la naissance d'un troisième garçon, ont renforcé et rééquilibré l'amour des parents pour Yan.

Actuellement, Yan a 12 ans. Malgré une mauvaise scolarité (mais il est bon en français!), il est aimé et apprécié de ses parents qui ne le soupçonnent plus de mentir et de «tricher» avec sa maladie et qui ont pris sa défense quand il a été injustement accusé de mensonge à l'école. La psychothérapie est arrêtée depuis 2 ans.

Le cas de Milan et de Yan démontre le rôle de l'enfant de migrants comme **facteur d'acculturation** de la famille. Les grand-parents de Milan étaient enfermés dans une sorte de ghetto. Cette forme d'acculturation leur convenait bien (Benegadi, 1991), jusqu'au jour où on leur a confié leur petit fils. C'est à l'âge de la retraite qu'ils ont dû se familiariser avec le réseau d'instances scolaires et sociales correspondantes (par exemple, la première année, Milan n'est pas parti en

vacances, car les grands-parents ne connaissent pas la possibilité de demander un séjour à l'école ou à la mairie; par ailleurs, au bout de 20 ans de séjour en France, la grand-mère s'est mise à faire des progrès en français pour pouvoir communiquer avec les amis maghrébins de son petit-fils...).

Les parents de Yan, ouvriers dans la confection travaillant chez eux dans une entreprise familiale et ne parlant pas le français, étaient également peu disposés aux contacts avec la société environnante. Ce n'est qu'en reprenant leur fils malade, qu'ils se sont trouvés obligés d'entrer en relation avec l'école et les techniciens de la santé. C'est la mère qui s'en est chargée d'abord; le père manifestait une réaction dépressive et ne s'est engagé que plus tard. Puis ils ont pris une décision à la naissance de leur troisième fils: ils ont demandé (et obtenu depuis) la nationalité française, ils ont acheté une maison en banlieue où «l'air est bon» (sic).

Il faut parfois un travail long et patient pour négocier l'acceptation par les parents migrants d'une ouverture vers la société environnante, ouverture à laquelle les oblige la présence des enfants. Ceci est, bien sûr, plus difficile quand il s'agit d'un enfant ayant des difficultés, rendant le contexte encore moins gratifiant. Pour les thérapeutes, cela consiste, tout le long du traitement, en une confirmation implicite et explicite, digitale et analogique, des parents dans leur rôle primordial vis-à-vis de leur enfant, et en un maintien du flux des informations. «Si une famille est compétente et responsable et pourtant se trouve parfois confrontée à des difficultés qu'elle ne peut arriver à résoudre, c'est qu'elle ne dispose pas toujours d'information nécessaire» (Ausloos, 1991). Dans le contexte de nos consultations, il s'agit de passer du temps à traduire et à expliquer le sens de divers comptes-rendus scolaires, de bilans de santé et de niveau, des possibilités d'orientation pour l'enfant. Suite à ce travail d'information, un effort est fait pour encourager les parents à décider seuls. Souvent, le processus thérapeutique consiste à travailler et à soutenir leur autonomie de décision. Pour ces pères et mères, souvent manquant de moyens dans le nouveau pays, toute intervention intempestive risque d'aggraver leur sentiment d'être incapables de s'occuper convenablement de l'enfant. Il est souhaitable d'éviter, tant que cela est possible, l'intervention éducative directe, quitte à recommander des aides instrumentales, telles que l'orthophonie, rattrapage scolaire etc., de durée limitée et avec un but défini.

L'enfant de migrants est porteur d'une **double appartenance culturelle**, conditionnée par le phénomène de la migration. Les parents migrants sont encore les meilleurs spécialistes de l'éducation de cet enfant. Ils peuvent être démunis de techniques éducatives appropriées dans les situations qui dépassent leur équipement traditionnel, mais ces situations dépassent d'habitude aussi l'équipement «moderne» des éducateurs professionnels (Camilleri, 1979). Dans le contexte d'acculturation, l'enfant trouve dans la culture et dans les rituels d'appartenance de sa famille la confirmation de son sentiment d'authenticité, mais cette culture perd pour lui son pouvoir adaptatif, offert désormais par la culture et la langue françaises, lesquelles restent néanmoins éloignées du vécu affectif. Il s'agit ainsi de contraintes paradoxales et contradictoires, d'une sorte de «double double-lien» culturel et linguistique, auquel est soumis l'enfant, ses parents et ses éducateurs.

Les enfants de migrants arrivent très souvent dans nos consultations avec la notion d'apprentissage déficient du français. Selon l'anthropologie structurale,

Parler du retour au pays d'origine peut être fréquent et assez banal dans les consultations. De quel retour s'agit-il ?

Au niveau phénoménologique, le sujet du retour est courant dans le discours de familles de réfugiés politiques récents. Il sert d'une sorte d'« étalon » pour prévoir le degré d'effort nécessaire à une adaptation au pays d'accueil. Mais l'incertitude quand à la durée de l'exil brouille une vision qui se voudrait claire et rationnelle. Cette incertitude se reflète en miroir dans la position des thérapeutes : quelle prise en charge, quelle durée de traitement envisager ?

A l'autre extrémité, il existe des retours au pays fréquents, temporaires, abondamment commentés, qui semblent banaliser, « diluer » la perspective de devoir prendre un jour une décision définitive.

Les migrants économiques qui approchent l'âge de la retraite, préparent souvent leur retour. La situation est relativement simple quand il s'agit d'une personne isolée ou d'un couple ayant laissé toute la famille au pays. Quand les enfants, les petits-enfants se trouvent également en France, le retour se complique, la décision peut être difficile et on note l'apparition de phénomènes similaires à ceux observés dans la migration première.

Le retour forme avec l'émigration un couple systémique. Il s'agit de nouveau d'une décision pouvant nécessiter un consensus familial impliquant les enfants et pour les plus jeunes, nés au pays d'accueil, il constitue aussi une véritable migration...

Le retour et ses représentations sont à la fois conscients/inconscients, ils aident/freinent l'adaptation, ils sont craints/désirés par la famille, constituant obligatoirement et sous diverses formes une partie du mythe familial.

Parfois, le retour est annulé ou repoussé vers une période indéterminée, comme en témoignent les cas cliniques suivants.

FAMILLE D., ou les quatre petits garçons mal élevés

Monsieur D., âgé de 64 ans, était suivi au Centre depuis de nombreuses années pour des accès délirants aggravés par des troubles du comportement avec agressivité. Ces accès étaient accompagnés par son alcoolisme.

Les époux D. habitaient chez leur fils marié, lorsque celui-ci a quitté son épouse et ses quatre enfants pour aller vivre avec une autre femme, avec laquelle il aura eu deux enfants. Les époux D. qui avaient également une fille mariée au pays d'origine, sans problème particulier, s'acharnaient à rester en France, même si Mme D. n'a jamais travaillé et même après l'obtention d'une retraite par Monsieur D. La cohabitation avec la belle-fille était pourtant difficile : Mme D. accusait celle-ci de se prosterner, mais s'alliait avec elle à chaque « crise » de Monsieur D. pour l'hospitaliser. Ces crises correspondaient souvent aux passages du fils, qui recevait de l'argent de sa mère (sans en donner jamais à sa femme pour les enfants). Selon Monsieur D., l'argent proviendrait de sa retraite. Les premiers entretiens avec la famille D. ont été bien particuliers. Dans le bureau assez exigü dont nous disposons, étaient présentes

le(s) langage(s) fait (font) partie de(s) cultures qu'ils créent et qu'ils véhiculent. Cependant, nous voyons par exemple chez Milan que celui-ci ne maîtrise ni le français ni sa langue maternelle. Il peut s'agir, comme nous l'avons vu plus haut, d'une réponse à une « double contrainte », liée à sa double culture. En fait, ce qui est désigné comme « handicap linguistique » de Milan, est propre à sa mauvaise maîtrise de deux langues, au *semilinguisme* (Hansegaard, cité par Berthelmer, 1994). Notre approche a tenu compte du fait que la culture de la famille d'origine de Milan a été représentée par ses grand-parents dépourvus d'autorité. La confirmation administrative par le père de cette autorité et le respect que les thérapeutes ont toujours témoigné aux grand-parents pour leur rôle difficile, ont permis de diminuer quelque peu la complémentarité pervertie du couple culture dominée (celle des grands-parents)/culture dominante (celle de la France). Parallèlement à une meilleure discipline, Milan s'est mis à parler plus correctement le serbo-croate avec ses grand-parents et a commencé à faire des progrès en français. Alors, il pourra arriver peut-être au vrai bilinguisme, qui peut représenter pour l'enfant de migrants l'accès à deux codes culturels et sémantiques, un enrichissement personnel dans le sens d'une meilleure capacité de communication et d'apprentissage.

La rencontre de la famille migrée avec les nouvelles conditions de vie bouleverse les rôles assumés dans la famille. Les grand-parents de Milan étaient devenus ses éducateurs, la mère de Yan assumait au départ tous les contacts avec les instances scolaires etc. Une adhérence rigide et désadaptée aux rôles traditionnels ou au contraire la perte de la spécificité des fonctions au sein de la famille migrée sont des extrêmes pouvant se produire dans la cellule familiale (Antony et Koupernik, 1970; Minuchin et coll., 1967).

Le cas de Milan (et plus loin celui de la famille D.) illustre une autre situation peu décrite, que nous rencontrons pourtant souvent. Ce sont les **grand-parents**, ayant accompli une migration économique depuis des dizaines d'années et parfois déjà retraités, qui se voient confier les petits-enfants par des parents restés au pays ou travaillant à l'étranger. Les raisons en sont économiques (le travail des deux parents), politiques (les enfants sont envoyés pour fuir une situation de guerre), familiales (divorce des parents) ou médicales (les soins se sont dégradés ou sont plus onéreux dans certains pays et/ou on espère que l'enfant pourra être mieux soigné en France).

Ces migrants plus âgés, ayant passé une grande partie de leur vie active en France, sont souvent adaptés d'une manière minimale, ne côtoyant plus que leurs compatriotes et ayant un nombre limité et fixe de contacts avec la société française, principalement avec les services sociaux et de santé. L'arrivée de l'enfant, ici le « **petit-enfant de migrants** », chez eux, induit des changements plus dramatiques que dans la génération des parents. La position de l'enfant en tant que facteur d'intégration est ressentie comme une charge, surtout si l'enfant pose des problèmes à la société d'accueil (école, santé etc.) et si la position des grand-parents en tant qu'autorité parentale n'est pas clairement définie. Les thérapeutes devront rendre possible la redéfinition des rôles dans trois générations de migrants, de l'autorité parentale vis-à-vis de l'enfant et vis-à-vis de la société. Le travail avec les grands parents fait souvent appel à des relations avec les petits enfants qualitativement différentes de celles des parents-enfants...

les trois générations: M. et Mme D., leur belle-fille, les quatre petit-fils dont les plus jeunes étaient des jumeaux de quatre ans. Les adultes, y compris les thérapeutes, étant trop occupés à discuter, seul le patient a essayé à sa façon de calmer les enfants, qui couraient dans tous les sens: il leur a donné deux briquets pour jouer, avec lesquels ils ont presque réussi à mettre le feu aux pans de son manteau.

Monsieur D. nous a appris plus tard, dans un discours stéréotypé, à moitié délirant, truffé d'allusions à la loi religieuse, qu'il se considérait responsable de l'éducation de ses petits fils en absence de leur père, mais que sa femme et sa belle-fille ne lui donnaient aucune autorité dans ce domaine.

Les garçons ont grandi normalement et sont devenus d'assez bons élèves à l'école. Monsieur D. se faisait accompagner à nos consultations des deux aînés dont il était très fier. Les époux D. ont démentagé dans un petit appartement. Monsieur D. a cessé peu à peu de venir aux consultations, il n'y avait plus de « crises » et d'hospitalisations.

MONSIEUR R., le délégué solitaire du retour

Quand Monsieur R. naît, sa mère a 16 ans et son père en a 17. Vers l'âge de 6 ans, il aurait déclaré à ses jeunes parents que s'ils avaient d'autres enfants en dehors de lui, il « rendrait public qu'ils n'étaient pas ses parents ». Plus tard, aiguillonné par la culpabilité, il devient hyperactif, travaille bien à l'école, fait beaucoup de sport et court les filles. « Je faisais tout pour remplacer mes frères et sœurs que mes parents n'ont pas eus ». C'est sa première délégation et elle dépasse ses possibilités. Les symptômes d'une névrose obsessionnelle apparaissent.

A son arrivée en France, M. R. est perdu dans des démarches administratives pour obtenir une carte de séjour. Finalement il l'obtient à titre d'étudiant. Ayant aidé jusqu' alors ses parents dans leur minuscule entreprise de confection, il entre en fac.

M. R. est célibataire et malgré un physique et des manières agréables, n'a que des relations sentimentales de courte durée, pas très satisfaisantes. Il déploie une énergie beaucoup plus importante pour réussir ses études universitaires en France. Son projet est vague: il hésite entre une carrière universitaire en France et un retour dans son pays en tant que spécialiste avec un diplôme français. Au fur et à mesure que ses études avancent, il se sent mieux parmi ses collègues français et se plaint d'une solitude intellectuelle au sein de sa famille.

Quand nous examinons la famille de M. R., sa solitude est en effet frappante. Enfant unique de deux enfants uniques, il reste le seul de sa génération (quelques cousins éloignés vivent en Australie et aux USA). Il dit: « Ma famille est comme un livre où il ne reste que 3-4 lettres ».

Actuellement, M. R. est de nouveau délégué. C'était le souhait de son grand-père paternel, francophone et francophile ayant fait la Grande Guerre, que son petit-fils s'installe en France. Mais il doit se préparer pour gérer au mieux les terres, legs de plusieurs générations au pays de sa famille maternelle. Sa vie n'a plus rien à voir avec celle de ses parents. Actuellement, il a une relation stable avec une Française.

Va-t-il pouvoir choisir ?

Les cas de la famille D. et de Monsieur R. sont des exemples de l'aspect trans-générationnel que peut revêtir l'idée du retour en tant que transmission de l'autorité parentale ou des vœux d'un aïeul. Monsieur R. est conscient de cette continuité et il aime bien en parler. Monsieur D., le « fou » de la famille, semble respecter également ces legs et ces obligations transmis à travers les générations (Boszormenyi-Nagy, 1965). Quand son fils « trahit » ces valeurs en abandonnant femme et enfants, Monsieur D. délaisse provisoirement l'idée du retour et essaie d'imposer, en vain, son autorité dans l'éducation de ses quatre petits-fils. Le « clan adverse », sa femme et sa belle-fille, l'en empêchera car elles entendent entériner bel et bien le bouleversement des rôles des hommes et des femmes dans la famille: elles entendent gérer l'argent de la famille elles-mêmes, y compris celui de la retraite de Monsieur D.

Dans une perspective multigénérationnelle, le retour peut être lié à la notion de délégation (Stierlin, 1979). Dans le cas de Monsieur R., la délégation est apparente du fait de sa solitude en tant que représentant de la dernière génération. Elle semble avoir une valeur double et contradictoire: injonction du côté de la famille paternelle d'émigrer, héritage à gérer du côté de la famille maternelle. L'enfant de migrants est souvent ce « délégué double ». Ainsi Milan l'est aussi: ses parents s'étant séparés, il doit s'adapter à la France, où il est élevé par ses grand-parents, mais dans les entretiens, il a exprimé l'attachement à son pays (village ?) d'origine, où est repartie sa mère après avoir rejeté la vie à l'étranger...

Dans le cas des enfants de migrants, le processus de la délégation double « dérape » souvent, l'enfant devant répondre à des demandes trop importantes par rapport à ses capacités réelles ou la mission peut devenir contradictoire. Car à la rigueur, le contenu du mythe ne peut pas être réalisé dans l'absolu (Benoit). L'injustice et la honte, que la migration devait effacer, ne le seront jamais complètement, « rien ne sera pardonné et tout sera oublié » (Kundera). Le retour ne sera pas victorieux, le héros s'effondrera avant de l'achever.

Ceci a été confirmé dans une discussion récente avec des psychiatres polonais. Nous avons appris qu'il y a un grand nombre de cas qu'ils ont à soigner, après une migration à l'étranger liée aux événements des dernières décennies. Les patients allèguent le plus souvent des symptômes ayant débuté à l'étranger et qui les auraient obligés de rentrer au pays...

MIGRATION, MYTHE ET FOYER

Où naît le mythe familial? Les mythes et le mythe familial en particulier, sont des constructions collectives. Le groupe, le plus souvent le couple conjugoparental, crée progressivement les éléments du mythe commun, dont la transmission va commencer à la naissance du premier enfant (Benoit). Il serait difficile (mais très intéressant) de pouvoir observer quelles seront les composantes qui vont être choisies pour fonder ce mythe, composé à la fois du mythe familial de chacun des membres du couple et d'un apport plus récent, commun à la nouvelle famille. De quelle manière ces éléments vont-ils se rassembler? Existe-t-il une « prépondérance mythique » d'une famille par rapport à l'autre? Le mythe est donc à sa création,

comme le chat de Schrödinger: il n'existe qu'en tant que nuage de probabilités. Le processus de sa création se prolonge dans le temps, vers le passé et se déroule aussi dans l'espace, dans un lieu particulier, le foyer familial.

C'est l'enfant qui donne souvent un sens, une impulsion à la création d'un nouveau foyer, lequel, d'une manière autoréférentielle va déterminer les relations de l'enfant au monde. D'un autre côté, la migration implique obligatoirement une perte de foyer, au moins temporaire.

C'était le philosophe tchèque J. Patocka (dissident, décédé après une interrogation policière en 1977), qui a introduit le phénomène de foyer en tant que problème philosophique (1936). Plus récemment, les thérapeutes familiaux tchèques ont eu accès à son œuvre (Colloque, Prague, 1991).

Le foyer dépasse dans ses ramifications les individus qui y grandissent, y vivent. Au foyer et dans son vécu se passe le processus mystérieux de la rencontre des intérêts de l'individu avec ceux de la communauté familiale. Le foyer est là où l'on appartient, cette appartenance étant cimentée par les idées que les occupants du foyer partagent entre eux et qui concernent leur identité en tant que groupe familial, c'est-à-dire par le mythe familial.

Nous pourrions dire que si le mythe familial appartient au « monde des idées » (K. Popper), le concept du foyer le dépasse et l'ancre en même temps dans le « monde matériel ». Le foyer représente le terrain qui rend possible la vie de la famille. Il inclut la famille nucléaire, mais aussi les ancêtres. Il inclut le lieu d'habitation qu'ils construisaient, détruisaient, reconstruisaient. Il inclut le pays environnant avec ses habitants, les distractions des hommes, les aventures, les mythes et leurs héros.

Le foyer n'est pas là où l'on vit à un moment donné, mais il est un endroit où l'on appartient plus que nulle part ailleurs. On ne peut pas vivre en même temps et avec la même intensité plusieurs foyers. Le foyer offre la conscience d'une proximité psychique et culturelle chez ses membres l'effet de la ressemblance et de la réciprocity/mutualité.

C'est par l'intermédiaire du foyer que l'enfant fait connaissance avec le monde, apprend à y vivre, apprend les valeurs, acquiert son rôle social. L'acceptation de l'enfant au foyer est liée à « l'amour » (vécu comme un « souci » pour qu'il puisse développer pleinement ses capacités vitales). Le foyer devient « l'horizon », à l'intérieur duquel l'existant sort de son inimitié, de sa « non-accueilance » et le « risque » de la vie devient supportable. Le foyer est alors pour l'enfant un endroit sûr, dépourvu de menaces et il devient le facteur de « l'acceptation du monde » et aussi de l'enracinement dans l'existence. Ces faits sont d'ailleurs valables pour tous les membres du foyer.

La migration donne lieu aux pertes de ce foyer sécurisant, mais plus encore à la création de nouveaux foyers. Il y a des gens qui fondent un foyer partout où ils se trouvent, dans le sens fort du terme. Néanmoins, nombreux sont les migrants qui n'ont pas à leur disposition des « possibilités de foyer » et qui existent, souvent avec leurs enfants, à un niveau abaissé à l'immédiat.

L'état de la famille de Monsieur D., avec la belle-fille et quatre petits-fils, était celui de gens « sans foyer », représenté par un mode d'existence, où le « souci » a rétréci en un simple acte de se procurer et de consommer des biens nécessaires pour vivre, comme on les trouve.

Chez le migrant sans foyer, les trois dimensions du temps vécu, le passé, le présent et le futur, se déforment et se retrouvent sous le règne de l'actuel, du présent « ici et maintenant ». Il n'y a plus de foyer assurant la durée et la continuité de la famille. Le migrant a un rapport particulier à la « temporalité ». Son passé a été vécu dans un foyer qu'il a été obligé d'abandonner, l'avenir est souvent incertain. Le souci se rétrécit au présent, où il faut se procurer des moyens pour la vie, à la « consommation ».

D'autres migrants, comme certains personnages des romans de Kundera, se défendent d'accepter de nouveaux mythes avec lesquels la nouvelle réalité les agresse. Dans l'incapacité de jeter l'ancre, l'homme détaché des coordonnés historiques, devient soudain conscient de « l'insupportable légèreté de l'être ».

Alice ou la légèreté de l'être sans foyer

Alice, huit ans, est adressée à la consultation par la psychologue scolaire pour une phobie scolaire avec des troubles de l'adaptation, des difficultés d'apprentissage et de concentration et des problèmes relationnels à l'école.

Alice est la fille unique de M. et Mme Z. Son père a une fille de son premier mariage. Alice a vécu avec ses parents en Pologne et pendant quelque temps à l'étranger. Quand elle avait 4 ans, le père est parti en France. Alice et sa mère ne l'ont rejoint que 4 ans plus tard. Pendant toute cette période, le père n'est pas rentré en Pologne. La mère dit avoir vécu seule avec sa fille « sans émotion ».

D'emblée, notre psychologue n'arrive pas à voir l'enfant seule. Un malaise intense semble s'emparer de la mère et de la fille à l'idée de se séparer pour l'entretien. Ce n'est que très progressivement que l'enfant pourra être vue seule. Parallèlement quelques entretiens avec les deux parents et l'enfant auront lieu.

Alice est une petite fille menue, frêle, (le retard staturo-pondéral est d'un an et demi), babillant uniquement en polonais dans un langage enfantin. Lors des entretiens familiaux, elle bouge beaucoup et sort seule pour se rendre aux toilettes. Elle a développé une énurésie s'ajoutant aux divers troubles somatiques (toux, anorexie etc.) plus ou moins passagers, pour lesquels des bilans sont faits sans résultat marquant. Les parents nous renseignent régulièrement sur les consultations chez les somaticiens, très investies. Cet « équilibre » entre le psychique et le somatique semble être établi depuis longtemps, déjà en Pologne.

Les deux parents se disent désemparés par les problèmes d'Alice. Il est vrai que celle-ci est très attachée à son père qui est trop occupé, trop absent, dit la mère, qui ne travaille pas et s'ennuie de sa fille quand celle-ci est à l'école... En parlant de son logement dans la journée, la mère décrit leur appartement qui est un logement de fonction dans un immeuble de bureaux. Elle y est seule les soirs et elle ne peut pas faire le ménage et la cuisine dans la journée car les bruits et les odeurs dérangent les employés.

La mère relatera son sentiment de solitude à une autre plainte: même avant leur arrivée en France, ils n'ont jamais eu un endroit « chez eux ». Après la naissance d'Alice, ils ont tous vécu dans le provisoire dans un pays voisin. Ensuite, le père part en France, Madame est restée avec l'enfant en Pologne chez sa mère. Le logement en

BIBLIOGRAPHIE

1. Araujo A.M., Domic Ruiz Z. (1983) : « A propos des premiers rapports des réfugiés politiques latino-américains avec l'institution ». *L'Information psychiatrique*, 59 (1), pp. 35-38.
2. Ausloos G.(1991) : « Collaborer c'est travailler ensemble. Des parents-clients aux parents collaborateurs. » *Thérapie Familiale*, 12(3), pp. 237-249.
3. Barudy J. (1989) : « L'utilisation de l'approche systémique lors des thérapies avec des familles de réfugiés politiques » *Thérapie Familiale*, 10 (1), pp. 15-31.
4. Bateson, G. (1977) : *Vers une écologie de l'esprit*. Seuil, Paris.
5. Beauchesne H., Esposito J. (1981) : *Enfants de migrants*. PUF, Nodules, Paris.
6. Beauchesne H. (1987) : « Pouvoir et relation intrafamiliale des migrants » *Le groupe familial*, 114, pp. 11-16.
7. Benneqadi R. (1989) : « L'intégration : considérations psycho-anthropologiques » *Migrants-Formation*, 78, pp. 58-69.
8. Benoit J.-C., Roume D. (1986) : *La désaliénation systémique*. ESF, Paris.
9. Benslama F. (1991) : « L'enfant et le Lieu » *Cahiers Intersignes*, Paris, 3, pp. 51-68.
10. Berthelier R., Grange P. (1994) : « Bilinguisme-Biculturalisme » *Migrations Santé*, 79, pp. 9-41.
11. Bullrich S., Schwartz A. (1992) : « Immigration et maladie mentale : un équilibre fragile » *Thérapie Familiale*, 13(2), pp. 127-141.
12. Causat P. (1989) : *De l'identité culturelle. Mythe ou réalité*. Desclée de Brouwer, Paris.
13. Chabannes J.P. (1987) : « Etre adolescent maghrébin de seconde génération en France » *Actualités Psychiatriques*, 1, pp. 25-28.
14. Collectif (1991) : *Domov a psychoterapie - kolokvium* (Foyer et psychothérapie - colloque) Psychoterapeutické sesity, Institut psychoterapie, Praha (en tchèque).
15. Duss-Von Werdt J. (1990) : « L'écosystème individuel » *Thérapie Familiale* XI : 237-246.
16. Ferreira A.J.(1983) « Les mythes familiaux » In : Watzlawick P., Weakland J. : *Sur l'interaction*, Seuil, Paris.
17. Fitouri CH. (1983) : *Biculturalisme, bilinguisme et éducation*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris.
18. Garbellini M., Nanchen M., Kuhfuss E. (1984) : « Méthodologie relationnelle dans le cadre scolaire : un cas paradigmatique » *Thérapie Familiale*, 5 (3), pp. 227-250.
19. Garza-Guerrero A.C. (1974) : « Culture shock: its mourning and the vicissitudes of identity » *Journal of American Psychoanalytical Assesment*, 22 (2), pp. 409-429.
20. Graves R., Patai R. (1987) : *Les mythes hébreux*. Fayard, Paris.
21. Grinberg L., Grinberg R. (1986) : *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Césura, Lyon.
22. Grotiers D. et collectif (1984) : *Culture mosaïque. Approche sociologique des cultures populaires*. Vie Ouvrière ASEE, Bruxelles
23. Hémon E. (1988) : item « Migrants (enfants de...) ». In : Benoit J.-C., Malarewicz J.-A. et coll. : *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
24. Hémon E. (1991) : « L'enfant de migrants, porteur de la réalité et du mythe du retour. » *Journal de l'Association Minkowski*, 1, pp. 9-22.
25. Malewska-Peyre H., Tasouda-Leonetti L., Zaleska M., Basdevant C., Bonerandi J.-P., Eyzat A., Lahalle A., Nery M. (1981) : *Crise d'identité et déviance chez les jeunes immigrés*. Ministère de la Justice, C.F.R.E.S. Vauresson, La documentation française, Paris.
26. Masson O. (1990) : « Jeunes adultes et adolescents en quête de leur autonomie » *Thérapie Familiale*, 11 (3), pp. 247-261.
27. Mecheri H.F. (1979) : *Les jeunes immigrés maghrébins de la deuxième génération et/ou la quête de l'identité*. L'Harmattan, Paris.
28. Minkowski E., Fusswerk J.(1955) : « Clinique et psychopathologie d'un cas limite » *L'Evolution Psychiatrique*, 4, pp. 655-686.
29. Monroy M. (1989) : *Scènes, mythes et logiques*. ESF, Paris.
30. Neher A. (1956) : *Moïse ou la vocation juive*. Seuil, Paris.
31. Neuburger R. (1988) : *L'irrationnel dans le couple et la famille*. ESF, Paris.
32. Noirel G. (1988) : *Le creuset français. Histoire de l'immigration XIXe-XXe siècles*. Seuil, Paris.
33. Patocka J. (1936) : *Le monde naturel comme un problème philosophique*. Trad. Danek J., Declève M. (1976), Martinus Nijhoff, The Hague.
34. Selvini Palazzoli M., Prata M. (1983) : « Les embûches de la thérapie familiale. » In: Rey Y. et coll. : *La thérapie familiale telle quelle...*, ESF, Paris.
35. Serrano J.A. (1980) : « Familial et familial; au carrefour d'une errance » *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 28 (9), pp. 417-425.
36. Serrano J. A., DIPP C. (1986) : « La famille du migrant : adaptabilité et cohésion » *Thérapie Familiale*, 7 (1), pp. 73-85.
37. Serrano J. A. (1989) : « La thérapie avec les familles des migrants » *Thérapie Familiale*, 10 (4), pp. 311-321.
38. Stierlin H. (1979) : *Le premier entretien familial*. Delarge, Paris.
39. Vasquez A. (1983) : « L'exil, une analyse psycho-sociologique » *L'Information Psychiatrique*, 59 (1), pp. 43-58.

France est « le pire de tous ». C'est comme si cette famille n'avait jamais eu (pris?) l'occasion de construire un vrai foyer. Quel était le rôle de migrations successives? Existe-t-il une possibilité pour le couple parental de rester ensemble, de « s'ancrer dans le monde matériel » par l'intermédiaire d'un vrai foyer?

Pourquoi l'impression de « légèreté » avec cette famille? Le père: attentif aux dires de sa femme, de sa fille, des psychothérapeutes, il restera gentiment insaisissable, s'absentant plusieurs fois à cause du travail, du trop de travail, le même qui l'empêchait d'aller voir sa jeune femme et son enfant pendant quatre ans. Il doit peser de tout son poids dans son emploi et non à la maison. La légèreté dans la relation entre les époux: la distance semble avoir été finalement mieux supportée que la proximité actuelle. Madame se plaint: elle ne trouve pas de havre assez sûr, assez solide. C'est Alice, probablement prépsychotique, qui exprime le mieux cette légèreté: elle sautille comme un papillon entre les deux parents qu'elle embrasse en passant. En une sorte de complémentarité avec son père, elle pèse de tout son poids dans la relation avec sa mère, mais elle est trop légère dans la vie ailleurs, à l'école, avec les autres enfants, avec les psychothérapeutes. Même les entretiens deviennent de plus en plus légers, de plus en plus irréguliers. Après nous avoir gentiment rassurés que leur fille « va beaucoup mieux », la famille disparaît. Le psychologue scolaire parle d'un retour possible de la mère avec Alice en Pologne. Il n'y aura pas de foyer en France...

Quelle différence avec

SELIM et sa famille

qui ont fui les persécutions des Albanais dans le Kosovo. Le père, la mère et les deux fils, 13 ans et 9 ans, ont abandonné la famille élargie pour profiter d'une invitation pour se rendre en France où le père a obtenu un poste dans la recherche.

Selim, le plus jeune garçon, est adressé par la psychologue scolaire pour une angoisse importante bloquant tout apprentissage à l'école, avec des crises à caractère « affectif » dans le passé, traitées par Rivotril[®], puis Dépakine[®]. Ce traitement est arrêté en France. Selim souffre d'énurésie et dort mal.

La psychothérapie de Selim se déroule d'une manière régulière. D'emblée, nous avons affaire à une famille très partie prenante. Lors des entretiens familiaux, les parents parlent de leur vécu de sujets déplacés. Mais c'est surtout le fils aîné, le grand frère de Selim, qui rompt sa timidité habituelle pour exprimer son désarroi après la perte du foyer familial et de tout ce qui s'y attachait, amis, terrain de sport, toutes les habitudes aussi. L'appartement exigü à Paris est mal situé, isolé. Pour cet adolescent, la préoccupation du lieu devient parfois envahissante et engendre une détresse (Benslama, 1991) qu'il surmonte surtout avec l'aide de sa mère. Au bout d'un an, la famille déménage dans un appartement plus grand, mieux situé, où chacun des garçons a sa chambre, etc. Le frère aîné ne manifeste plus qu'un intérêt poli pendant les entretiens. Selim fait des progrès à l'école, mais ceux-ci ne sont pas encore suffisants. Néanmoins, il ne fait plus de cauchemars, ni de crises d'angoisse et son psychothérapeute juge que la famille a suffisamment de ressources pour conti-

nuer à bien s'occuper de Selim. La famille a su créer un nouveau foyer où chacun commence à s'épanouir à sa manière.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les problèmes posés par la psychopathologie des migrants sont complexes, varient souvent selon le contexte du pays d'origine et du pays d'accueil (Noiriel, 1988), et il reste beaucoup de points à élaborer. Certains phénomènes se cristallisent dans la situation si particulière de l'enfant de migrants. Parmi les autres approches, nous sommes persuadés de l'utilité de l'approche systémique qui privilégie les aspects communs à tous les migrants, car dans la réalité de nos consultations, nous ne pouvons pas devenir spécialistes de chacune des cultures rencontrées. Ceci est également vrai pour les thérapeutes français voyant dans leurs consultations des migrants de diverses nationalités.

Dans cette même optique de travail clinique systémique se pose le problème de l'interprétariat, son utilisation dans le système triadique: famille-thérapeutes-interprète (à la place de la dyade habituelle thérapeutes-famille) et son rôle dans l'institution. Ce sujet mériterait d'être approfondi.

Un autre thème riche en développements possibles, est l'aspect éco-systémique de la prise en charge (Duss-Von Werdt, 1990), appliqué aux migrants. Ce thème est voisin du concept du foyer (Patočka, 1936), du rôle de celui-ci et de sa perte dans la migration, menant à un vécu dans « l'immédiat », observé chez les familles de migrants et pouvant occasionner des troubles psychopathologiques chez les adultes mais surtout chez les enfants de migrants.

En résumé:

- l'enfant de migrants, même malade, devient toujours **acteur de l'intégration** et de socialisation des siens, grâce à son biculturalisme spécifique;
- cette intégration passe par une redéfinition et une confirmation de **l'autorité parentale**, parallèlement à un travail d'information et de soutien dans les thérapies;
- comme Moïse, l'enfant de migrants est aussi porteur de la réalité et du mythe du **retour**;
- le concept du **foyer** et de sa « santé » peut enrichir notre vision de la vie des familles et en particulier des familles qui ont migré.

E. Hémon
8, rue Pierre-Joseph Redouté
F-92360 Meudon-la-Forêt

Nous remercions vivement le Dr. J. C. Benoit pour sa constante attention et la pertinence de ses remarques lors de la rédaction de cet article.

17-18 octobre 1995: Workshop mit - avec

PAUL WATZLAWICK

L'APPROCHE DE THÉRAPIE BRÈVE DU MENTAL RESEARCH INSTITUTE A PALO ALTO

DER KURZTHERAPEUTISCHE ANSATZ DES MENTAL RESEARCH INSTITUTE IN PALO ALTO

(traduction simultanée)

Informations: FONDATION KANNERSCHLASS SUESSEM (Gilbert Pregno)

Rue du Château, L-4992 Sanem (Luxembourg)

Tél. (préf. pour la France: 19 352, sinon 00 352) 5913 84 - Fax 59 47 13

DU DIVORCE À LA FAMILLE RECOMPOSÉE: APPROCHE SYSTÉMIQUE DES TRANSITIONS FAMILIALES

Maggy SIMÉON¹

Résumé: *Du divorce à la famille recomposée: approche systémique des transitions familiales* - Devant la complexité du réseau psycho-juridique des situations de divorce et de reconstitution familiale, les thérapistes doivent rester sensibles aux contradictions des champs et registres impliqués. Devant les changements instantanés de structure familiale, de mode relationnel conjugal, de rôle et de position dans la fratrie, les thérapeutes doivent dilater le temps émotionnel du changement.

Summary: *From divorce to step family: a systemic approach, the family changes* - In front of the complexity of the psycho-juridic network in case of divorce or step family, the therapist must remain sensitive to the contradictions of the involved fields. In the instantaneous changes of the family structure, of the rules and positions in the sibling relationship, the therapist must expand the emotional time of change.

Mots-clés: Thérapie - Famille recomposée - Réseau professionnel.

Key words: Therapy - Step family - Professional network.

« Nous vivons une société psychiquement épuisée. Nous sommes voués à vivre désormais à nu et dans l'angoisse, ce qui nous fut plus ou moins épargné depuis le début de l'aventure humaine par la grâce des Dieux »

Marcel Gauchet

Introduction

Cette phrase de Marcel Gauchet (2) rencontrée dans l'ouvrage d'Irène Théry a fait écho en moi, car elle donnait sens aux questions lancinantes des beaux-parents:

¹ M. Siméon: Psychologue, psychothérapeute familiale, co-directrice du Département Enfants et Famille, chargée de formation en psychothérapie familiale et intervention systémique au Centre de Guidance, Clos Chapelle-aux Champs n°30, U.C.L., 1200 Bruxelles.

- Quel rôle ?

- En fonction de quel lien ?

- Pour quel type d'engagement ?

- Et pour quelle famille ?

Comme l'écrit I. Théry (8) :

«Le mariage a mis à l'ordre du jour la nécessité de refonder autrement, mais véritablement l'ordre symbolique de la famille et de la parenté»

Dans un récent congrès², Mme Sosson, Professeur au département Droit de la Famille à l'U.C.L., s'interrogeait :

- Quels droits pour quels parents ?

- Aux droits de filiation, pourrait-on en concevoir d'autres liés à l'affiliation, concevoir que droits et devoirs ne dépendraient pas seulement des liens de sang ?

- Quels droits, liens, responsabilités pourraient lier parents/enfants/beaux-parents ?

La filiation nous situe dans l'ordre symbolique de la parenté en étant le support juridique de l'autorité familiale.

Qu'en est-il du lien beau-parental ?

Juristes et sociologues (4) nous rappellent que le lien beau-parental, non fondé sur la filiation mais bien sur l'affiliation, n'acquiert sa légitimité qu'au terme d'un processus de socialisation compatible avec une mission d'éducation. Ce lien, aux frontières de la parenté, est une forme d'amical parrainage. (8)

Les droits et les liens n'étant pas institués, les beaux-parents et les beaux-enfants **doivent sans cesse redéfinir leur relation**, autour du pouvoir, de l'autorité, de l'affection. Les retraits affectifs (s'engager dans l'amour est difficile quand il n'y a aucune certitude de réciprocité) comme les transgressions, peuvent être les symptômes de cette incertitude.

«Je vis avec ma mère seule (35 ans), mon père est parti il y a 5 ans. Ma mère ne savait pas que je (16 ans) faisais l'amour avec l'étudiant (25 ans) qu'elle avait accueilli chez nous. Quand je lui ai dit un jour, elle m'a traitée de s... et de pu... J'ai cru devenir folle. Je ne la reconnaissais plus, elle avait l'air de me haïr. C'était horrible. J'ai bouffé de rage, de honte, je suis devenue grosse, et puis un jour j'ai compris: elle en était amoureuse aussi, ce n'était plus ma mère !!»

La famille reconstruite comme les liens qui la forgent, cette réalité vécue n'est pas nommée, reconnue par les protagonistes eux-mêmes, ni par le groupe social dans lequel elle s'inscrit.

Les enfants des deux entités ne peuvent se nommer: ni frères, ni demi-frères, ni beaux-frères, que sont-ils ? Peut-on s'identifier à ce qui n'est pas nommé ? Peut-on se reconnaître comme appartenant à un groupe non reconnu ?

Dans ce brouillard londonien que sont les relations beaux-parentales, on ne peut que se réjouir que la Loi un jour reconnaisse, institue ce lien beau-parental d'affiliation.

Comme chacun sait, le Droit n'a jamais précédé le changement. Il légifère, codifie, institue des changements déjà opérés au sein des familles et sociétés, qu'il s'agisse d'adoption, de procréation assistée, de séparation ou de recomposition familiale.

- La Belgique a connu récemment, en octobre '94, une première évolution dans une humanisation et accélération des procédures de divorce.

Modification intéressante quand à la forme mais tout autant quant à l'esprit de la loi. Car cette procédure acte la décision prise par les conjoints, sans vouloir la modifier, ce que les trois comparutions pouvaient avoir pour mission implicite.

Modification jugée intéressante par les psychothérapeutes de couple que la pratique clinique confronte aux dysfonctionnements du parcours juridique qui rendent *problématiques*, les *difficultés* liées à la séparation provisoire et au divorce.

«Mon avocat n'a pas remis ses conclusions à temps et à deux reprises a fait reporter l'affaire. J'ai dû m'absenter plusieurs fois pour cela. Mon patron vient de me signifier mon congé en utilisant mes absences chez l'avocat comme motif de licenciement. Qu'est-ce qui est juste dans tout cela?»

- Un second changement s'annonce au travers de sept propositions de loi soumises à la chambre. A l'exception de situations graves relevant de la Protection de la Jeunesse, ces propositions de loi donnent priorité à *l'exercice conjoint de l'autorité parentale*, jugeant nécessaire de rappeler qu'au-delà de la guérilla conjugale, les enfants gardent *deux parents* même après le divorce. Les termes eux-mêmes le soulignent quand ils remplacent droits de garde et de visite par modalités d'hébergement.

Emboitant bien tardivement le pas aux Anglo-saxons et Danois, nos lois... et nos mentalités en évolution auront moins à identifier les coupables ou malades de nos deux disciplines qu'à accompagner des parents présumés compétents et responsables à organiser la séparation qu'ils ont décidée, voire acceptée comme un moindre mal, dans la classe moyenne pour le moins, les classes défavorisées n'ayant pas nécessairement accès à ce type de divorce.

Psychologues, experts qui ont à se prononcer sur les nouvelles conditions de vie des enfants et des adultes qui les entourent, partagent souvent l'incertitude des familles en mutations, mus comme elles par des **idéologies** pas toujours explicites.

Peuvent-ils par exemple se permettre de concevoir un Droit de garde évolutif et adhérer à certaines formes innovatrices construites par les familles, formes qui tiennent compte de l'âge des enfants, des cycles de vie de la famille recomposée, et des opportunités relationnelles ou économiques des parents et beaux-parents impliqués ? Bousculent-ils de cette façon l'idéologie à saveur psychologique de «stabilité de l'enfant ?»

Peuvent-ils échapper aux idéologies du «consensus» de leur profession pour accompagner parfois leurs patients dans d'autres procédures plus agressives, les seules parfois à même de respecter l'équité et l'éthique relationnelle ? Je partage

² Colloque psycho-juridique : « Les familles recomposées », 19,04,94, U.C.L., Belgique.

L'avis d'Irène Théry (8) qui constate que certains psychologues, au nom de cette même idéologie du consensus, méconnaissent le droit à la réparation, droit fondamental basé sur la notion de responsabilité.

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » dit le Code civil. C'est finalement ce qui permet le divorce pour faute, pour cause déterminée, que les avocats choisissent dans les situations graves où le client doit être protégé, reconnu comme ayant droit à la réparation.

A l'exception de situations graves dans lesquelles les enfants doivent être protégés, cette même idéologie du consensus ne conduit-elle pas les thérapeutes, confrontés aux effets pervers des Droits de visite délibérément contrés, à un silence jugé approuvateur, qui laisse dire aux « enfants-rois » : *« Je ferai ma crise, et l'avocat dira que je ne dois pas y aller »*.

Effet pervers des jugements non-exécutés, effet pervers d'un certain fonctionnement de la Justice, qui, surchargée, classe sans suite les plaintes déposées donnant droit... à ceux qui contournent la Loi, détournant le plus souvent l'enfant pour de longues années le plus souvent de son père... et du respect de la Loi.

Dans un quotidien belge, un avocat regrettait qu'un personnage politique désireux sans doute de désengorger les juridictions, utilise l'argument de l'intérêt de l'enfant pour décourager les parents aux droits de visite non-respectés, de déposer plainte.

Enfin les sociologues des dernières années, comme les thérapeutes familiaux intègrent dans leurs approches :

- D'une part l'espace-temps du lien, lien de filiation et d'affiliation, (ce dernier définissant notamment le lien beau-parental), lien d'appartenance (au mépris d'une norme sociale, préjugé d'une époque concernant un certain type d'autonomie !), sorte de pas de deux, mouvement de danse entre les loyautés et l'autonomie au sein des relations transversales avec les ex-conjoints et verticales avec les familles d'origine.
 - D'autre part le réseau familial, espace défini à partir de la circulation des enfants, espace relationnel où se nouent et se forgent les nouvelles entités à partir des anciennes. La nouvelle famille ne peut être regardée avec les lunettes réductrices de « seconde famille nucléaire de M. X » ce qui serait un déni des relations déjà créées, que les enfants ne manqueraient pas de rappeler, même si à ce moment précis les adultes en souffrance s'activaient à tourner la page.
 - Enfin le temps, temps de l'histoire transgénérationnelle des individus faisant partie de cette chaîne complexe, histoire dans laquelle s'inscrivent les mythes familiaux et les loyautés invisibles (3), loyautés parfois clivées pour l'enfant du divorce (pour être loyal à sa mère, il ne doit pas l'être à son père), enfin le temps du cycle de développement des familles et de leurs membres.
- L'approche thérapeutique des transitions familiales s'inscrit tant dans le réseau complexe des liens familiaux que dans celui des professionnels impliqués, à savoir les magistrats, juristes, sociologues, travailleurs sociaux et psychothérapeutes.

Tout symptôme se doit d'être entendu et compris dans ce réseau complexe de significations données par les différents protagonistes et resitué dans le temps du processus évolutif.

I. Le réseau des professionnels et les familles en transition

Divorcer, voire seulement se séparer, inscrit les protagonistes de l'échange dans le champ **psycho-juridique** d'emblée, où le sens donné aux mots et aux démarches peut être différent pour les nombreux professionnels impliqués.

Toute approche thérapeutique se doit d'en tenir compte si elle ne veut pas soumettre les patients-clients à un faisceau de messages paradoxaux, et maltraiter davantage ceux qu'elle prétend aider.

L'approche thérapeutique doit donc permettre une réflexion sur les contradictions mêmes des registres impliqués, rendant ainsi aux acteurs la possibilité d'un recul nécessaire pour décoder les messages contradictoires et prendre les décisions utiles.

Ainsi :

- une séparation provisoire peut-être considérée comme judicieuse d'un point de vue psychothérapeutique ;
- soit pour restaurer l'espace-temps thérapeutique quand les partenaires sont trop échaudés,
- soit pour redéfinir la relation en ne prêtant plus aux jeux destructeurs,
- soit pour se donner le temps de décision de changer de vie ou de partenaire.

Mais, quitter le domicile est un fait et l'argumentation de fait si elle peut être contrée, est largement utilisée au prétoire. Dès lors, s'interroger avec les patients sur les effets juridiques de cette décision, voire réfléchir avec eux sur les démarches à faire pour la formaliser fait partie intégrante de la démarche thérapeutique.

Exemple clinique : *Monstieur vient d'annoncer à son épouse sa décision de la quitter provisoirement... « parce que je dois me retrouver » dit-il. Son épouse ne le souhaite pas et se voit acculée à dire oui. Son mari lui développe alors « les bonnes raisons psychologiques d'évolution personnelle », cherchant mon appui par le regard et avouant alors, que la démarche visait essentiellement à ce que sa femme « en vienne à être d'accord ».*

J'explique ce que je ressens de ce qui m'est demandé... en ne pouvant m'y prêter, soulignant davantage leur désaccord. Si Madame doit garder la liberté « de ne pas avoir envie » de cette décision, Monstieur doit être attentif aux conséquences d'un abandon de domicile. J'incite donc Monstieur, s'il maintient sa décision, à formaliser le propos en faisant une demande de séparation provisoire en Justice de Paix.

- De la même façon, dans certains contextes menaçants, postposer un processus thérapeutique, à l'encontre des idéologies du monde « psy », peut être un geste à portée thérapeutique. Car laisser à cette femme droits et responsabilités aux

yeux de la Loi dans une négociation difficile du Droit de garde protégera davantage l'estime de soi que de l'offrir à certains constats et utilisations manipulatoires du fait thérapeutique: « A eu besoin d'un psychiatre, ce qui confirme bien la personnalité dépressive de cette mère qui ne pourrait pas assumer ses enfants ».

Exemple clinique: *Madame X demande une consultation de manière urgente pour relater ceci: ayant appris par un coup de fil anonyme que son mari avait pour maîtresse une de ses amies, elle a pu constater le bien-fondé de ces accusations, l'heure et le lieu des rendez-vous lui ayant été communiqués par téléphone ! Après une discussion très orageuse le soir même, son mari est parti... et elle s'est retrouvée au service des urgences la nuit même, ayant avalé une boîte de comprimés. Au sortir de l'hôpital, l'avocat qu'elle consultait l'informe que malheureusement, la tentative de suicide ne serait pas un élément favorable pour son dossier, l'avocat de son mari lui ayant déjà connu le fait négativement lors d'un échange téléphonique. Nous avons réfléchi longuement à la manière dont pouvait être utilisée sa démarche psychothérapeutique dans le débat juridique engagé. Quelle pouvait être la meilleure approche de la problématique qui soit respectueuse de sa demande et du contexte. Après mûre réflexion, Madame X décida de consulter son médecin de famille pour obtenir un soutien médicamenteux, et de suspendre momentanément la démarche psychothérapeutique jugée trop menaçante.*

Enfin, si parfois nous pouvons nous réjouir de ce que la jeune femme restaure des liens professionnels sociaux, émergeant d'un deuil douloureux lié au divorce, son avocat quant à lui peut s'en inquiéter: le Conseil de son mari ne pourrait-il pas utiliser ce changement comme signe de manque de disponibilité parentale et en venir à modifier le Droit de garde ?

Exemple clinique: *Madame Y est engagée dans une procédure de divorce depuis dix mois.*

Il y a quatre mois, fatiguée et déprimée, elle a consulté « pas pour une psychothérapie mais pour tenir le coup et mieux réagir avec les enfants ».

Nous avons convenu d'un rythme espacé de trois semaines pour les rencontres familiales, rythme respectueux de sa demande et de la limite donnée. Kinésithérapeute de formation, elle annonce avec plaisir après trois mois de suivi qu'elle a été sollicitée comme monitrice de tennis, ce qui lui permet de nouer des relations sociales agréables avec les sportifs et sportives du groupe. L'ambiance familiale a changé: l'atmosphère a repris le scoutisme qu'il refusait obstinément, et la petite a accepté de regagner sa chambre en quittant le lit de sa mère. La séance suivante est avancée à sa demande, car une réaction de son avocat l'a fortement déstabilisée. Venue seule, elle explique que ce dernier s'est montré agacé par sa décision professionnelle, estimant qu'elle contrariait ainsi fortement son projet d'obtenir une pension alimentaire plus importante, projet que ses nouveaux revenus allaient menacer. Madame se sent comme un métronome ne sachant plus que faire, révoltée d'une situation qui l'obligerait à une position de dépendance qu'elle refuse. J'utilise alors deux chaises représentant le monde psychologique et le monde juridique, Madame Y allant de l'une à l'autre pour exprimer les points de vue différents, pour conclure en reprenant sa chaise.

« Tant pis pour le dossier, je ne plaisais plus à mon mari, je ne plairai pas à l'avocat, j'ai mis six mois pour me dégarer, je ne recommencerai pas avec l'avocat ».

II. Les familles en transition et l'espace-temps du processus psychothérapeutique

L'abord thérapeutique des familles en transition garde toujours un caractère complexe, compte tenu des différents champs psycho-socio-juridiques impliqués, de l'appartenance à plusieurs groupes familiaux et à des dynamiques particulières introduites par le processus lui-même; le méconnaitre pourrait nous conduire à des interprétations fallacieuses des phénomènes observés.

Ainsi un partenaire qui ébauche une rencontre alors qu'il est par ailleurs toujours engagé dans une démarche juridique éprouvante, peut à l'encontre de sa compagne et de ses enfants garder une certaine réserve, voire une certaine méfiance. Doit-on la comprendre comme liée aux affres de la relation précédente et/ou aux conseils de prudence prodigués par son avocat soucieux de mener l'affaire à bien ?

Ce type de problématique incite le thérapeute à une grande vigilance pour définir le ou les niveau(x) d'intervention pertinent(s) en fonction du problème posé.

Ainsi si la démarche thérapeutique consiste en déprises, reprises du lien, de l'histoire familiale, ancienne et actuelle, elle est également une réflexion active à propos des démarches afférentes aux décisions prises (se séparer, reconstruire), pour recréer ainsi un nouveau cadre espace-temps de vie pour tous les membres impliqués.

Le moment de la **recomposition familiale**, moment et lieu de nouveaux possibles reste, malgré la banalisation du phénomène sociologique une course d'obstacles pour les co-auteurs du processus.

Tout en laissant à chaque famille la singularité de son histoire on peut souligner certaines dynamiques particulières dont les thérapeutes pourront dégager certaines orientations thérapeutiques.

A) Famille recomposée: rites et appartenances

Les démarches constitutives de cette famille instantanée ne sont guère codifiées, instituées, ni ritualisées.

Les rites de passage qui dans notre culture accompagnent nos changements vitaux, se forment, se déroulent au sein d'un groupe, d'une communauté (appartenance).

Les épreuves de passage (différenciation) inscrivent et reconnaissent l'étape franchie, le changement opéré, en le dévoilant et en le nommant (aspect rituel) et en le fêtant (aspect cérémonial).

Dans le cas de la famille recomposée pourra-t-on nommer, fêter au sein de la communauté ce qui surgit ?

« Il n'y aura pas de petit dîner au champagne pour Maman qui a trouvé un amoureux. »

- Parce que ce n'est plus de son âge, dit la GMm.
- Parce que ça manquerait de décence, dit la GMp.
- Parce que je ne pourrais pas le supporter, dit papa.
- Parce que papa est triste, dit l'enfant.
- Parce que je suis jaloux, dit l'enfant.»

La rencontre amoureuse vécue par l'ex-conjoint est, pour celui qui l'observe, souvent liée avec émotion. Tristesse ou agressivité accompagnent ce second deuil, le vrai divorce disent certains, et s'expriment parfois seulement à travers le contrôle à distance de l'influence de l'«étranger» sur les enfants.

Ces rites de passages, ces reconnaissances sont dangereuses quand l'appartenance au groupe devient une appartenance à deux lignées conflictuellement différenciées, quand marquer ou représenter symboliquement les différences accroît les risques de rupture, quand la cérémonie devient une fête triste, l'ambiance des groupes d'appartenance ayant changé.

A.1. Appartenance à deux lignées conflictuellement différenciées

L'appartenance à plusieurs groupes familiaux, voire à des familles conflictuellement liées, peut donc plonger l'enfant dans un choix impossible, dans un **conflit de loyauté**, exacerbé par les réactions émotionnelles des adultes. Ce point précis est souligné par tous les auteurs, cliniciens, experts, qui sont confrontés aux conflits liés au divorce.

«Il n'y aura pas de dîner de communion avec Papy, Many et l'ami de Maman parce que mon parrain (GPP) ne peut pas venir et que mon papa a dit que si maman avait des sous pour cela, il diminuerait la pension alimentaire».

«Au moins avec Christian, tu deviendras sportif! C'est pas avec ton père que tu aurais pu faire tout cela, il était bien trop paresseux et il n'en avait rien à faire de vous. Tu le vois sur un vélo?» dit Maman.

«Je voudrais bien voir que ce type s'occupe de ton éducation... ta mère ne perd rien pour attendre. T'as envie de faire du sport avec lui?» dit Papa.

Dans certaines situations de pression relationnelle, devenues situations de double-contrainte, seuls les symptômes peuvent encore traduire l'indicible. Comme nous l'avait appris Nagy (3), lorsqu'il n'est pas possible d'être ouvertement loyal envers ses origines, ces liens de loyauté se trouvent d'autres voies pour s'exprimer. Dans ces cas, les thérapeutes se voient parfois amenés à expliciter devant les parents et beaux-parents l'impossible choix à encourager l'enfant à ne pas tout dire tout en gardant la liberté de n'en penser pas moins.

«Gaetan, 10 ans, consulte en urgence avec sa maman: il vient de tenter de se suicider en s'étouffant. Les parents, juristes de renom, ont divorcé à l'amiable et comme nous rassure la maman, si des divergences d'opinion existent, les contacts restent très civils, bien que Maman ait renoué une relation.

L'entretien familial qui suit dans les 24 heures en présence du Papa, révèle un conflit latent entre les parents fait de disqualifications réciproques, à l'humour piquant et où le message lancé à l'enfant pourrait se résumer ainsi: «Mon chéri, tu es libre de choisir où tu veux vivre actuellement mais il est clair qu'il n'y a qu'un choix possible. Parle simplement».

L'enfant se met à pleurer silencieusement d'abord puis à gros sanglots qui l'étouffent littéralement.

Les parents perdent leur contrôle et crient brusquement en se menaçant de procédures diverses.

La thérapeute vient s'asseoir près de lui: «Voilà Gaetan ce que toi, tu savais déjà mais que tu ne pouvais pas dire. Même si Papa et Maman voulaient s'entendre, ils restaient très fâchés et toi tu le savais.

Maintenant c'est clair pour tout le monde. On va les laisser s'expliquer encore, ils en ont bien besoin et les laisser décider comment ils vont s'arranger avec toi. Toi tu l'as montré, tu tiens aux deux et tu ne veux pas leur faire de peine, ce que tu fais en te taisant et en t'étouffant».

La thérapeute et l'enfant sortent un long moment, rappelés ultérieurement par les parents qui les informent de leur arrangement provisoire jusqu'à une mise en internet ultérieure... seule distance jugée judicieuse pour les protagonistes.

A.2 Marquer ou représenter symboliquement les différences accroît les risques de rupture

«Ma fille à 18 ans. J'aurais aimé lui offrir un voyage comme à son frère aîné. Mais la fille de ma compagne est tellement jalouse que j'y ai renoncé.»

«Je suis complètement bloquée, je n'ose plus embrasser ma fille (16 ans). Chaque fois mon compagnon souligne que je suis moins expansive avec sa propre fille (8 ans). Ma dernière sortie en ville avec ma fille s'est soldée d'ailleurs par une crise familiale. Je n'ai même plus la liberté d'être avec ma fille adolescente: c'est compris comme une réaction de marâtre qui écarte la plus jeune».

A.3. La cérémonie devient une fête triste, l'ambiance du groupe d'appartenance ayant changé

«J'aimais mieux Noël comme avant avec un vrai arbre que Maman allait acheter, depuis que Papa est avec Sophie, c'est toujours la T.V... J'aimais mieux avant (soupir)».

La nouvelle famille est la rencontre de deux histoires (parfois douloureuses), deux ambiances, éducations et classes sociales **confirmées** par plusieurs années de vécu familial. Dès lors, recréer un **chez nous**, (ambiance, atmosphère, code reconnu par tous) relève d'un temps émotionnel long, d'autant plus long que les enfants sont plus âgés. Ceci n'est pas étranger aux sentiments de tristesse qu'expriment les parents et enfants lors de fêtes familiales qui sont devenues des fêtes tristes,

l'ambiance s'en étant allée. Ce temps, cette durée restent nécessaires même pour ceux qui vivent un soulagement par rapport aux souffrances connues lors du mariage.

Devant le caractère précipité des bouleversements familiaux, le **thérapeute** aide les membres de la famille à dilater le temps, temps des émotions, temps nécessaire pour entrer en familiarité avec son **sitio** comme dit C. Castaneda(1), et créer au travers de rituels, un progressif sentiment d'appartenance.

Il rend également la liberté aux deux parents de la nouvelle entité, à l'encontre d'un projet réparateur de « famille réussie » d'appartenir à leur famille initiale en recréant à certains moments avec leurs propres enfants cette atmosphère privilégiée connue dans la famille précédente en respectant les liens précédemment noués.

Charles-Edouard (13 ans) n'a pas accepté la séparation de ses parents en mars 94. Chevalier de son père déprimé, il aurait aimé vivre avec lui. Mais son père, installé momentanément de façon précaire, n'a pu l'accueillir et la décision d'une mise à l'internat a été prise en septembre 94. Entre temps père et mère ont renoué une relation amoureuse avec d'autres partenaires.

Maman vit avec son compagnon et ses filles âgées de 14 et 10 ans. « Charles-Edouard a 13 ans et est insupportable, dit maman. Il ne supporte pas notre nouvelle vie. Chaque fois qu'il rentre du collège interne, c'est la foire. Devant mon compagnon qui aime la tenue à table, il les multiplie, et ce dernier m'a avertie qu'il ne tolérerait plus cela très longtemps devant ses filles. »

L'attachement du garçon à son papa, sa loyauté et sa souffrance sont perçues par la maman qui bien qu'agacée par les manifestations de son fils, se ressent coupable de le voir souffrir. Suite à cette longue élaboration en séance, la maman se propose d'accueillir chaleureusement Charles-Edouard et de lui offrir en même temps qu'à sa sœur un moment de retrouvailles « à la mode de chez nous sans les étrangers... avant de lui rappeler qu'on n'est pas obligé de s'aimer, mais que l'on doit rester civil.

B. Famille recomposée et famille d'origine

Le rôle des familles d'origine lors de la recomposition peut être très différent en fonction de l'histoire singulière, du pourquoi du mariage comme de la séparation. Si lors de la séparation elles avaient rapatrié leurs blessés, les nouveaux venu(e)s les obligent à redéfinir la relation et les distances nécessaires par rapport aux enfants et petits-enfants. Et cela n'est pas sans souffrance de part et d'autre.

Exemple clinique: Francis consulte parce que ces derniers six mois il a pris 10 kg. Depuis le départ de Maman, il s'était installé chez Bobonne (GMp), son père étant chauffeur international.

Quand Line est venue vivre à la maison, son papa a exigé son retour chez lui. Depuis lors il s'est tu, mangeant nerveusement, téléphonant à sa grand-mère paternelle plusieurs fois après la classe. Pédiatres et psychologues ont écrit à la grand-mère paternelle pour lui signifier l'attachement de son petit-fils et l'inviter à un entretien familial avec son fils et sa compagne.

Comment montrer que l'on s'aime même si on n'est plus toujours ensemble a été le thème de la rencontre, des contacts ritualisés ayant été convenus avec tous pour la durée de l'année scolaire.

N'a-t-on pas besoin des quatre saisons de l'année pour vivre les changements de la vie!

Les nouveaux partenaires constatent cependant qu'une prévalence est accordée à leur rôle parental, certaines familles disqualifiant, voire déniaient délibérément toute dimension amoureuse à leur nouvelle relation.

Sans doute comme l'exprimait la maman d'une jeune femme en train de créer une nouvelle relation: « Nous aussi, on doit faire notre deuil, nous nous étions attachés à notre gendre et je le trouve si vite remplacé... ma fille est vraiment folle! »

Le couple peut souffrir du « poids parental » alors qu'il venait de redécouvrir « l'insoutenable légèreté de l'être amoureux ».

La relation parentale antérieure est en tous cas généralement valorisée par rapport à la nouvelle relation conjugale.

Loyautés transversales, bousculades des cycles vitaux? Ce ne sont pas les seules familles d'origine qui renforcent le rôle parental mais bien les protagonistes eux-mêmes, angoissés devant leur désir, culpabilisés par rapport à leur ex. « toujours dépressif » ou devant leurs enfants aux yeux inquisiteurs.

« Je ne peux me laisser aller que lorsque les enfants sont partis chez leur mère. Je ne supporte pas que mes filles devinent... enfin je suis leur père avant tout! »

Madame A est amoureuse, très amoureuse. Tous l'ont perçu. Son ex-époux est redevenu agressif à son égard, claquant à plusieurs reprises le téléphone. Ses deux adolescentes (14 et 16 ans) ont brusquement gagné leur chambre quand « IL » est venu. Une amie auparavant très soutenante lui a demandé sèchement « Comment vont tes filles? » Quant aux grands-parents paternels, ils lui ont dit: « Nous n'aurions pas pensé que ce serait ainsi. Vous étiez si maternelle. » Madame participe avec son compagnon à un groupe de discussion pour les familles recomposées. Lui s'énerve de ses ambivalences, regrette « leurs débuts secrets ». La provocation des adolescentes lui est insupportable et bien qu'elles les incitent à partir en week-end, il s'y refuse « pour qu'elles ne gagnent pas ».

Durant l'échange, les partenaires finissent par rire de la lutte symétrique dans laquelle ils se trouvent engagés avec les filles, et Madame, bien qu'hésitant à laisser ses filles seules, s'insurge en disant: « Je suis une femme tout de même! »

D'autre part, à la lumière des observations cliniques la relation des enfants de divorcés et de leurs grands-parents et la place des Papy et Mamy se doit d'être reconsidérée.

Dans les familles élargies des années 80, les Papy et Mamy reprennent une place et une importance que la « famille nucléaire, structurée et hiérarchisée, des années 60 » leur avait enlevée. Cette place, c'est aussi leurs petits-enfants qui la leur rendent.

Les enfants questionnent les grands-parents pour connaître l'histoire de la famille (appartenance) que le parent blessé préfère oublier. Ils leur relatent leurs peines de cœur, sous le sceau de secret « pour que le parent ne s'énerve pas ». Ils

peuvent dire là sentiments et émotions sans craindre les effets de réalité. Plus âgés, ils refusent de partager leurs grands-parents avec les enfants de l'autre entité.
« *Eux ils m'aiment toujours* » disait un garçon de onze ans.

C. Les changements instantanés de rôle, ou de position dans la fratrie, déstabilisent tant les parents impliqués dans la relation antérieure que les enfants concernés.

Aussi, que peut vivre l'ainé responsabilisé de 13 ans quand sa mère introduit son ami accompagné de ses filles de 15 et 16 ans ?

Que peut vivre Suzy, fille unique de 10 ans, quand son papa décide de partager la vie de sa compagne et de sa fille de 8 ans ?

Comme le disait cet ainé évincé: « *Avant, c'est moi qui restais avec Maman le soir et fermais toutes les portes. Je ne peux plus rien faire, c'est lui qui s'y croit ! Avec eux ma mère devient bête, elle imite même les filles !* »

Cette déclaration révèle bien tout ce qui est en jeu dans ce malaise et la rivalité, l'agressivité et la dépression coloreront l'ébauche de ces nouveaux liens.

L'ainé évincé et l'enfant unique brusquement flanqué de plus jeunes, sont autant de positions et de rôles à redéfinir dans un temps nécessaire d'intégration... temps que les nouveaux conjoints, pressés d'être heureux, ne leur accordent pas toujours.

Ainé évincé et fille unique ont pris auprès de leurs parents essouffés une place particulière remplissant à leur façon des missions précédemment confiées à l'absent(e).

Ce n'est pas leur seule rivalité avec l'étranger(e) qui donne sens à leurs symptômes, mais la perte d'une place, d'un rôle qui leur est brusquement enlevé.

Renvoyés au groupe de leur âge, certains y sont devenus marginaux, inadaptés, devenus trop vieux et trop responsables pour simplement assumer une place de partenaire au sein d'un groupe. Déprimés, prenant du poids, s'isolant socialement ou échouant au niveau scolaire, ils signifient leur malaise.

Une longue pratique clinique auprès d'enfants et d'adolescents obèses confirme cette observation des aînés de familles (recomposées), aînés qui prennent du poids quand ils portent trop... ou ne font plus le poids !

Toute la démarche thérapeutique consiste à maintenir une place privilégiée auprès du parent sous des formes négociées tout en favorisant une progressive réinsertion dans le groupe d'âge qui l'ouvre à un succès social et non à une marginalisation douloureuse.

Pour terminer sans pouvoir conclure, les enfants des familles recomposées font preuve de beaucoup de créativité, officient comme maîtres de cérémonie dans les rencontres familiales élargies, non encore codifiées par les règles sociales. Ce sont eux qui ouvrent leurs parents aux nouvelles coutumes: « *T'en fais pas Maman, tu seras invitée à table. M. Dupont avait bien sa femme et son ex. autour de lui* »

Ces parents, beaux-parents sont les pionniers de notre société à la recherche de nouveaux liens reconnus et institués par le Droit.

Comme le disent les familles quand elles prennent du recul, elles ont connu le parcours du combattant, développant des capacités d'adaptation, de négociation et de différenciation dans leurs relations.

Devant la complexité du réseau, les thérapeutes doivent rester sensibles aux contradictions des champs et registres impliqués; devant les changements instanta-

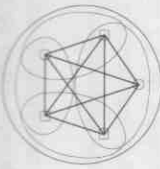
nés de structure familiale, de mode relationnel conjugal, de rôle et de position dans la fratrie, ils doivent dilater le temps, temps du changement, temps des nouvelles représentations du monde, temps de la vie.

Maggy Siméon
Centre de Guidance - U.C.L.
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
1200 Bruxelles - Belgique

BIBLIOGRAPHIE

1. Castaneda (1972): « *L'herbe du diable et la petite fumée* », Ed. Soleil noir, Paris.
2. Gauchet M. (1988): « *Le désenchantement du monde* », Ed. Gallimard.
3. Heireman M. (1989): « *Du côté de chez soi* », ESF.
4. Meulden M.J., Théry I. (1983): « *Les recompositions familiales aujourd'hui* », Ed. Nathan.
5. Siméon M., Malvaux P. (1990): « *Maigrir sans m'agrir* », *Thérapie familiale*, Genève, Vol. II, N° 2, pp. 103-116.
6. Siméon M. (1985): « *Nous ne vieillirons pas ensemble* », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 6, N° 3, pp. 325-336.
7. Siméon M. (1993): « *Dis maman, viendras-tu au mariage de papa ?* », communication et publication à la Fédération Belge des Centres de Consultation Conjugale, Octobre.
8. Théry I. (1983): « *Le démantèlement* », Ed. Odile Jacob, Paris.
9. Wallerstein J., Kelly J. (1989): « *Pour dépasser la crise du divorce* », Ed. Privat, Toulouse.

THERAPIE FAMILIALE



Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité de rédaction:

Guy AUSLOOS, Montréal – Jean-Claude BENOIT, Paris – Léon CASSIERS, Bruxelles – Yves COLAS, Lyon – Jean-Jacques EISENRING, Marsens – Daniel MASSON, Lausanne – Maggy SIMÉON, Louvain-La-Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie:

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique; des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.;
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de techniques, en particulier de techniques d'enregistrement audiovisuel;
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues; des présentations, et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale;
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formations.

Numéro spécimen sur demande

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THERAPIE FAMILIALE

pour l'année 199__ Un an (4 numéros)

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: FS 134.- FF 585.-*

Abonnements individuels: FS 67.- FF 285.-*

ÉDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P. 456 – CH-1211 Genève 4 – CCP 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse – CH-1211 Genève 6 – C2.622.803.0

* Les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de la Banque Worms sont admis

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____ Date d'expiration: _____

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE – Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

RECENSIONS

Francine Klagsbrun: Frères et sœurs, pour le meilleure et pour le pire. Editions Bayard, Paris, 1994.

«Père Noël: mon poisson rouge est mort, s'il te plaît, fait que celui de ma sœur crève».

Le lien le plus ambiguë et indestructible qui soit: le lien fraternel. Traduit de l'américain par Isabelle Maillet ce livre analyse la complexité des liens fraternels sur un ton léger et avec humour.

En se basant sur des interviews Francine Klagsbrun nous fait part de ses réflexions sur la trace que se lie laisse dans notre façon de rentrer en relation avec les autres.

La rivalité, la complicité, la jalousie, la solidarité, et le processus de différenciation s'apprennent et s'exercent avant tout entre frères et sœurs, Francine Klagsbrun pense que par la suite nous ne faisons qu'appliquer ce modèle relationnel appris.

En lisant ce livre, nous sommes souvent parasités par un sourire quelque peu nostalgique du aux résonances que le texte induit.

Signaler tout de même une certaine frustration car l'approfondissement de l'analyse des nombreux témoignages est sacrifié au profit d'un ton de vulgarisation. Toutefois, livre sympa a se faire passer entre frères et sœurs.

Ignacio Garcia-Orad

Robert Neuberger, Le mythe familial, ESF, Paris, 1995.

Ce nouvel ouvrage de Robert Neuberger s'inscrit comme la suite attendue du précédent, *L'irrationnel dans le couple et la famille* (ESF, 1988), dont il poursuit et approfondit la réflexion, tant sur le plan théorique que clinique. Ce livre, qui, à notre sens, est le plus accompli de son auteur, traite du mythe considéré comme le rêve d'un groupe, d'une famille, d'un couple ou d'une institution, et vécu comme l'image idéalisée de ce groupe, comme sa légende bricolée au fil du temps et devenue indispensable pour créer et maintenir la cohésion nécessaire à sa survie. Cette succession d'essais constitue un ensemble cohérent, articulé autour des deux principales dimensions du mythe, à savoir la place de la famille dans la société et son intimité dans laquelle elle forge les rituels spécifiques constitutifs de son identité.

INFORMATIONS

CONGRÈS, SÉMINAIRES

SÉMINAIRE MENSUEL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE: Coordonné par le Dr J.F. Le Goff un soir par mois de 20 h 30 à 22 h 30 à Paris.

Informations: I.F.E.C., 21, av. Marceau, F-93130 Noisy-le-Sec ou Dr J.F. Le Goff, tél. 48 36 22 22.

CEFA - JOURNÉES D'ÉTUDE À PARIS: samedi 30 septembre 1995: «Les absents du système», **Edith Goldbeter**; samedi 21 octobre 1995: «Approche systémique en milieu scolaire», **Georges Dusong**, **Marc Thiébaud**, **Salomon Uzan**. **STAGES SPÉCIALISÉS**, vendredi 6 octobre et samedi 7 octobre 1995: «Pratique du jeu de l'oeie», **Yveline Rey**; vendredi 24 novembre et samedi 25 novembre 1995: «L'adoption», abord familial des difficultés liées à l'adoption, **Robert Neuburger**.

Informations: CEFA, 95, boulevard Saint-Michel, F-75005 Paris. Tél. (1) 43 54 98 84. Fax (1) 43 54 30 28.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE DE LA MALTRAITANCE ET DES ABUS SEXUELS DES ENFANTS: ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES: avec Jorge BARUDY (5, 6, 7 juillet 1995).

Informations: FONDATION KANNERSCHLASS SUESSEM, rue du Château, L.4992 Sanem. Tél. (Préf. Luxembourg) 5913 84. Fax 59 47 14.

COLLABORATIVE FAMILY HEALTH CARE COALITION CONFERENCE: «Transforming the Practice of Health Care», The collaborative Solution, avec Susan McDaniel, Sal Minuchin, John Roliand, Carlos Sluzki, Peter Steinglass, Lyman Wynne, 20-23 juillet 1995, Washington DC, USA.

Informations: CFHCC New York Office: Donald Bloch, MD, 40 West 12th Street, New York, NY 10011-8604, Tel. (212) 675-2477, Fax. (212) 727-1126, Email: 72460.1142@compuserve.com. CFHCC Washington, DC Office: Diane Sollee, MSW, 5310 Belt Road, NW Washington, DC 20015-1961, Tel. (202) 966-5376, Fax. (202) 362-0973, Email: 74211.712@compuserve.com.

FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE, CONGRÈS MONDIAL 1995: «Place à la réflexion», 13-14 août 1995, Dublin, Irlande.

Informations: WFMH '95 Congress Registration + Accomodation 10 Hagan Court, Lad Lane Dublin 2, Ireland, Tel. 353-1-6618904, Fax. 353-1-6785047.

XVth WORLD CONGRESS OF SOCIAL PSYCHIATRY: «Science and humanism: conflict and complementarity.» Hotel Hilton, Rome, Italy, September, 1-5, 1995.

Informations: O.I.C. s.r.l., via A. La Marmora 24, 50121 Florence, Italy. Tel. 0039 55 5000 631. Fax 0039 55 5001 912.

Articulant à chaque fois son propos avec des exemples empruntés à sa pratique de clinicien et de formateur, l'auteur cerne bien les différents niveaux de fonctionnements qui contribuent à forger les valeurs et les croyances partagées du groupe familial, tout en cernant les moments de crise où les croyances se rigidifient en convictions, risquant ainsi de générer un aveuglement et une incapacité à dépasser les problèmes.

Empruntant ses outils de réflexion à la théorie systémique comme à la théorie psychanalytique confrontées positivement dans leurs complémentarités selon la perspective d'ouverture et de créativité de modèles caractéristique de sa pensée, Robert Neuburger fait appel aux données de l'ethnopsychiatrie, de la linguistique et de l'histoire pour éclairer les problématiques abordées, qu'il s'agisse de celles propres à la famille et de celles plus spécifiques de ces sous-ensembles que constituent le couple et la fratrie. Cette dernière dimension donne lieu à des aperçus très stimulants sur une question rarement traitée.

Tout au long de l'ouvrage sont proposées des solutions techniques élégantes et développées des outils, permettant aux thérapeutes et intervenants familiaux de garantir le cadre thérapeutique, définit ici comme «zone neutre» ou «hors-champ familial ou social» à partir duquel il leur appartient de «dire quelque chose de ce rapport de la norme au mythe, qui rétablit les groupes dans leur identité». Cette réinscription des individus vise à en faire des *utilisateurs d'aide*, dans une perspective constructiviste, et non plus de simples *demandeurs*. Clairement écrit, dans une langue élégante et accessible à tous, non dépourvu d'humour, ce livre a le mérite de favoriser, chez le lecteur, le surgissement d'associations en résonance avec sa propre pratique, tout en l'aidant à remettre en question ses préjugés thérapeutiques et ses propres tâches aveugles, pour se poser enfin la question paradoxale du Destin, «maladie» pour le sujet qu'il aliène, mais «traitement» pour le groupe dont il soutient l'identité. Cet ouvrage devrait intéresser aussi bien les thérapeutes confirmés que les étudiants en formation, car il fait partie de ces quelques livres que l'on aime à avoir sous la main pour étayer sa pratique et stimuler sa réflexion, et qui donne toujours envie de poursuivre le dialogue avec l'auteur autour de pistes qu'il ne fait parfois qu'effleurer.

Pierre Segond