

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

LANGAGE DU CORPS ET LANGAGE DE LA THÉRAPIE

•
COMPORTEMENTS PSYCHOSOMATIQUES

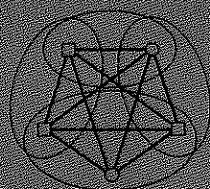
•
FÉCONDATION *IN VITRO*,
UNE PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

•
15 ANS DE SYSTÉMIQUE EN A.E.M.O.

•
DES COUPLES ET DU THÉRAPEUTE

•
MYTHOLOGIE A.S.E., QUELS EFFETS

•
APRÈS L'INCESTE



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. ELKAÏM, 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: E. Terribilini

Recension de livre: B. Waternaux

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène
Case postale 456
CH-1211 Genève 4

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

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

Pour la France:

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

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:

FS 64. – FF 267. – FB 1600. –

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 120. – FF 500. – FB 3000. –

Numéro séparé:

FS 32. – FF 128. – FB 800. –

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

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1992 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

PRÉSENTATION

Dans ce numéro, nous poursuivons la publication de contributions faites lors des 7^{èmes} Journées de Lyon. Il s'agit des textes de L. Onnis, O. Real, C. Vieytes-Schmitt, A. Chemin et de C. Vaucher. Deux articles originaux, ceux de L. Roegiers et de M. Erard, complètent ce fascicule. Nous inaugurons également une nouvelle rubrique, le courrier du lecteur qui, nous le souhaitons, lectrices et lecteurs, élargira nos échanges.

Tout d'abord, deux textes complémentaires touchant à la psychosomatique. **Luigi Onnis** fait une synthèse de son travail avec les familles dont un membre souffre de troubles psychosomatiques. Parti de l'idée généralement admise que ces familles utilisent de façon prépondérante le « langage du corps », il a développé sous forme de sculpture familiale, une approche thérapeutique qui va s'appuyer sur les compétences non verbales, analogiques, que possèdent ces familles pour exprimer leurs émotions, leurs mythes et leurs craintes. L'expérience acquise avec les familles psychosomatiques a conduit **L. Onnis** à réviser du point de vue systémique le concept d'alexithymie. La technique de la sculpture en deux temps — du « présent » et du « futur » — permet au thérapeute de travailler dans la « complexité », c'est-à-dire sur plusieurs niveaux, notamment individuel et familial, et de réintroduire la dimension temporelle momentanément suspendue. Dans ce processus, le thérapeute devient co-auteur du « réveil » des potentialités évolutives de la famille.

De leurs côtés, **Olivier Real**, **Marco Vannotti** et **Marie-Odile Goubier-Boula** approfondissent leur réflexion épistémologique autour de la réalité dite « psychosomatique » et cherchent à répondre à la question de savoir comment fonctionne cette unité que constitue l'être vivant. Ils proposent un modèle qui intègre les travaux issus de science cognitive soulignant l'importance de schémas sensori-moteurs développés, à partir de « programmes phylogénétiques », dans le contexte familial. Ceux-ci sont à la base du « langage du corps » ou, comme les auteurs le formulent, des « savoir-faire sensori-moteurs » auxquels un sujet fera recours suivant les difficultés qu'il a à surmonter. Ainsi, la problématique psychosomatique se situe-t-elle aux interfaces de la phylogenèse, de la psychogenèse et de la sociogenèse et nécessite pour son abord une coopération interdisciplinaire.

A partir des observations et réflexions faites au cours de sa collaboration au sein d'une unité de fécondation *in vitro*, **Luc Roegiers** aborde le problème du couple infertile sous deux aspects jusqu'ici peu explorés. D'abord sous l'angle du couple. Quel est le devenir de ces femmes et ces hommes, douloureusement marqués par leur histoire d'infertilité qui un jour ont décidé de recourir à la procréation assistée. Quel est le devenir de cette organisation instable constituée de parents potentiels et d'un enfant « fantôme » et « fantasmé » ? Comment peuvent-ils vivre les deuils inévitables alors qu'ils demandent en même temps à la médecine de leur

fournir l'espoir souvent illusoire d'une réparation? Sous l'angle de l'enfant ensuite, de sa place par rapport au «fantôme idéal» conforté et choyé par le couple tout au long de ce difficile et souvent long parcours. Se référant à Y. Boszormenyi-Nagy, notamment à son concept d'éthique relationnelle. **L. Roegiers** accorde une place importante à l'aspect préventif lors de ses interventions auprès des couples demandeurs.

«Une ample légende étalée sur le temps et l'espace...» va servir de trame à **Carmen Vieytes-Schmitt** pour inscrire les différentes conceptions et approches du couple et de son travail thérapeutique tel qu'il a évolué au fil du temps. «Le couple est une multitude de systèmes. Il y a le système social, parental, familial, la diade. Il y a aussi le système d'image, le système mythique et le système poétique» dira l'Euripide de cette fiction, «et la thérapie c'est ton art, et le leur».

En quelques pages sobres et claires, **André Chemin, Annick Caron et Annie Joly** retracent quinze ans de travail d'une équipe d'A.E.M.O. L'introduction de la référence systémique a permis une révision féconde de la compréhension des problèmes sociaux. Elle débouche d'abord sur une redéfinition du contexte de leur travail, des problèmes posés et des relations qui se développent avec les familles sous mandat, puis sur l'élaboration d'un modèle d'intervention systémique. Donnée importante, une évaluation de l'utilité de ce mode d'intervention fait actuellement l'objet d'une recherche catamnastique dont les auteurs nous livrent les premiers éléments.

Marie-Claude Vaucher-Panas et Catherine Guitton-Cohen Adad s'interrogent sur les répétitions de génération en génération de placements successifs d'enfants. Cette réflexion les conduira à une analyse critique serrée et salutaire de la mythologie qui sous-tend l'action des services d'Aide Sociale à l'Enfance et des services de protection de l'enfant en général, mythologie qui favorise les ruptures familiales, celles de liens et de généalogie avec comme résultat le retour à l'A.S.E. des enfants de la seconde génération.

Quel est le devenir des enfants victimes d'inceste? **Mary Erard et Géraldine Molliens** relatent le travail de l'équipe du Service d'intervention et de consultation familiale créé voici quatre ans, service dont la mission est le suivi des familles maltraitantes et incestueuses. Les auteurs décrivent plus particulièrement leur mode de travail ainsi que les types et les niveaux de leurs interventions auprès des familles incestueuses. Il s'agit d'un travail difficile et prenant, lourd de potentiel de crise pour l'intervenant.

D.M.

LANGAGE DU CORPS ET LANGAGE DE LA THÉRAPIE: LA «SCULPTURE DU FUTUR» COMME MÉTHODE D'INTERVENTION SYSTÉMIQUE DANS LES SITUATIONS PSYCHOSOMATIQUES

Luigi ONNIS*

Résumé: *Langage du corps et langage de la thérapie: La «sculpture du futur» comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques.* — Dans cet article, l'auteur présente une méthode d'intervention thérapeutique dans les familles avec problèmes psychosomatiques, méthode qui est basée sur l'utilisation des sculptures du «présent» et du «futur». A chaque membre de la famille, on demande de représenter la famille comme «elle est» dans le présent et comme il imagine qu'«elle va être» dans le futur. L'élaboration de cette méthode est le résultat d'une large recherche sur différents troubles psychosomatiques. Tout d'abord, l'auteur explique les raisons de ce choix, qui sont surtout deux:

- l'opportunité d'utiliser un langage thérapeutique qui soit similaire au langage non-verbal du symptôme psychosomatique, dans l'hypothèse que l'expression des émotions devient possible à travers des canaux analogiques de communication (révision systémique du concept d'«alexithymie»);
- l'utilité de réintroduire une dimension temporelle (l'exploration du «présent» et du «futur»), dans des systèmes qui semblent avoir perdu leurs potentialités évolutives dans une sorte d'«arrêt du temps».

L'utilisation des sculptures permet de mettre en évidence les «mythes d'unité» et les «fantasmes de rupture» qui bloquent les processus de séparation et d'individuation ou les rendent menaçants. Pour cette raison, cette méthode permet de restituer au symptôme somatique une signification métaphorique spécifique qui se réfère aux métaphores représentées dans les sculptures familiales. Un cas clinique est après exposé: c'est le cas d'un enfant avec asthme chronique, dans lequel l'utilisation des sculptures, tout en permettant l'émergence de ces scénarios, a rendu possible une évolution positive de la thérapie. L'importance de la reconstruction de l'histoire trigénérationnelle des familles est aussi soulignée: une histoire qui présente bien souvent des expériences traumatiques précoces de perte, de séparation, d'abandon. La structure du processus thérapeutique est organisée en trois phases, dont le travail avec les sculptures du présent et du futur occupe la phase centrale. Dans la phase conclusive de cet article, l'auteur met finalement en évidence le significat épistémologique du travail thérapeutique avec les sculptures, une méthode qui permet d'intéresser et de mettre circulairement en corrélation une multiplicité de niveaux systémiques; il engage, en effet, tant les singularités des individus que les caractéristiques systémiques des familles, et induit le thérapeute à être continuellement co-participant à la construction de la réalité thérapeutique.

* Institut de Psychiatrie de l'Université de Rome. Centre d'Etudes de Thérapie Familiale et Relationnelle, Via Faloppio 2, Rome.

Summary: *Language of the body and language of the therapy: «The sculpture of the future» as a systemic intervention method on psychosomatic situations.* — In this article the author presents a method of therapeutic intervention in families with psychosomatic disorders based on the use of family sculptures of the «present» and «future». Each family member is requested to represent the family as it «is» at present and how they imagine it «will be» in future. The definition of this method is the result of extensive research on various psychosomatic disorders. First the theoretical reasons for this choice, are discussed; they are principally two:

- the opportunity of utilizing a therapeutic language which was similar to the non-verbal language of the psychosomatic symptom in the hypothesis that emotional expression would become possible in these families through analogical channels of communication (systemic revision of the concept of «alexithymia»);
- the usefulness of reinserting a temporal dimension (exploration of «present» and «future») in family systems which seem to have lost their evolutionary potential in a sort of «time lock».

The use of sculptures emphasizes those «myths of unity» and «phantoms of break-up» which impede the processes of separation and individualization or render them threatening. Furthermore, this method attributes a «specific» metaphorical significance to the physical symptom which is comparable to the metaphors represented in the sculptures. One clinical case is discussed: a case of a child with chronic asthma. The use of sculptures in this case revealed the underlying problems making positive therapeutic intervention possible.

The importance of the reconstruction of three generations of family history is also emphasized as this history is often characterized by traumatic and precocious experience of death, separation and abandon. The structure of the therapeutic process is organized in three phases, the second of which is dedicated to the sculptures of present and future. In conclusion the authors point out the epistemological significance of therapeutic intervention with sculptures, a method which enables the therapist to deal with and circularly correlate multiple systemic levels. This method involves both the individual's and family's characteristics and leads the therapist to active co-participation in the construction of the therapeutic reality.

Mots-clés: Thérapie familiale — Langage analogique — Alexithymie — Sculpture du présent et du futur — Mythe d'unité — Fantasme de rupture — Histoire trigénérationnelle — Epistémologie systémique.

Key words: Family therapy — Analogical language — Alexithymia — Sculptures of the present and the future — Myths of unity — Phantoms of break-up — Trigenerational history — Systemic epistemology.

1. Introduction

Dans le domaine de la thérapie systémique, comme j'ai déjà eu l'occasion de le souligner (Onnis, 1989), on trouve une tendance fort répandue aujourd'hui: celle de considérer le système comme une «réalité complexe», une multiplicité articulée de niveaux systémiques, où les spécificités individuelles et les caractéristiques familiales, les dynamiques interactives de l'«ici et maintenant» et les aspects évolutifs du système dans son histoire, ne sont pas en opposition. Au contraire, ces niveaux doivent être réciproquement «interconnectés».

En outre, quand on parle de système, en particulier dans le travail thérapeutique, on ne se réfère plus à une réalité qui serait «l'objet» de la description du thérapeute, mais à une réalité qui inclut le thérapeute lui-même dans sa «subjectivité». Au cours du processus thérapeutique, elle est par conséquent continuellement et conjointement «co-construite».

Le profond renouveau théorique qui touche le domaine systémique a inévitablement des répercussions sur la pratique. C'est ainsi qu'à des modalités de type prescriptif ou directif, centrées encore sur la «neutralité» du thérapeute, on est enclin à substituer un travail thérapeutique dont le support est plus proche de la conversation ou du dialogue, et qui laisse plus de place à la libre interaction créative entre système et thérapeute (cf. Andersen, 1987; Cecchin, 1987; Onnis, 1987a, 1990). Le choix fréquent de la communication analogique en thérapie fait partie de ces orientations (Caillé, 1985; Andrey, 1987; Caillé et Rey, 1988). Le langage analogique est moins défini, mais il paraît plus riche de significations possibles; il réussit mieux que le langage digital, à stimuler la créativité du système et du thérapeute d'une part et, il permet, d'autre part, d'explorer les niveaux émotionnels plus profonds et moins manifestes.

Dans cet article, je présente un modèle d'intervention, dans lequel le langage analogique s'exprimera sous la forme de «sculpture familiale» et, en particulier, de «sculpture du futur» où l'introduction de la dimension diachronique du temps s'associera à la métaphore spatiale propre à la sculpture.

Le choix de cette méthode d'intervention se justifie non seulement par des exigences épistémologiques — j'y reviendrai de façon plus approfondie dans la deuxième partie de mon article — mais aussi par la spécificité des situations où nous avons commencé à l'expérimenter. Il s'agit des situations psychosomatiques où le malaise, en se manifestant à travers le corps, s'exprime sous une forme analogique.

Notre recherche est partie de là; nous nous sommes demandés si, dans de tels cas, il ne serait pas plus utile et efficace d'avoir recours à un langage thérapeutique de type homogène par rapport au langage du symptôme.

2. Révision systémique du concept d'«alexithymie»

Lorsqu'on aborde les troubles psychosomatiques, le problème prioritaire concerne le langage du symptôme. A partir de Freud (1894, 1901) et tout au long des différents courants de la psychosomatique psychanalytique, les auteurs ont beaucoup discuté des raisons pour lesquelles le malaise se manifeste en passant par la voie somatique, et pour lesquelles le symptôme choisit le «langage du corps». On s'est demandé en particulier, si on ne pouvait pas lier les formes d'expression non verbales et analogiques de la souffrance à une difficulté ou à une impossibilité de verbaliser certains vécus émotionnels. Cette hypothèse est devenue traditionnelle parmi les auteurs à orientation psychodynamique; ils s'y réfèrent pour expliquer certaines manifestations psychosomatiques en la désignant par le terme d'«alexithymie» (Sifneos, 1975), dont le sens étymologique est «manque de paroles pour exprimer les émotions». Ce concept est lié à celui de «pensée opératoire» qui lui est antérieur; par ce vocable, les auteurs de l'école française (Marty, De M'Uzan et David, 1966) ont voulu désigner un type de pensée utilitaire et concrète qui caractérise les patients psychosomatiques et la pauvreté apparente de leur vie fantasmatique et de leur expression émotionnelle.

A cette altération structurelle du patient, un collaborateur de Sifneos (Nemiah, 1973) essaya de donner une explication neurophysiologique, en supposant l'existence d'une lésion des connexions entre le système limbique et le néocortex.

Toutes ces recherches sont caractérisées par l'observation du patient uniquement; le lieu de la pathologie demeure donc toujours l'individu.

Cependant, les résultats de nos études permettent une révision dans le sens systémique, de ce concept (Onnis et Di Gennaro, 1987). En effet, si on observe le patient à l'intérieur d'un contexte plus large, tel que le système familial, on peut remarquer que la contrainte du fonctionnement émotionnel attribué au patient est bien plus une «qualité» du système qu'une caractéristique de sa personnalité: c'est l'expression phénoménologique la plus évidente au niveau du membre symptomatique, des modalités d'interaction et des mythes qui dirigent de façon rigide les communications systémiques et auxquels le patient est «obligé» de se conformer.

Nos recherches sur la structure et sur la dynamique des familles présentant un patient psychosomatique (Onnis et coll., 1985; Onnis, 1985; Onnis et coll., 1986; Onnis, 1988a) ont mis clairement en évidence que l'une de leurs dysfonctions les plus typiques est la tendance à éviter d'explicitier les conflits et les tensions émotionnelles.

On peut alors comprendre et vérifier à quel point la difficulté de «verbaliser les vécus affectifs», loin d'être la conséquence d'une «absence» de vie fantasmatique et émotionnelle, découle plutôt du fait que les émotions sont soigneusement filtrées, de façon à éviter les tensions et les conflits, afin de conserver une «pseudo-harmonie» au sein du système familial. Le patient, comme tous les autres membres du système familial, coopère dans ce but.

Par ailleurs, si on évalue non seulement les communications verbales mais aussi les communications non verbales et analogiques au sein du contexte familial, on n'observe pas une «absence de vie émotionnelle et affective», mais bien une sélection d'expressions émotionnelles, ayant pour but de protéger l'unité familiale.

Il paraît alors possible d'affirmer que le langage du symptôme n'est pas seulement le langage du corps du patient, mais celui de tout le «corps familial». C'est justement à partir de ces considérations que nous avons commencé à élaborer un modèle de travail thérapeutique dont j'essaierai ici de décrire les aspects essentiels.

3. Modèle expérimental de thérapie sur les sculptures familiales

Il s'agit ici d'un modèle basé sur l'hypothèse que, dans un travail thérapeutique avec des familles qui présentent un malaise somatique, le recueil d'informations et l'intervention ne devraient pas avoir lieu exclusivement sur un mode verbal mais devraient plutôt se passer au niveau analogique.

On a donc essayé d'adopter un langage thérapeutique qui serait homogène par rapport au langage du symptôme; il pourrait ainsi s'adapter aux significations implicites et métaphoriques du langage du corps (qui est aussi le langage «officiel» de ces familles), en utilisant, à son tour, les métaphores corporelles et spatiales.

Un de nos objectifs était aussi d'explorer, à l'aide de cette homogénéisation des langages sur le plan du «non-dit», ce que la famille ne dévoile pas habituelle-

ment: l'*image mythique* partagée par ses membres, l'image que le système a de lui-même (Caillé, 1985).

Nous avons donc commencé à expérimenter la *sculpture familiale*. Ce modèle fait l'objet d'une recherche encore en cours (Onnis et coll., 1988).

Il est indubitable que les données obtenues jusqu'à présent sont extrêmement réconfortantes en ce qui concerne l'utilité de la méthode, et compte tenu de la richesse des informations qu'elle permet de recueillir et les perspectives d'intervention qu'elle ouvre.

Les «sculptures» furent introduites en thérapie familiale par F. et B. Duhl, D. Kantor (1973), et par P. Papp (1976); il s'agit de demander à la famille de donner une représentation spatiale de sa propre image d'elle-même, à travers la disposition des corps dans un espace, le modelage des physionomies et des postures, le jeu des rapprochements et des distances, et la direction des regards. Nous sommes donc ici devant une représentation vraiment analogique et non-verbale, qui sera suivie d'un commentaire de chacun sur ses vécus propres, une fois la sculpture terminée. Nous avons apporté des variations au modèle initial proposé par P. Papp.

Nous demandons à chaque membre de la famille de faire deux sculptures: la première représente la famille, telle que le «sculpteur» la voit au *présent*; dans la seconde, par contre, il indique comment il l'imagine dans le *futur*, par exemple dans dix ans.

C'est là que nous introduisons une variation importante par rapport à la méthode de P. Papp: elle propose, au travers de la seconde sculpture, une représentation du désir de «changement» en demandant de montrer comment chacun «voudrait» que la famille soit. Au contraire, nous observons fréquemment que la deuxième sculpture, même si elle est projetée dans le futur, *n'est pas*, dans les cas psychosomatiques, une *représentation de changement*; elle exprime plutôt une *résistance* ou une *peur* (bien plus qu'un désir) de changement. Dans certains cas, lesquels correspondent à des situations psychosomatiques plus classiques comme l'asthme, les interactions, les rôles et les rapports réciproques demeurent inchangés: tout se passe comme si la capacité évolutive de ces familles, ou plutôt leur capacité de «se voir» en évolution, était bloquée. Dans d'autres situations, la tentative de représenter une scène avec un développement plus dynamique, s'accompagne néanmoins de fortes craintes du changement, comme si une évolution éventuelle de la famille était plutôt perçue comme une menace que comme une expérience de maturation collective. Mais, c'est justement là, à travers ces représentations métaphoriques, que les émotions s'expriment alors d'une façon implicite, analogique: ce sont des peurs de toute transformation qui éloigne de la stabilité douloureuse mais rassurante du statu-quo, la crainte que l'individuation de ses membres puisse désagréger l'unité familiale, des fantasmes de conflits menaçants et insolubles lorsque les enfants, devenus adultes, «quittent» et confrontent leurs parents au «face à face» sans plus de médiation.

Les sculptures font donc ressortir les *mythes* et les *fantasmes* courants dans ce type de famille: mythes d'«unité familiale», en tant que bien suprême à défendre à tout prix, «fantasmes de rupture» sous une forme spéculaire, à la base du fait que tout processus d'autonomie déchaîne des peurs de désagrégation et de fin.

Voici la présentation succincte d'un cas clinique, destinée à illustrer ces concepts.

4. Exemple clinique: le cas de Gianni

Gianni est le premier-né d'une famille composée de quatre membres: le père est un ouvrier de 45 ans; la mère, âgée d'une quarantaine d'années, est ménagère et fait quelquefois des travaux de couture à domicile; Gianni, 10 ans, fréquente le cours moyen 2; Tiziana, 7 ans, est au cours élémentaire 1.

Gianni nous est envoyé par un service de pédiatrie qui nous le présente comme un des enfants asthmatiques le plus gravement atteint, parmi ceux qu'ils ont en traitement.

Ses crises débutèrent à l'âge de 4 ans et, malgré une pharmacologie et l'administration d'un vaccin (contre une allergie au pollen), l'enfant ne donna que des signes d'amélioration passagers. Les crises se sont répétées continuellement, au point que son asthme fut déclaré «intraitable».

Au moment de commencer la thérapie familiale, les crises étaient très fréquentes, presque quotidiennes, surtout la nuit; un des parents, la mère le plus souvent, devait se lever pour assister l'enfant.

Les données spirométriques laissent entendre qu'il s'agit d'un asthme grave.

Outre ce problème de santé, Gianni présente une agitation particulière: les parents n'arrivent à lui faire suivre aucune règle; à l'école, il est indiscipliné et son rendement scolaire est médiocre.

Il existe une analogie évidente entre l'«asthme intraitable» et son «comportement incontrôlable».

Lors des premières séances de thérapie, on travaille justement à partir de cette analogie, en tentant d'introduire une composante émotionnelle, et non exclusivement biologique, qui puisse justifier le symptôme asthmatique: «Toute l'agitation de Gianni ne peut pas ne pas se traduire en tension émotive influençant inévitablement l'apparition des crises.» On essaie donc de motiver les parents à unir leurs forces, «à créer un mur» pour contrôler Gianni, de telle sorte que cela puisse influencer bénéfiquement même les crises. «Si dans ce mur, il y a des fissures ou des ouvertures, Gianni sera tenté d'y souffler pour voir s'il arrive à faire s'écrouler le mur.» L'usage de cette métaphore a un double objectif: donner un sens non plus biologique, mais relationnel à la crise asthmatique, faire allusion à la faiblesse éventuelle de la mère qui se présente comme le géniteur conciliant et permissif, alors que le père prend des décisions fermes et autoritaires qu'il finit par ne pas maintenir à cause de sa position périphérique.

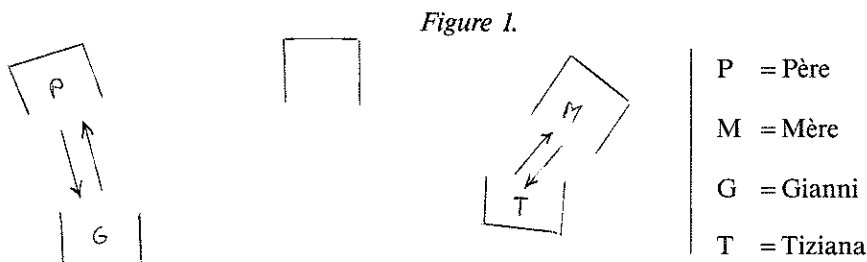
Dans ce contexte, nous posons l'hypothèse qu'il existe, entre Gianni et sa mère, un lien privilégié, servant de médiation à un conflit latent entre les parents.

Il y avait eu déjà quelques signes de ce conflit, couverts immédiatement, lors des tâches précédant la thérapie (en l'absence de l'interviewer), dont il n'a plus été question par la suite.

Bien que les parents aient réussi, en majorant la présence du père, à mieux contrôler, et bien que, parallèlement, on ait commencé à remarquer une diminution de la fréquence des crises nocturnes, il nous semblait nécessaire d'accéder à un nouveau champ d'information pour continuer le travail thérapeutique avec une efficacité majeure. C'est pour cette raison qu'on décida de proposer les «sculptures».

Je ne décrirai ici que les deux sculptures exécutées par Gianni, le patient identifié. Elles sont particulièrement significatives et elles nous permettent de montrer comment elles ont pu nous fournir une « clé » utile à la poursuite du travail thérapeutique.

A. Sculpture du présent



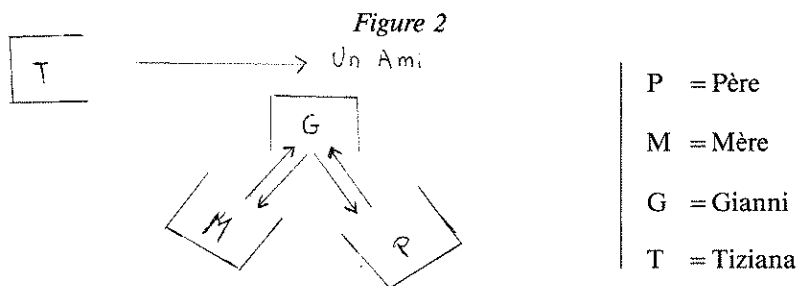
Après quelques hésitations, Gianni laisse une chaise *vide* entre ses parents, alors qu'il fait mettre sa sœur, Tiziana, devant sa mère, en leur demandant à toutes deux, de se regarder l'une l'autre; il se place lui-même devant les autres membres de la famille, comme dans une position de contrôle, en particulier devant le père, en précisant: « Lui, il doit me regarder! »

Puis, après l'exécution de la sculpture, il court rapidement s'asseoir sur la chaise vide entre ses parents.

En réalité, c'est comme si, dans cette sculpture, un secret était révélé: il existe un vide entre le père et la mère. Le fait que Gianni, immédiatement après la sculpture, essaie de cacher à nouveau ce secret, en allant occuper (et « occuper ») ce vide, est un geste très significatif et très tendre aussi. Mais à travers cette métaphore analogique qu'est la représentation de la sculpture familiale, Gianni envoie au thérapeute un *message implicite* très évident: « Il y a une distance entre papa et maman et c'est moi qui dois m'occuper d'attirer le regard de papa, et de contrôler qu'il reste là; mais je suis plus sûr qu'aucun des deux ne s'éloigne, si je reste entre eux. »

B. Sculpture du futur

On demande à Gianni de représenter la famille comme il imagine qu'elle sera dans 10 ans.



Gianni place sa sœur à une certaine distance de la famille, dans l'attitude de quelqu'un qui regarde vers l'extérieur, «vers un ami» dit-il. Puis il se met exactement devant ses parents et bien que l'âge soit supposé être celui d'un adolescent ou d'un jeune adulte, il s'installe entre eux, au centre de leur attention et de leurs regards, en disant: «Ils me regardent!» Quand le thérapeute lui demande: «Et toi, où regardes-tu?», Gianni répond sur le moment: «Je regarde le miroir» (et il indique le miroir unidirectionnel). Mais le père et la mère lui répondent: «A la maison nous n'avons pas un miroir comme ça!» Alors Gianni se corrige et, tourné vers ses parents, il dit: «Je regarde vers eux! Eux ils me regardent et moi je les regarde, comme trois colonnes.» Ensuite, pendant le silence qui accompagne l'exécution de la sculpture, Gianni commence à tousser, comme s'il devait avoir une crise asthmatique.

Avec cette nouvelle représentation métaphorique de la situation familiale imaginée dans le futur, Gianni nous envoie un message implicite d'extrême importance: «Je ne peux pas laisser mes parents seuls. Tiziana pourra peut-être regarder dehors, avoir sa vie, mais moi, je dois rester ici. Je voudrais me regarder, réfléchir sur moi-même (le désir de regarder le miroir) mais je ne peux pas. Si nous ne sommes plus trois colonnes, tout peut s'écrouler.»

C'est une espèce d'éternel triangle que Gianni représente: tout y est absolument immobile et la dimension du temps semble perdue.

La représentation de la famille fournie par les sculptures, a déchiré un voile: sous nos yeux nous avons vu apparaître le *mythe* de l'unité familiale à n'importe quel prix, et de façon spéculaire, le *fantasme* de la rupture et de la désagrégation si les tensions conflictuelles deviennent explicites.

Gianni ne peut verbaliser ni le mythe, ni le fantasme, mais il les représente de façon métaphorique. Sa loyauté envers le mythe familial (ces «loyautés invisibles» dont ont parlé Boszormenyi-Nagy, 1973c, Stierlin, 1978) l'empêche d'imaginer la possibilité de se détacher de la famille, car si une colonne manque, tout risque de s'écrouler. Mais le poids qu'il doit supporter est bien lourd pour un enfant et peut l'étouffer, lui couper la respiration.

C'est justement à partir de ces messages implicites envoyés par Gianni, par l'intermédiaire de sa sculpture que, au cours de la séance suivante, nous construisons une nouvelle définition, qui ouvrira de nouvelles voies au travail thérapeutique:

«Les sculptures que vous avez faites nous ont été très utiles et nous ont permis de mieux comprendre ce qui est en train d'arriver dans votre famille. Nous avons été frappés en particulier par la façon dont Gianni se voit, dans son avenir. Tiziana peut se permettre d'avoir un ami et de commencer à chercher sa voie, même en dehors de la famille. *Mais Gianni ne peut pas!* Gianni doit rester près de ses parents, pour soutenir la famille: 'Nous sommes trois colonnes', a-t-il dit.

Maintenant, nous avons compris combien l'effort que Gianni est en train de fournir est grand, combien le poids qu'il est en train de porter est lourd pour lui, c'est un poids excessif pour un enfant, un poids qui peut l'étouffer, lui faire man-

quer d'air, lui couper le souffle. Mais il nous reste un point obscur: pourquoi Gianni s'est-il mis en tête que les parents ne peuvent pas, *tout seuls*, porter ce poids et s'organiser entre eux pour le supporter.

Nous pensons qu'il existe une autre possibilité: que les parents réussissent à rassurer Gianni en lui prouvant qu'ils ont cette capacité. Peut-être alors, Gianni pourra-t-il retrouver un meilleur souffle, recommencer à se regarder et à chercher son propre chemin.»

Comme on peut le remarquer, la redéfinition a un aspect paradoxal qui est la *connotation positive* du symptôme (ce que Gianni est en train de faire généreusement pour aider sa famille). Mais, à la différence des interventions paradoxales classiques, elle ne se conclut pas par une prescription du symptôme, mais par l'ouverture d'une alternative (en effet, nous avons désigné cette intervention, utile surtout dans les situations de crise psychosomatique ou psychotique, par les termes de stratégie de la «*double alternative*» (Cancrini, 1987; Onnis, 1987a, 1989). La famille est mise devant une double possibilité: poursuivre le chemin parcouru jusqu'alors, qui mène au symptôme connoté positivement, ou s'engager dans la voie du changement; c'est à la famille de faire le choix.

Dans le cas de la thérapie de Gianni, la famille va implicitement choisir la seconde alternative. Touchés dans la tonalité émotionnelle dominante de la famille (le sentiment d'unité familiale), les parents révèlent, déjà à la séance suivante, une cohésion nouvelle et particulière, en insistant sur la nécessité de «rassurer» Gianni.

Les améliorations des relations entre les parents se répercutent positivement au sein du couple conjugal. Ce dernier est abordé d'abord d'une façon implicite, mais ensuite, presque spontanément, il s'ouvre à l'explicitation des problèmes et des tensions; la phase finale de la thérapie consistera en des séances réservées au couple. Il nous est impossible de donner ici les détails de cette partie du travail thérapeutique. On peut cependant ajouter ici, qu'au fur et à mesure que le climat émotionnel entre les parents se détend, que les craintes de rupture s'atténuent et que l'explicitation des conflits et leurs résolutions deviennent possibles, les symptômes de Gianni commencent à s'améliorer eux aussi d'une façon surprenante: les crises d'asthme sont moins fréquentes (on passe d'une crise quotidienne à une seule durant les deux derniers mois de thérapie), les données spirométriques ont tendance à se normaliser, le comportement est beaucoup moins agité et le rendement scolaire devient plus satisfaisant. Un an après la fin de la thérapie, un premier follow-up indique que l'amélioration continue.

5. Et le passé? L'importance de l'histoire

L'exploration à travers les sculptures du présent et du futur, des dynamiques évolutives de la famille, des retards du «cycle vital», des difficultés de prévision future ne nous font pas négliger pour autant l'importance et l'influence du passé.

Ici, en effet, une question implicite se pose: comment s'organisent les «mythes d'unité» qui semblent constituer le ciment profond de la famille, d'où proviennent les «fantasmes de rupture» et les peurs de désagrégation familiale qui apparaissent

en priorité dans les vécus individuels tout en constituant le tissu émotif qui les tient unis?

Il est certain que les mythes et les fantasmes s'organisent et apparaissent au cours d'une histoire, tout au long d'un parcours temporel suivi par les membres de la famille, en partie ensemble, en partie individuellement, au sein d'un réseau complexe d'enchevêtrements et d'influences réciproques. Cette histoire renvoie souvent à la famille d'origine des parents et rend nécessaire une enquête sur trois générations.

Nous avons été frappés par la fréquence avec laquelle le passé de ces familles (et ce qui est livré par la description des rapports des parents avec leurs familles respectives) contient des événements traumatiques tels que des deuils précoces non élaborés, des séparations prématurées, des maladies graves ou des abandons. En un mot, le thème de la «perte» semble souvent dominer ces histoires et s'associer à des vécus émotionnels profonds d'angoisse de séparation.

Nous nous sommes alors demandé si les «mythes d'unité à tout prix» souvent présents dans ces familles, n'émergeaient pas comme des constructions défensives communes, dont la fonction serait la protection, face à des peurs de pertes et des angoisses de séparation. Ceci n'est qu'une hypothèse que nous devons encore approfondir. Mais elle nous stimule à connaître l'histoire de ces familles de façon plus systématique. Peut-être pourrait-on encore utiliser ici un instrument de type analogique: une «sculpture du passé» (Chasin et coll., 1989).

6. La structure de la thérapie

a) Quand peut-on proposer les sculptures familiales?

Contrairement à ce qui a été décrit par d'autres auteurs (Caillé, 1985; Chasin et coll., 1989) qui utilisent leur modèle de sculptures familiales dès le début de la thérapie, nous estimons, en fonction de notre expérience, que cela n'est souvent pas possible avec des familles présentant des problèmes psychosomatiques. Dans ce cas en effet, ce qui domine inévitablement au début, c'est l'inquiétude pour un trouble d'une évidence aussi claire que le trouble psychosomatique, la méfiance à l'égard d'une thérapie dont on ne comprend pas encore le sens (même si des années de collaboration permettent désormais d'excellents transferts de cas de la part des pédiatres et des spécialistes de médecine interne); c'est donc parfois à une attitude défensive, masquée sous un vernis de cordialité et de disponibilité apparentes, qu'ont été confrontés.

La phase initiale de la thérapie est donc nécessairement destinée à la construction d'une alliance thérapeutique, à la création d'un climat de collaboration et de confiance où la famille peut progressivement s'ouvrir à la possibilité de parler d'elle-même. Le psychothérapeute doit savoir respecter ce temps; habituellement, nous consacrons la phase initiale de la thérapie à recueillir des informations sur le problème et sur l'histoire de la famille, en nous abstenant d'intervenir de façon trop tranchante par une redéfinition; nous nous limitons éventuellement à de petits mouvements structuraux pour gérer le problème, ou à des corrélations qui permet-

tent d'introduire des composantes émotionnelles dans la vision du problème. C'est seulement vers la quatrième ou la cinquième séance que seront proposées les sculptures familiales; en général, à ce moment-là, il s'est créé une atmosphère de disponibilité entre la famille et le thérapeute. Les sculptures, en effet, exigent de la famille un engagement d'une grande intensité émotionnelle qu'elle ne saurait supporter lors de phases prématurées. Habituellement, surtout si la famille est fort nombreuse, nous consacrons deux séances à l'exécution des sculptures, l'une à celles du «présent», l'autre à celles du «futur». A la fin de chacune d'elles, la famille repart sans aucun commentaire particulier, si ce n'est une phrase brève, du genre: «Nous pensons que vous vous êtes dit beaucoup de choses, les uns aux autres; nous estimons n'avoir pas à en ajouter d'autres.» C'est seulement après ces séances consacrées aux sculptures, lorsque la famille a pu élaborer et sédimenter la richesse des messages échangés (sans nécessité d'en «parler»), que le thérapeute reprend le matériel ressortant des sculpteurs, et, en le «re-composant», élabore une redéfinition du problème.

b) La redéfinition du symptôme comme métaphore «spécifique» de la famille

L'objectif de toute redéfinition systémique du symptôme est d'en dilater le sens, de façon à le mettre en relation avec un malaise familial plus global et à offrir à la famille une autre vision de la réalité. Pour que ceci soit possible dans le cas du symptôme somatique, il est nécessaire de saisir son sens symbolique et de l'amplifier en même temps, afin qu'il devienne une *métaphore* du problème familial.

Le matériel qui apparaît dans les sculptures est donc précieux, puisqu'elles sont une forme d'expression métaphorique; les commentaires des différents sculpteurs pendant leur prestation, sont également fort utiles. Dans notre expérience, la redéfinition est plus efficace si elle arrive à saisir le lien *spécifique* entre la «qualité du symptôme» (laquelle doit toujours être mentionnée) et la métaphore du problème familial suggéré par les sculptures.

Ainsi, dans le cas présenté ici, l'asthme de Gianni sera redéfini comme «la respiration coupée d'un enfant qui, s'il pense devoir faire la troisième colonne, supporte une lourde charge».

Dans un cas grave d'alopecie totale que nous avons suivi récemment (Onnis et Chouhy, 1990), la perte des cheveux d'une fillette, sur base des indications provenant de la sculpture, est redéfinie comme une «tentative impossible d'être, à la fois, un nouveau-né et une vieille grand-mère, dans une famille qu'elle pense devoir protéger».

Le matériel fourni par les sculptures sera donc réorganisé (comme les pièces d'une mosaïque, peuvent être placées différemment) et relié au symptôme de façon à lui donner le sens d'une métaphore familiale spécifique.

c) La phase finale de la thérapie

D'après ce qu'il ressort des exemples cités, la phase de la conclusion de la thérapie est consacrée à un travail sur les différents sous-systèmes familiaux; en particulier, lorsque le patient désigné est un enfant ou un adolescent, la thérapie se focalisera sur le sous-système parental.

Il n'est certainement pas possible d'entrer directement dans le vif du conflit conjugal si la tendance à l'évitement des tensions constitue l'une des caractéristiques spécifiques de la famille. En suivant la tonalité émotionnelle prédominante (celle de l'unité et du bien-être respectif), on travaille avec les parents afin qu'ils réalisent une meilleure cohésion face aux enfants. Mais parallèlement, la relation de couple se transforme elle aussi. Nous avons vérifié que ceci peut même arriver dans le cas où les problèmes conjugaux demeurent totalement implicites (il est probable que l'atmosphère émotionnelle intense, vécue par le couple au cours des sculptures, ait une influence ici).

Dans d'autres cas, comme dans notre exemple, les époux réussissent à expliciter les éléments de leur propre conflit, ce qui les achemine vers des possibilités de résolution plus mûre.

Même si nous préférons ne pas donner une structure rigide au procédé thérapeutique (nous faisons toujours passer les finalités cliniques avant celles du standard de recherche), nous pouvons tout de même repérer trois phases dans notre modèle thérapeutique :

- Une phase initiale, où s'établit une relation thérapeutique et où sont recueillies des informations sur le symptôme et sur l'histoire de la famille.
- Une phase centrale où l'on propose les sculptures du présent et du futur, et où l'on construit avec la famille, à partir du matériel qu'elle a présenté, une redéfinition métaphorique du symptôme.
- Une phase finale, où le travail est centré sur le sous-système parental, et permet d'affronter, lorsque c'est possible, le problème du couple.

7. La signification épistémologique de la sculpture du «présent» et du «futur»

Comme on a pu le constater dans le cas de Gianni, l'utilisation des sculptures familiales du présent et du futur a représenté la clé de voûte du processus thérapeutique.

Sur l'efficacité de cette méthode, nous n'avons encore que des données partielles puisqu'elle fait l'objet d'une recherche encore en cours. Nombreux sont les aspects qui méritent d'être plus approfondis, comme par exemple :

- L'utilité de la sculpture, non seulement comme instrument permettant de recueillir des informations, mais aussi comme intervention thérapeutique au sens stricte, donnant à la famille, dans un jeu d'images qui se suivent, la possibilité de «se voir».
- La valeur pronostique de la sculpture en ce qui concerne les développements futurs du travail thérapeutique.
- La signification particulière que prennent, parmi celles des autres membres de la famille, les sculptures du patient ; le plus souvent, elles expriment des tendances à la stabilité homéostatique, mais en même temps, une exigence de change-

ment (ce qui correspond exactement à la double valence du symptôme). Pensons à la sculpture du futur de Gianni où apparaît, à côté de la rigidité de la situation, son besoin de pouvoir «regarder» vers un futur différent).

Je voudrais enfin aborder brièvement les significations de ce modèle de travail thérapeutique basé sur la sculpture, au niveau d'une réflexion épistémologique sur la thérapie familiale. Le renouvellement épistémologique actuel concerne surtout trois aspects (voir aussi Onnis, 1991):

- A. L'abandon des «modèles homéostatiques» centrés sur le concept de stabilité du système, en faveur des «modèles évolutifs» qui, eux, valorisent surtout la capacité d'évolution et de développement des systèmes eux-mêmes; dans ce domaine, il faut mettre l'accent sur l'importance des travaux de I. Prigogine (1972, 1977, 1979) et sur leurs applications à la thérapie familiale (M. Elkaïm et coll., 1981; M. Elkaïm, 1982).
- B. La chute du mythe du thérapeute en tant qu'observateur externe et neutre, en faveur d'une conception qui réintègre le thérapeute dans le système thérapeutique en le faisant «co-constructeur» de la réalité thérapeutique; cette conception se réfère à la «seconde cybernétique» (H. Von Foester, 1981), aux «systèmes auto-observants et auto-poïétiques» (H. Maturana et F. Varela, 1980), mais nous reconnaissons déjà, dans le concept de «psychiatrie réflexive» de G. Bateson (1972) un précurseur fondamental dans ce domaine.
- C. La rencontre avec l'optique interdisciplinaire de la complexité.

Il me semble que la méthode faisant comparer la sculpture du futur à celle du présent, a sa place parmi les tentatives de renouvellement des procédures thérapeutiques qui sont en train de se réaliser en syntonie avec les exigences épistémologiques précitées.

Examinons ces trois aspects d'une façon synthétique, quoique l'argument mérite d'être bien plus approfondi.

- a) Adhérer à un modèle thérapeutique de type «évolutif» implique la réintroduction de la dimension temporelle dans un système qui semble l'avoir perdue; on voit dans le symptôme non pas un renforcement pur et dur de l'homéostasie systémique, mais l'expression d'un besoin douloureux de changement dans le contexte d'une «histoire». De ce point de vue, en proposant au système d'explorer ou d'imaginer le futur, des interventions comme les «sculptures du futur» («future questioning» de P. Penn, 1985, ou le travail récent de Chasin et coll., 1989) mettent la famille dans une méta-position par rapport au problème; elles la stimulent à inventer de nouvelles solutions et des alternatives, et lui permettent de faire face à son propre potentiel évolutif.
- b) Venons-en maintenant au second aspect, celui du déclin de la neutralité et de l'extériorité du thérapeute: la rencontre thérapeutique devient une rencontre de deux descriptions réciproques — celle du thérapeute et celle du système — entre lesquelles intervient un échange d'informations continues. Elles contribuent ainsi toutes deux à «construire» la réalité thérapeutique qui débouchera sur des formes qui ne peuvent en aucune façon être prédéterminées. Comme nous

l'avons déjà mentionné précédemment, les attitudes thérapeutiques de type directif et manipulateur cèdent la place à des attitudes de dialogue. Même sous cet angle, la méthode de la « sculpture du futur » me paraît cohérente avec cette orientation et cet esprit. Le système est effectivement invité, par l'intermédiaire de la sculpture, à donner de lui-même une représentation libre et créative, dans la mesure où il n'existe aucune carte du futur préétablie. Mais, cette image du futur, se mettant en rapport avec un « méta-niveau », éclaire indirectement l'image du présent aussi, en l'enrichissant de nouvelles informations. La nouvelle description d'elle-même, faite par la famille, influence donc les hypothèses/descriptions du thérapeute, lequel, à son tour, injecte de nouvelles informations dans le système familial par un processus récursif qui acquiert les caractéristiques de la « co-construction ».

- c) Le troisième aspect, c'est-à-dire l'« optique de la complexité », met l'accent sur l'existence, dans toute réalité humaine, d'une multiplicité complexe de niveaux; bien que conservant leur autonomie, ceux-ci présentent des « inter-influences » circulaires, des points d'*intersection* Morin, 1977; Bocchi e Ceruti, 1985).

Alors que les modèles réductionnistes ont habituellement pris en considération ou privilégié un seul de ces niveaux, négligeant les autres, une perspective de la complexité tente, au contraire, de rétablir entre ces niveaux multiples des rapports de complémentarité et non d'oppositions antinomiques (L. Onnis, 1987b, 1988b); il n'est donc pas question ici de récupérer le sens holistique d'une « totalité » à laquelle on ne peut accéder, mais bien plutôt de toucher au sens de l'articulation complexe de la réalité humaine.

Comment notre travail avec les sculptures peut-il s'inscrire dans cette direction qui, loin d'être réductionniste, se veut respectueuse de cette complexité humaine? Il me semble que nous avons ici essayé d'affronter un certain nombre de niveaux:

- *Le niveau du corps.* — Le symptôme psychosomatique s'exprime à travers le corps. L'utilisation métaphorique du corps pendant les sculptures, nous fournit un renseignement: le symptôme peut aussi avoir une signification métaphorique compréhensible. Il acquiert en même temps que le corps un sens symbolique, au sens étymologique du terme grec « sunballein » qui signifie « réunir »: le corps « réunit en lui », il devient le terrain d'intersections encore une fois, de niveaux multiples, qui relie le corps à un contexte ou à une histoire.
- *Le niveau psycho-émotionnel de l'individu.* — De la manière tout à fait particulière dont il représente la famille dans ses *propres* sculptures, l'individu exprime sa propre spécificité et son identité dans sa singularité. C'est précisément dans cette vision singulière de la réalité (M. Elkaim, 1983; M. Selvini Palazzoli, 1988) que l'individu se propose comme « sujet » et qu'il exprime ses propres émotions et ses vécus subjectifs.
- *Le niveau familial des « mythes » partagés.* — C'est surtout dans les « sculptures du futur » que les représentations, les images, les fantaisies proposées par les différents membres de la famille, se construisent autour d'une « valeur » ou d'un « mythe » commun, au-delà de leurs singularités qui les différencient les

unes des autres. Il est typique mais surprenant de constater comment un jeu de résonances et d'échos s'établit entre les différentes sculptures, comme si une espèce de langage intrafamilial émotionnel, largement inconscient, le traversait. C'est justement là, à propos des intersections de niveaux, que l'«identité» individuelle se rencontre et se mesure avec l'«appartenance» systémique.

- *Le niveau thérapeutique.* — Comme il a déjà été dit, même si la position du thérapeute se différencie de celle de la famille, il est continuellement concerné par le processus thérapeutique: il reçoit et renvoie des informations, comme dans un jeu de miroir où la famille, non seulement peut se voir dans les représentations qu'elle donne d'elle-même sous la forme des sculptures, mais voit aussi sa propre image reflétée par le thérapeute et renvoie, à son tour, une image qui peut, à l'improviste, être neuve, différente à la fois de la «vieille» image, et de l'image «alternative» proposée par le thérapeute. C'est précisément au sein de ce jeu d'images reflétées circulairement que nous assistons, à partir de sculptures, à un véritable processus de «co-création» auquel participent le thérapeute et la famille.

6. Conclusions

Il nous semble donc que la méthode de sculpture du présent et du futur est un instrument de travail précieux pour la thérapie, tant pour son apport clinique que, de façon plus générale, pour le sens qu'elle prend dans une nouvelle épistémologie de la thérapie.

Elle fait encore l'objet de recherches et elle aura donc besoin, comme toute tentative expérimentale, de vérifications ultérieures et d'approfondissements. Nous sommes de toute façon conscients qu'elle gardera une valeur «partielle» comme tout modèle de travail thérapeutique, face à la complexité de la réalité humaine avec laquelle il doit se mesurer.

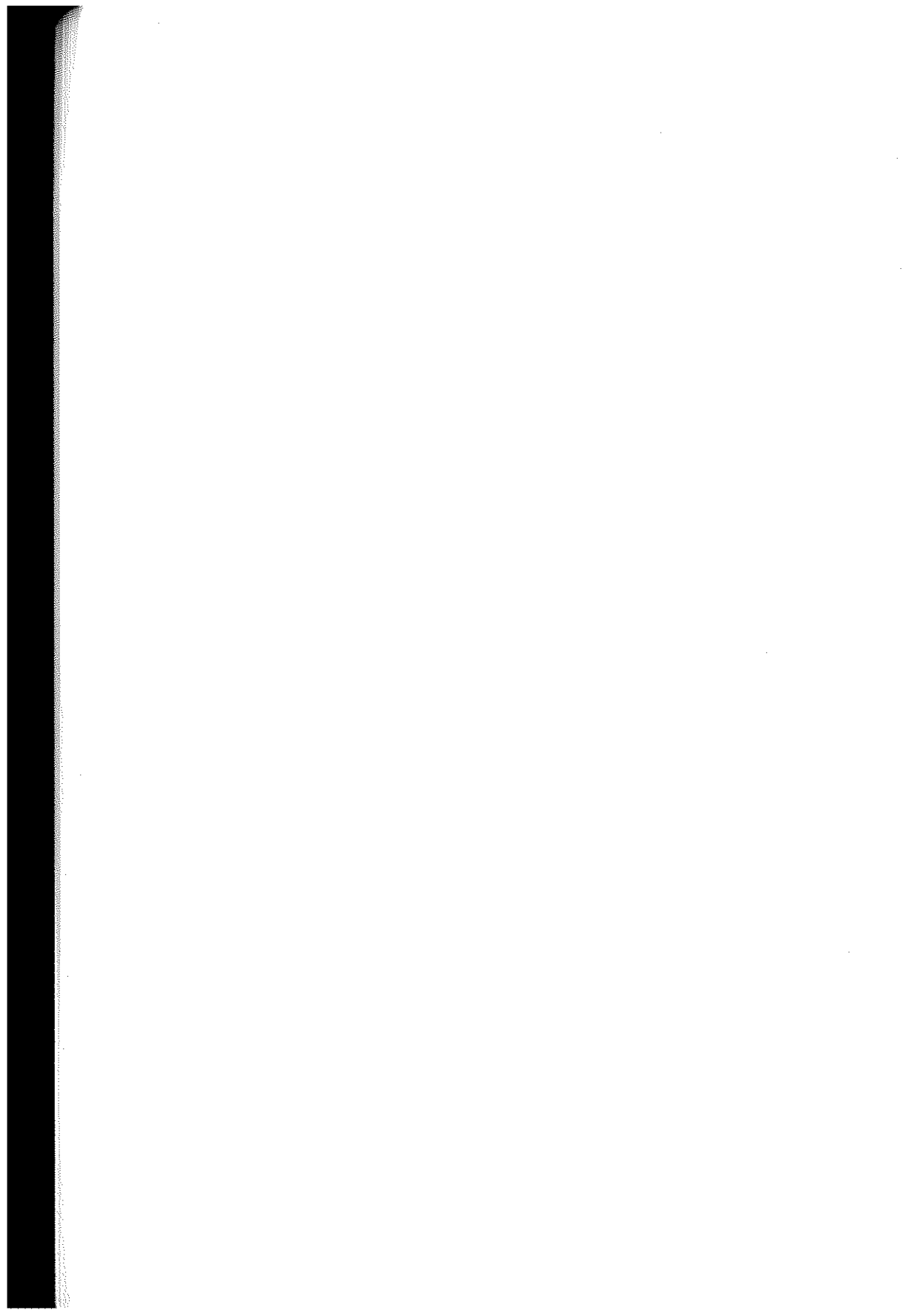
Luigi Onnis
Viale Ionio 389
I-00141 Roma

BIBLIOGRAPHIE

1. Andersen T.V. (1987): «The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work», *Family Process*, 26 (4), pp. 415-428.
2. Andrey B. (1987): «Un recadrage métaphorique: le conte de la famille», *Thérapie familiale*, 8 (1), pp. 77-97.
3. Bateson G. (1979): *Mind and Nature*, Dutton, New York.
4. Bateson G. and Ruesch F. (1968): *The social matrix of psychiatry*, Norton, New York
5. Bocchi G. e Ceruti M. (a cura di) (1985): *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
6. Boszormenyi-Nagi I. and Spark G. (1973): *Invisible loyalties*, Harper & Row Publ., New York.
7. Caillé P. (1985): *Familles et thérapeutes*, E.S.F., Paris.

8. Caillé P. et Rey I. (1988): *Il était une fois. Du drame familial au conte systémique*, E.S.F., Paris.
9. Cancrini L. (1987): *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, NIS, Roma.
10. Cancrini L. (1986): «I rettili e la metamorfosi di Escher: due modelli per l'integrazione del lavoro psicoterapeutico», *Psicoterapia e Scienze umane*, vol. XX, n° 1, pp. 66-76.
11. Cecchin G.F. (1987): «Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity», *Family Process*, 26 (4), pp. 405-413.
12. Chasin R., Roth S. and Bograd M. (1989): «Action method in systemic therapy: dramatizing ideal futures and reformed pasts with couples», *Family Process*, 28 (2), pp. 121-136.
13. Duhl F.J., Kantor D. and Duhl B.S. (1973): «Learning space and action in family therapy: a primer of sculpture». In: D.A. Bloch (Ed.): *Technique of family psychotherapy: a primer*, Grune & Stratton, New York.
14. Elkaim M., Goldbeter A. et Goldbeter E. (1981): «Analyse des transitions de comportement dans un système familial en termes de bifurcation», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 3, pp. 18-34.
15. Elkaim M. (1982): «Non-équilibre, hasard et changement en thérapie familiale», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 4, pp. 55-62.
16. Elkaim M. (1983): «Des lois générales aux singularités», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 7, pp. 111-120.
17. Freud S. (1884): «Le neuropsicosi da difesa», tr. it. in *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1968.
18. Griffith F.L., Griffith Elliott M. and Slovik L.S. (1990): «Mind body problems in family therapy, contrasting first and second order cybernetic approaches», *Family Process*, 29 (1), pp. 13-28.
19. Marty P., De M'Uzan M. et David C. (1966): *L'investigation psychosomatique*, Presses Universitaires de France, Paris.
20. Maturana H. and Varela F. (1980): *Autopoiesis and cognition*, Reidel, Dordrecht.
21. Minuchin S., Rosman B. and Baker L. (1978): *Psychosomatic families*, Harvard Univ. Press, Cambridge (Mass.).
22. Morin E. (1977): *La méthode. I: La nature de la nature*, Ed. du Seuil, Paris.
23. Nemiah F. (1973): «Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology», *Psychotherapies and Psychosomatics*, 22, pp. 106-111.
24. Onnis L. (1985): *Corpo e contesto*, NIS, Roma, tr. française Corps et contexte, ESF, Paris, 1989.
25. Onnis L., Tortolani D., Di Gennaro A., Marinozzi P., Petralito G. e Roggi D. (1985): *Il bambino con disturbi psicosomatici: la famiglia, la domanda, il servizio*, Pensiero Scientifico Ed., Roma.
26. Onnis L., Tortolani D. and Cancrini L. (1986): «Systemic research on chronicity factors in infantile asthma», *Family Process*, vol. 25, n° 1, pp. 107-122.
27. Onnis L. (1987a): «Redéfinition des problèmes: un exemple de la créativité du thérapeute systémique», *Thérapie familiale*, 8 (1), pp. 59-70.
28. Onnis L. (1987b): *Le patient psychosomatique, la famille, l'institution soignante: un système complexe à trois composantes où se joue le destin de la maladie*. In «Approche familiale des troubles psycho-somatiques», C.E.F.A., Paris, pp. 41-62.
29. Onnis L. e Di Gennaro A. (1987): «Alexitimia: una revisione critica», *Medicina Psicomatica*, 32, pp. 45-64.
30. Onnis L. (1988a): «Incurabilità ou absence de cure?», *Thérapie familiale*, 9, pp. 199-218.
31. Onnis L. (1988b): «Psicosomatica e complessità. Introduzione a L. Onnis (a cura di)», *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*, NIS, Roma.
32. Onnis L., Di Gennaro A. e Cancrini L. (1988): «L'asma infantile in una prospettiva sistemica: da una revisione del concetto di cronicità a un modello sperimentale di terapia». In L. Onnis (a cura di), *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*, NIS, Roma.

33. Onnis L. (1989a): «Thérapie systémique et optique de la complexité», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 11, pp. 107-110.
34. Onnis L. (1989b): «A systemic approach to the concept of crisis», *Journal of strategic and systemic therapies*, vol. 9 (4, 2), pp. 43-54.
35. Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Agostini B., Allocati V., Chouhy A., Dentale R.C., Quinzi P., Businco L., Di Fazio A. e Vazzoler A. (1989): «Utilità della terapia familiare nelle malattie psicosomatiche croniche: dati preliminari di una ricerca sull'asma», *Med. Psicosomatica*, 34 (3), pp. 189-203.
36. Onnis L. (1990): «Relazione terapeutica e orientamento sistemico: un'ipotesi epistemologica», *Psicobiattivo*, n° 1, pp. 37-46.
37. Onnis L. e Chouhy A. (1990): *A chi regalerò i miei capelli? La terapia familiare di un caso di alopecia totale infantile*, manoscritto.
38. Onnis L. (1991): «Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique», *Thérapie familiale*, vol. 12, n° 2, pp. 205-219.
39. Papp P. (1976): «Family choreography». In P. Guerin (Ed.), *Family therapy: theory and practice*, Gardner Press, New York.
40. Penn P. (1985): «Feed-forward: future questions - future maps», *Family Process*, vol. 24, n° 3, pp. 299-310.
41. Prigogine I., Nicolis G. and Babloyantz A. (1972): «Thermodynamics of evolution», *Phis. today*, vol. 25, pp. 11-12.
42. Prigogine I. (1977): «L'ordre par fluctuations et le système social». In: *L'idée de régulation dans les sciences*, Maloine, Paris.
43. Prigogine I. et Stengers I. (1979): *La nouvelle alliance*, Gallimard, Paris.
44. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. e Sorrentino A.M. (1987): *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina Ed., Milano.
45. Sifneos P.E. (1975): «The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients», *Psychotherapies and Psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
46. Stierlin H. (1978): *Delegation und Familie*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt.
47. Von Foester H. (1982): *Observing systems*, Intersystems Publication, Seaside (Cal.).



NOUVELLE RÉFLEXION SUR LES EXPRESSIONS PSYCHOSOMATIQUES DU COMPORTEMENT*

O. REAL DEL SARTE¹, M. VANNOTTI², M.O. GOUBIER-BOULA²

Résumé: *Nouvelle réflexion sur les expressions psychosomatiques du comportement.* — A partir de deux situations cliniques, les auteurs développent des réflexions sur les problèmes épistémologiques que suscite la réalité des patients psychosomatiques. Les auteurs essaient de montrer à partir des derniers développements des sciences cognitives comment s'articulent, au niveau procédural, «le psyché» et «le soma».

Summary: *New reflexion on psychosomataical expression of behaviour.* — From two clinical situations the authors develop reflections on epistemological problems brought up by reality of the psychosomatic patients. The authors wish to show according to the latest developments of cognitive sciences how at the procedural level «psycho» and «soma» articulate.

Mots-clés: Epistémologie — Sciences cognitives — Cybernétique — Triune brain — Psychosomatique du nourrisson et de l'adulte — Sculptures familiales — Thérapie familiale — Mort — Emotions.

Key words: Epistemology — Cognitive sciences — Cybernetic — Triune brain — Psychosomatic of the new born and the adult — Family sculpting — Family therapy — Death — Emotions.

Historique et état de la question

S'il y a une vingtaine d'années, J. Weakland (25) pouvait déplorer la pauvreté de la réflexion systémique sur la clinique psychosomatique, il ne pourrait certainement pas en dire autant aujourd'hui. Une masse importante d'observations, de faits, d'élaborations a été rassemblée depuis, tant par les praticiens que par les théoriciens en cette matière. Devant cette accumulation, l'urgence d'une réflexion épistémologique approfondie qui puisse éclairer les choix et les orientations du praticien se fait sentir.

* 7^{es} Journées francophones de thérapie familiale systémique, Lyon, septembre 1991.

¹ Psychologue, formateur et praticien au CERFASY, Centre de recherche familiale et systémique, Neuchâtel (Suisse).

² Psychiatres, médecins-chefs à l'Office médico-pédagogique neuchâtelois (directeur: Raymond Traube), formateurs au CERFASY, Centre de recherche familiale et systémique, Neuchâtel (Suisse).

Mais auparavant, il convient de se rappeler que, dans le champ de la psychanalyse, des chercheurs et des cliniciens ont présenté des modèles théoriques explicatifs de la somatisation, rigoureux et profonds (Alexander, 1; Marty, 12; Sifneos, 19). Ces travaux ont pris pour point de départ l'individu et le fonctionnement de son appareil psychique³ et représentent un point de vue souvent complémentaire à celui que les systémiciens ont su développer.

Philippe Jeammet (7), en parlant des investissements corporels à l'adolescence, et des plaintes somatiques comme expression d'un malaise plus général de cet âge, relève que ces dysfonctions renvoient à un trouble des relations objectales précoces, à une perturbation de l'investissement du corps propre et à un défaut de l'organisation narcissique et de la régulation de l'estime de soi. On ne peut que retenir l'importance de ces modèles psychodynamiques qui partent d'observations cliniques extrêmement fouillées (Joyce McDougall, 9) plaçant le symptôme dans une perspective historique et produisant des instruments pour intervenir de manière thérapeutique.

On ne peut cependant s'empêcher de voir un problème épistémologique, non résolu, et auquel le patient psychosomatique nous oblige à nous confronter. La plupart de ces auteurs, tout en proclamant l'unité psyché/soma, n'ont pas de modèle pour montrer comment, au niveau procédural, fonctionne cette unité et quel statut ont ces deux expressions, «le psyché» et «le soma».

C'est à essayer de mieux comprendre comment fonctionne cette unité que nous avons consacré nos efforts depuis quelques années, tant au niveau de notre pratique théorique que clinique. C'est un problème important à résoudre parce que si une position n'est pas prise à son sujet, l'intervenant, psychiatre ou psychologue, risquera d'être tenu, qu'il le veuille ou non, pour celui qui finalement considère la maladie en termes de causalité psychique, face auquel le patient et le médecin somaticien vont se positionner comme les tenants de la causalité physique de la maladie.

Si le problème se pose en termes d'alternative exclusive, nous tombons vite dans une impasse symétrique, chacun cherchant à faire dominer sa définition du problème.

Si l'on prend au sérieux l'unité corps/esprit de l'homme en tant qu'*être vivant*, il ne peut y avoir une de ces instances définie comme pouvant être cause (que ce soit causalité linéaire ou circulaire) de l'autre. En nous basant sur les principes déjà énoncés par la première cybernétique et réaffirmés par les Sciences Cognitives, le corps et l'esprit sont deux niveaux différents de description d'une même réalité ontologique: l'être vivant.

³ Il n'y a pas lieu d'aborder ici les dissensions et les points communs entre la pensée psychanalytique et l'approche systémique dans la clinique psychosomatique. Il nous paraît important, cependant, de relever, à propos de la pulsion de mort, que les tenants de la description de l'appareil psychique contenant une «instance destructive» n'ont pas tenu compte, nous semble-t-il, des découvertes génétiques qui démontrent bien qu'il n'y a pas de gènes codant pour la mort, mais pour la survie. Dans les conclusions, nous soulignerons qu'il conviendrait davantage de parler de crainte de mort en rapport avec une menace flottante héritée de l'histoire de la famille plutôt que de pulsion individuelle de mort.

W. McCulloch (8), le père méconnu de la cybernétique, publiait dès 1943, avec W. Pitts (8), cet article au titre évocateur: «A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity.» Belle illustration de l'unité corps/esprit, réalisée au plus haut niveau que de voir les neurones comme des machines (informatiques) calculant des symboles.

N. Wiener (26) en 1948, dans un livre fondateur de la cybernétique «Control and communication in the animal and the machine», disait que «l'information n'est ni matière, ni énergie mais combinaison des deux». Il aurait pu aussi bien dire que «les vivants et les artefacts créés par le vivant (donc le corps comme l'esprit) ne sont ni matière, ni énergie mais combinaison des deux». D'un point de vue ontologique, corps et esprit partagent la même réalité, ils ont la même identité structurelle en tant que matière organisée. Il est donc aussi absurde de parler de l'esprit ayant une relation causale avec le corps ou vice et versa, que de dire «l'étoile du berger» entretient une relation de causalité avec «l'étoile du matin». Ce sont en effet deux types de description possible d'une même réalité ontologique que l'on appelle la planète Vénus (2).

Par contre, d'un point de vue épistémologique, c'est-à-dire du point de vue fonctionnel de l'attribution du sens, ces deux niveaux de description ont deux statuts différents: l'esprit a la fonction de définir, d'attribuer un sens que le corps incarne ou réalise. En prenant le référentiel des Sciences Cognitives qui est le nom moderne de la cybernétique, c'est ce que disent Guy Cellérier⁴ (3) et A. Etienne: «Le hardware, c'est l'ensemble des paramètres physiques d'un système matériel dont les états et les transformations **réalisent, incarnent ou codent** pour un logiciel» (c'est nous qui traduisons).

Le hardware qui nous intéresse ici, ce sont les schèmes sensori-moteurs du sujet, sa machine d'exécution sensori-motrice d'une fonction logicielle qui, lorsque la relation psychosomatique ou logicielle/matérielle devient problématique, ne peut se nommer. Quel est donc cet innommable qui se réalise sous forme de dorsalgie, d'ulcère ou de tumeur? C'est ce que les vignettes cliniques vont nous permettre d'approcher en mettant en évidence la problématique de la mort et de la survie dans la famille.

Un deuxième problème épistémologique vient de l'utilisation fréquente dans le domaine de la psychosomatique des concepts d'alexithymie et de pensée opératoire et de l'extension qu'on leur donne. Si on se réfère à ces concepts, beaucoup d'auteurs d'inspiration psychanalytique ont déclaré qu'ils visaient une altération dans la structure de personnalité du patient, une sorte de pauvreté intrinsèque de sa vie fantasmatique et émotionnelle. Pour ces raisons, les patients psychosomatiques présenteraient des difficultés à verbaliser les émotions. Il serait cependant erroné de conclure hâtivement à l'absence d'émotions chez ces patients sans avoir pris en compte les règles familiales de l'échange qui interdisent toute transaction à ce niveau.

⁴ Nous remercions le prof. G. Cellérier, dont les cours «cybernétique» et «épistémologie génétique» de 1985 à 1990 à la FAPSE (Université de Genève) sont à la source de nos considérations épistémologiques.

C'est sans doute le mérite des systémiciens qui se sont penchés sur ce problème (H. Stierlin, 20; S. Minuchin, 15, 16; D. et O. Masson, 13, 14; L. Onnis, 17, 18) de l'avoir fait sortir d'une vision trop structuraliste et de l'avoir exprimé plus fonctionnellement au niveau des échanges intersubjectifs. Quand l'on reconstruit les histoires individuelles de ces malades, on peut en effet souvent mettre en évidence une réminiscence de comportements psychosomatiques pendant l'enfance qui ont disparu pendant plusieurs années (théorie de l'imprinting) et qui réapparaissent de manière subite, à la suite d'un événement traumatique, ou d'une menace que l'on peut souvent situer au niveau de la dynamique des échanges familiaux.

Dans les familles à transactions psychosomatiques, les interactions, les rôles, les liens, les rapports réciproques s'expriment dans des canevas d'actions rigides dont le contenu émotionnel doit être évacué. Tout se passe comme si les capacités évolutives de ces familles ou plutôt leurs capacités de se voir en évolution s'étaient bloquées.

Les recherches de L. Onnis (17, 18) nous semblent particulièrement intéressantes dans la mesure où il a su replacer le langage du corps dans une dynamique d'échange familiaux. Dans ce sens, l'approche qu'il fait de ces familles par la sculpture nous paraît un choix particulièrement judicieux. Son approche utilise en effet une technique basée sur les repérages sensoriels et moteurs sans faire intervenir directement les représentations qui sont, comme on l'a vu, bloquées dans le système familial. S'il est possible de poursuivre la réflexion et la pratique entamée par L. Onnis (17, 18), nous aimerions ouvrir ce qu'il appelle «le langage du corps» comme véhicules des échanges intersubjectifs à tout le domaine qu'avec les Sciences Cognitives et l'éthologie nous appelons «Les savoir-faire sensori-moteurs». Ces savoir-faire sont des connaissances pratiques et concrètes, utilisées dans des univers de problèmes familiaux. Chez ces patients, il s'agit de savoir-faire pratique, tournant autour de la douleur et de la maladie et s'inscrivant dans des scénarii par exemple de chantage, d'attaque, de fuite, de protection, etc. L'émotion n'y est pas représentée mais elle y est présentée en acte. En ce sens, les schèmes d'interactions psychosomatiques sont à rapprocher des savoir-faire éthologiques phylogénétiquement programmés et développés par l'apprentissage, schèmes qui nous rattachent à nos ancêtres du règne animal et dont, en nous, le cerveau mammifère (ou rhinencéphale) et le cerveau reptilien gardent la trace à côté du néo-cortex qui nous est plus particulier.

Nous ne pouvons terminer cet historique et les questions épistémologiques qu'il pose sans relever l'apport de l'approche systémique qui a permis de penser en termes de «réseaux». Etant donné la difficile définition de la problématique psychosomatique, ces patients drainent un nombre important de spécialistes qui ont souvent tous un point de vue bien arrêté et non rarement symétrique sur la maladie. Il est illusoire de vouloir travailler sans en tenir compte et de ne pas associer d'une manière ou d'une autre le ou les somaticien(s) au setting clinique. Cette possibilité est ouverte par la pensée systémique mais nous pouvons voir dans notre pratique combien l'art en est difficile. Cela tend à démontrer que nous ne pouvons envisager d'évolution dans l'approche de la maladie psychosomatique sans qu'il y ait évolution du discours médical dans sa dimension de production sociale.

Psychosomatique et clinique du nourrisson

Notre consultation ambulatoire à la guidance OMPN (Office Médico-Psychologique Neuchâtelois) s'ouvre sur de nombreuses problématiques concernant la constitution du lien précoce et ses avatars. Des observations que nous avons pu faire de l'organisation précoce des patterns d'interaction et des règles familiales, nous pensons qu'ils sont liés au mécanisme de survie de tous face à la crainte de la mort, qui peut exister en fonction des événements qui traversent leur histoire ou celle de leur proche. La crainte de la mort souvent anticipée, toujours menaçante, peut toucher les éléments vitaux d'un être déjà au cours de la grossesse; la petite enfance peut en être envahie. Cette survie physique de par les projections familiales, l'hyperprotection, le rejet ou l'ambivalence, s'intrique très rapidement avec une survie psychologique. Dans certains cas, elle atteint même le processus d'individuation, et la constitution propre de l'identité du sujet. Tous les niveaux d'organisation des liens précoces (niveaux sensori-moteurs, sensitifs, émotionnels ou affectifs, intellectuels ou langagiers) peuvent être atteints.

Dans leurs intrications, un renforcement réciproque préside à l'irruption des symptômes et de la maladie.

Dans cet aspect intra- et inter-individuel, les phases du développement psychomoteur et staturopondéral du nourrisson sont influencées. L'angoisse nous semble correspondre à une angoisse existentielle en regard de la dépression essentielle décrite par Marty (12) et ses collaborateurs. Elle est liée à un ancrage fragile et inconstant dans la vie, à une fragilité et une précarité de l'attachement. L'insuffisance de contenance des émotions et des affects, voire des soins dans le maternage, contribue à l'enracinement de cette insécurité.

L'impression que le monde extérieur est dangereux nous semble lié à cette épreuve d'inconstance et d'événements extérieurs instables plus au moins graves, tels que les morts ou les accidents, qui influent sur les interactions et le développement de soi au cours du cycle vital. Il y aura attache, voire emprise, sans attachement suffisant. Différents types de comportements sont observables, notamment des attitudes de renonciation dans la survie. Nous observons là, un trouble voire un blocage des différentes fonctions et notamment la fonction sensori-motrice, puis dans le cours du développement, la fonction symbolique.

Des troubles alimentaires (anorexie ou mérycisme), des troubles du sommeil, des phénomènes allergiques (asthme, eczéma, par exemple) apparaissent accompagnés ou non d'une dépression de type anaclitique. Le lien entre les membres de la famille est maintenu à travers le souci pour la santé au point de rendre indivisible la dyade mère-enfant. «Je ne peux vivre sans l'autre» devient la devise souvent tacite de la famille et de chacun de ses membres. Les mots sont en effet difficiles à trouver surtout ceux qui permettent de transmettre les émotions. Dans ce domaine, l'expression est avant tout corporelle, et infra-verbale, le plus souvent sans liens suffisamment efficaces avec les élaborations symboliques produites par le patient ou la famille. Au carrefour de ce que nous indiquent notre vision épistémologique précédemment énoncée et notre expérience clinique, nous ne pouvons que relever la pertinence, pour le développement du processus thérapeutique, des

prises en scène (amplification ou restriction d'un comportement apparaissant spontanément au cours de l'échange) des sculptures, de la métaphore (comme relance et stimulation de l'imaginaire).

Le cas clinique

C'est dans le cadre du service de la Guidance Infantile de l'OMPN que nous⁵ avons reçu Florent et sa famille. L'histoire est une bonne illustration de notre propos: nous avons rencontré Florent et sa famille alors qu'il avait six mois, à la demande de sa mère, paniquée devant ce bébé «qui se laisse mourir». Elle devait le quitter une partie de la journée pour reprendre son travail. Depuis l'âge de deux mois, Florent développe un eczéma généralisé qui s'accompagne d'une intolérance alimentaire grave. Soumis à un régime particulier, vécu comme contraignant par la mère et que suivra plus ou moins toute la famille par la suite.

Florent est un nourrisson «mal dans sa peau» au propre et au figuré. Chétif, plaintif, il gémit, amorphe dans les bras de sa mère ou de son père. Il présente un retard psychomoteur et staturopondéral évident aggravé par des peurs et des angoisses qui tournent autour du départ imminent du père pour son pays d'origine (un pays d'Amérique latine). Le père partira plusieurs mois avec des projets flous qui ne sont pas faits pour rassurer la famille. Mais il est bien difficile pour les époux de se transmettre interrogations et désaccords.

Durant l'absence du père, la mère, déprimée et épuisée, va solliciter des entretiens individuels ajoutés aux séances de famille, son thérapeute individuel étant momentanément indisponible.

Au cours de la thérapie, ce nourrisson en retrait, hypo-actif, va se transformer peu à peu dans son éveil, dans ses contacts avec l'entourage et l'extérieur et rattraper les différents acquis habituels. Il va devenir un enfant plus gai, parfois agité, apprenant à réclamer, à exiger devant une mère souvent inattentive et hyperprotectrice à d'autres moments. L'eczéma se calme, l'intolérance digestive reste sévère, focalisant les angoisses de mort. Florent, dans les entretiens, va réagir à travers un comportement téméraire (prise de risques) ou colérique, chaque fois que les émotions ou un conflit risquent d'apparaître.

Qu'apprend-on au cours de ces deux ans et demi de traitement sur l'histoire de la famille?

La mère, très jeune encore, «petite fille modèle» dans une famille plutôt rigide, met au monde un premier enfant, Marc. Le père, déjà marié et père de famille, nettement plus âgé qu'elle, reconnaît l'enfant mais ne peut l'assumer. Rejetée dans un premier par sa famille d'origine, elle passe sa grossesse dans un hôtel maternel. Elle est finalement accueillie par son père avec Marc. La relation de type fusionnel caractérise cette dyade privilégiée Mère-Marc; le mari actuel, Claudio, y trouve difficilement sa place. C'est Marc, alors âgé de 18 ans, qui fut le garant affectif pour la mère lors de la grossesse de Florent.

⁵ Traitement effectué par le docteur Marie-Odile Goubier-Boula, psychiatre, et M. Olivier Real del Sarthe, psychothérapeute.

Deux mois après la naissance de leur première fille, un cancer de la peau (mélanosarcome) est confirmé chez le père qui va suivre plusieurs traitements anti-cancéreux et finalement va interrompre la chimiothérapie. Pendant de nombreux mois, il est difficile pour les intervenants de saisir l'état actuel de la maladie et son évolution comme le suivi médical de Claudio et les angoisses restantes de toutes la famille. A deux mois de vie, Florent a focalisé l'attention et l'inquiétude sur son eczéma.

Durant les séances individuelles qui ont lieu lorsque le père part quelques temps dans son pays d'origine, Madame livre le récit de son enfance, la mort et le deuil impossible d'un frère qui survient au milieu des rivalités avec les sœurs et la mère. (Ce seul garçon né dans la famille a suivi sa naissance. Il est mort-né, mongolien et présentait des malformations.) Madame a été la confidente de sa mère jusqu'à l'adolescence, témoin des chagrins, de la solitude et de son surmenage, isolée avec ses trois filles. Le père semble périphérique, accaparé par son travail. «Je n'ai découvert qu'à l'adolescence que j'avais un père.» Chacun reste isolé dans ses drames et ses souffrances au point de les oublier.

Madame rappellera alors la panique vécue lors de l'accouchement de Florent, né par césarienne en raison d'une position transverse. Bien plus tard, avec le couple, Madame évoquera qu'au début de leur rencontre, une grossesse extra-utérine a précédé la mort *in utero* à cinq mois d'un garçon, présentant, lui, des malformations cardiaques. Le couple, alors non marié, hésitait à maintenir son union. La grand-mère maternelle n'a pu la consoler, lui rappelant seulement qu'elle avait bien dû faire face seule à son premier drame maternel. «C'est la vie» était le leitmotiv répété par la grand-mère maternelle. Les craintes de mort, les ruptures affectives, les conflits étouffés émaillent les liens de toute cette famille.

Ces craintes renforcent la cohésion de chacun dans le sens du devoir, du travail accompli, des responsabilités à remplir des obligations à honorer. L'attachement affectif reste précaire et masqué. La douceur (tous les enfants sont appelés d'un surnom qu'ils évoquent plus ou moins distinctement: mon doudou, ma doudou!) devrait envelopper le cocon insuffisamment protecteur pour maintenir le statu quo.

La famille se montre «en panne» dans ses possibilités de croissance, dans l'expression de ses émotions, dans sa capacité à penser, à réfléchir. «Rester seul» est effrayant. Fuir le désarroi, les souvenirs, le fil du temps, dans des rêves impossibles, entrave l'organisation quotidienne. La liaison entre les événements, le vécu corporel et les accidents somatiques, les affects, est déficiente. La réalité intersubjective est envahie, étouffée d'inquiétudes isolées, de chaos d'activités désordonnées, voire de nouveaux événements perturbateurs: rénovation artisanale et itérative de la maison familiale qui sera en partie accidentellement détruite par un incendie criminel au cours du traitement, maladie de la grand-mère maternelle, détérioration aggravée des liens de Madame avec ses sœurs, fixant une nouvelle fois attention et énergie à d'autres buts.

Dans ce contexte, il est difficile de se repérer sur l'évaluation des situations intersubjectives et le vécu subjectif qui en découle dans lequel nous situons l'émotion. A ce propos, la sculpture produite par Monsieur nous paraît significative: la mère est «clouée» au sol, maintenue par le pied du père et celui de Marc, alors que les cadets jouent sur son ventre. La sculpture met en évidence l'intrication impor-

tante entre le besoin de contrôle et la préoccupation pour autrui: le pied est dans cette situation moyen de mise à distance ou d'agression tout en étant maintien du contact, manifestation du lien, ne dit-on pas «faire du pied»?

Au cours du traitement, les enfants qui avaient des troubles du sommeil laissent peu à peu les adultes face à leurs difficultés. Alors que chacun trouve une place plus précise dans la famille et dans son univers propre, la mère semble fixée dans une position dépressive d'allure mélancolique avec un tableau d'anorexie, soutenue par son thérapeute individuel à nouveau disponible.

Madame assume en effet par son travail la survie et la permanence économique de la famille, Monsieur depuis une dizaine d'années n'assurant que des salaires d'appoint, irréguliers et le financement de ses voyages. Devant le désengagement de son mari et le peu de place qu'elle peut lui laisser, elle est ainsi chargée d'assumer la permanence et la survie psychologique comme la permanence et la survie économique de la famille. On voit bien par cet exemple que le problème de la survie biologique, du droit fondamental de vivre, condense concrètement les questions éminemment symboliques de la survie psychologique et économique. Ces questions symboliques sont présentes en actes mais ne peuvent que difficilement faire l'objet d'échanges ou de confrontations, la question de la survie biologique seule prime.

Un moment essentiel du traitement a consisté dans la prise de conscience, par la mère qu'à chaque fois que son fils progressait en autonomie sensori-motrice, réalisant une étape de croissance importante, il faisait une poussée d'eczéma comme s'il décrivait dans ce langage-là toute l'émotion et les affects qui pouvaient accompagner sa psychogenèse et tout ce qui pouvait s'y jouer tant en termes d'acquisition que de demande d'attention au niveau du holding et du handling (D.W. Winnicott, 27) de la mère.

Nous arrêtons le traitement d'un commun accord. L'insupportable, l'innommable, prend sens peu à peu. La thérapie a certainement facilité l'émergence des affects, la réorganisation des liens à la fois plus forts et plus individualisés, Florent, objet de la demande initiale, va nettement mieux et c'est maintenant un petit garçon vif et agréable à voir. L'eczéma est en nette rémission bien que des intolérances alimentaires sévères demeurent. La lutte symétrique du couple pour attirer l'attention et la préoccupation sur soi est moins dure. Il y a eu une «équilibre majorante» (24) des échanges entre les époux dans la mesure où il y a une plus grande reconnaissance et un plus grand concernement mutuel au niveau symbolique. Nous les laissons cependant sur une interrogation au niveau de leur couple et de l'espace satisfaisant que chacun pourra y prendre, indiquant pour l'avenir la possible entreprise d'une thérapie de couple.

Psychosomatique de l'adulte

La présente intervention thérapeutique a pour cadre le service de la consultation pour adolescent de l'OMPN⁶. Il s'agit d'une famille dont la mère, Flora,

⁶ Le traitement a été conduit par le docteur M. Vannotti et Mme V. Straehl, psychologue à l'OMPN. Nous la remercions de sa précieuse collaboration.

présente un symptôme de nature psychosomatique. Nous avons pensé que cette situation pourrait être particulièrement illustrante des différentes représentations qui se disputent la définition de la maladie psychosomatique et des effets que cela pouvait avoir sur le patient et sa famille. D'autre part, au niveau de la technique thérapeutique, nous avons privilégié une approche centrée sur le sculpting qui nous a conforté tout à la fois sur le bien-fondé de cet exercice et sur la difficulté de son utilisation dans ce type de problématique.

L'ambiguïté de la symptomatologie et sa persistance mettent en évidence la nécessité pour les patients psychosomatiques de s'engager dans une constante recherche d'attribution causale dans laquelle médecins et thérapeutes s'engouffrent trop souvent. La notion d'attribution peut être globalement définie comme un processus d'inférence débouchant sur une explication causale des comportements, des sensations de pertes tournant autour de la maladie et de ses manifestations.

L'attribution causale de la maladie et de l'événement morbide peut représenter un des terrains de conflit épistémologique majeur entre les soignants et les malades. La formation anatomo-biologique prévalente des médecins somaticiens privilégie l'aspect somatique de cette attribution. Chez le psychiatre, l'attribution dépendra de sa formation (biologique, psychodynamique, phénoménologique, etc.) avec les conséquences que l'on peut imaginer.

Si l'attribution causale ne peut se faire, par le médecin, en terme anatomobiologique et physiopathologique, la cause explicative se réfère à des raisons d'ordre psychologique. L'attribution du malaise à une cause psychologique risque d'exclure la souffrance du champ que la médecine somatique tient actuellement pour objet.

Les patients semblent mal supporter cette attribution car elle est vécue comme blâme et non reconnaissance de la réalité de la douleur ou du symptôme ressenti. Le blâme évoque le jugement moral. Le blâme ne permet pas de prendre en compte le bon droit de se plaindre.

Le cas clinique, l'histoire de Flora

Il s'agit d'une femme d'origine française, qui présente une dysarthrie déterminant des comportements répétitifs et rigides et des relations médicales fort insatisfaisantes. La patiente de notre présentation est un mystère médical, dans la mesure où ses différents médecins traitants, psychiatres ou neurologues, l'ont chacun définie comme étant malade, les somaticiens d'une maladie psychique et les psychiatres d'une maladie somatique.

Flora, 41 ans, naît dans une petite ville proche de Paris.

Sa mère était veuve (mari décédé à la guerre) avec un fils âgé de 7 ans.

Elle est issue d'une liaison de la mère avec un voisin, lui-même père de deux fillettes.

Le cercle familial, au moment de la naissance, est constitué par la grand-mère maternelle, la mère et le demi-frère. Très vite, la patiente est placée chez un oncle et une tante maternels. Elle décrit un père peu attentionné, qui décédera alors qu'elle sera âgée de 7 ans. Son oncle décédera alors qu'elle est âgée de 9 ans. A

l'âge de 12 ans, elle commence une école dans une autre ville avec un placement dans une famille avec enfants. Le demi-frère, qu'elle apprécie, part faire la guerre en Algérie.

Son enfance est donc caractérisée par une série de placements et d'éloignements des personnes significatives, la mère d'abord, la tante ensuite, et une série de deuils à commencer par celui du mari de sa mère.

Vers 19 ans, elle quitte sa mère pour venir en Suisse où elle est accueillie par la famille de son futur mari, issu d'un milieu paysan. Il est le seul dans la fratrie qui, avec détermination et sacrifice, arrive à faire des études. Il travaille comme employé de commerce. La naissance du premier fils s'est passée normalement. Celle du deuxième est suivie par une hystérectomie en raison de métrorragie. A la suite de cette opération, la patiente souffre d'hémicrânes occasionnelles accompagnées par des scotomes scintillants.

La mère de Flora avait été opérée d'un adénocarcinome des intestins il y a dix ans, avec mise en place d'une poche et, six ans plus tard, d'un cancer du sein. Il semble que Flora n'a jamais été satisfaite des relations qu'elle avait avec sa mère.

Certainement, les sentiments vis-à-vis de la mère étaient très ambivalents. D'une part, la patiente aurait voulu abrégé les souffrances de cette mère qui ne l'avait pas élevée mais, d'autre part, se sentait coupable de telles pensées et souhaitait être proche et aimer cette mère menacée de mort.

La maladie aiguë

La patiente aide son mari dans son travail et s'occupe du secrétariat et des contacts avec les clients. Il lui arrive d'avoir jusqu'à soixante appels téléphoniques par jour.

Un soir, la patiente fait un malaise devant la télévision. Après l'apparition d'une céphalée subite, la patiente perd connaissance, nécessitant son hospitalisation en urgence à l'hôpital de la ville d'abord, dans un centre universitaire en Suisse alémanique ensuite. Le coma s'étant amélioré, il en reste une dysarthrie et des troubles de la déglutition.

Le diagnostic de sortie de l'hôpital universitaire conclut à des séquelles d'une migraine de la région basilaire. L'examen psychiatrique conclut à des problèmes dépressifs majeurs. On ignore sur quoi le psychiatre était le diagnostic de dépression, vu que la patiente était somnolente, elle avait beaucoup de peine à s'exprimer et elle ne comprend pas l'allemand. Cependant, une hospitalisation en milieu psychiatrique est décidée et la patiente passera ensuite quatre mois internée.

Hospitalisation psychiatrique

L'hospitalisation est vécue comme une injustice, d'autant plus que, dans sa représentation, la malade ne s'estime pas dépressive et que la dépression est la cause invoquée pour justifier la persistance de l'internement.

Le médecin assistant de l'hôpital note que la patiente régresse de façon importante (attitude infantile, colère explosive, besoin d'une tierce personne pour s'exprimer, pleure à la moindre contrariété, manque d'autonomie...). Il remarque encore que la patiente se cache toujours sous différents prétextes (fatigue, incapa-

cité de parler ou même troubles de la mémoire) pour ne pas participer aux entretiens au cours desquels elle pleure en proclamant qu'on s'est trompé de diagnostic: il ne s'agit pas de dépression. Elle se sent mise en accusation vu que les psychiatres essayent de trouver une déficience dans le couple pour expliquer l'origine de sa dysarthrie qui l'empêche de communiquer valablement avec son entourage.

Elle est présentée au docteur *** qui se montre très rassurant et lui parle de guérison. Il parle d'un déficit momentané au niveau des neurotransmetteurs nécessitant une longue prise en charge avec exercices de logopédie et traitement à base de vitamines.

Parallèlement, la patiente consulte à l'insu des médecins de l'hôpital, le docteur ***, homéopathe à ***, qui lui prescrit un traitement parentéral polyvitaminé. Ce médecin avait été très efficace quelques années auparavant pour mettre fin à des tics faciaux du fils aîné Oscar.

Après d'autres examens médicaux, ORL et neurologique, vu l'absence de signes physiques, on va retenir le diagnostic de symptôme de conversion. Les processus d'attribution des soignants, de la patiente et de sa famille, apparaissent complètement disjoints, antinomiques, sans aucun rapport les uns avec les autres. Cette antinomie trop grande a amené une rupture du contrat thérapeutique, ouvrant la voie à une chronicisation de la maladie.

La chronicisation est évitée dans le cas où soignés et soignants sont d'accord d'adhérer à une même stratégie de soins. Les problèmes se compliquent quand, dans les situations intriquées, il faut tenir compte de la représentation des médecins hospitaliers; dans notre cas, tout aussi bien du médecin de l'hôpital général que du service universitaire spécialisé et de l'hôpital psychiatrique.

Pour l'efficacité de l'hospitalisation, le médecin hospitalier n'est pas seulement confronté à la complexité de la lésion anatomo-biologique, mais aussi aux attentes de la famille et aux grilles de compréhension et aux projets de soins du médecin traitant. En plus, il doit tenir compte de ses niveaux d'attribution causale. Sans cette diffusion de l'information, il risque d'invoquer des catégories explicatives et de trouver des remèdes totalement inadaptés, ce qui est de nature à augmenter les risques d'une chronicisation.

A la sortie de l'hôpital

L'absence de troubles sur le plan neurologique, mis à part une contraction permanente des deux masséters, a fait rattacher ces troubles à un syndrome de conversion sur fond de personnalité hystérique dans le cadre d'une dépression réactionnelle.

Il est bien évident qu'on peut évoquer la psychogénèse de ses troubles, mais finalement le psychiatre qui la suit après l'hospitalisation en doute fort. Plus les choses avancent, plus il est convaincu qu'il s'agit d'une affaire organique et pas hystérique.

La relation psychothérapique est bien difficile à cause de la difficulté réelle de s'exprimer. La patiente se présente de façon assez passive, elle regarde son thérapeute dans le blanc des yeux, mais il n'y a pas d'échange émotif bien profond et il n'a pas le sentiment d'avoir affaire à une belle indifférence hystérique.

Depuis lors, la patiente a continué à présenter une dysarthrie assez sévère, à caractère variable, initialement associée à des troubles de la déglutition, d'origine probablement fonctionnelle. Cette dysphasie et la dysarthrie sont améliorées par des séances d'acupuncture.

La demande

Pour cette dysarthrie, Flora a été envoyée chez une orthophoniste qui l'a suivie avec attention et dévouement, mais sans amélioration.

Pendant ces entretiens, la patiente se plaint d'un conflit important et désagréable avec son fils cadet Guy qui, arrivant sur ses 14 ans, commence à donner des signes d'indépendance et ne se montre pas aussi obéissant que son frère aîné Oscar. Ces conflits prennent par moments une tournure dramatique dans les récits hachés que la patiente en fait à l'orthophoniste. Celle-ci connaît bien l'OMP et estime que le problème familial pourrait être à l'origine du peu d'amélioration langagière de Flora. Le processus d'attribution causale de l'orthophoniste est à son tour assez explicite. Il peut être résumé ainsi: si la patiente ne s'améliore pas, c'est une cause psychologique et relationnelle externe (familiale) et non articuloire ou neurologique qui est à la base de la dysarthrie.

Evolution du traitement de la famille de Flora

Nous communiquons clairement aux parents qu'il s'agit moins d'établir une origine somatique ou psychologique aux troubles, que de voir plutôt comment la famille peut faire face au mystère qu'est cette dysarthrie. Dans notre processus d'attribution, nous lions les difficultés relationnelles de la famille actuelle à la maladie et à son symptôme séquellaire (séquelle de migraine basilaire). Nous savons que la maladie a amplifié par des mécanismes récurifs, un style de relation préexistant. Ce sont des aspects peu fonctionnels qui ont été aggravés par la maladie. Cette centration de l'attention du système thérapeutique sur un espace « conversationnel » (J. et M. Griffit et L. Slovik, 5), qui évite toute lutte symétrique dans la définition de la symptomatologie nous semble un point crucial pour l'ancrage d'une activité thérapeutique avec ce type de problématique. Plutôt que d'être des chasseurs braqués sur la recherche des traces psychologiques ou somatiques de la problématique, il s'agit d'être davantage « comme le petit Prince avec son renard, apprenant ensemble les rites de l'appivoisement ». Nous rejoignons là les principes de la deuxième cybernétique. Plutôt que de diagnostiquer de l'extérieur du système dans une vision objectivante, nous cherchons dans une perspective plus fonctionnaliste à cerner ensemble un processus d'échange en termes de symboles et de savoir-faire.

Les sculptures

C'est ainsi que, en suivant les indications d'Onnis (17, 18), nous avons procédé à des sculptures familiales dans ses deux dimensions de sculpture du présent et de sculpture du futur.

Sculpture du présent

La sculpture du présent du père met en scène la famille de la manière suivante : le père fait asseoir la mère et les enfants sur des chaises en rond comme s'ils étaient autour d'une table. Chacun se montre très satisfait de cette disposition, qui indique une des représentations, au niveau rituel et mythique, de la famille qui se vit toujours unie.

Quand on demande à la mère de faire la sculpture, elle devient subitement oppositionnelle et répète à plusieurs reprises qu'elle ne comprend pas le sens de cette démarche. Elle s'y refuse malgré quelque insistance des thérapeutes et laisse la famille en cercle et debout.

La famille ne sait pas comment aider la mère. Lorsqu'on regarde dans l'après-coup les enregistrements de la séance, il est aisé de reconnaître que les thérapeutes sont agacés, voire énervés par cette attitude oppositionnelle. Le thérapeute manifeste l'idée que, peut être, la patiente fait seulement ce dont elle a envie. Cette définition partiellement blâmante indique que probablement l'agressivité a été transférée chez les thérapeutes.

Nous avons compris que la patiente préfère exhiber son propre symptôme corporel comme quelque chose de séparé de soi et qu'il importe que le sens de ce symptôme demeure caché. Notamment, il importe que le sens ne soit pas relié aux événements de la vie de la patiente (dans l'après-coup après la relecture des dossiers médicaux, il semble sauter aux yeux que la patiente par son symptôme introduit une modification très importante dans sa vie dans la mesure où, p.ex., elle ne peut plus répondre aux téléphones et seconder ainsi son mari).

Cette sculpture montre bien que le langage du médecin, notamment le langage neurologique ou le langage psychiatrique, quand il parle de dépression comme d'une maladie réifiée, ne semble pas pouvoir ni lire ni comprendre le langage du corps. Les médecins risquent ainsi de nier à la patiente la possibilité de reconnaître dans le symptôme une expression significative de son existence, de sa vie et de son histoire.

On comprend alors mieux pourquoi la patiente ne comprend « pas le sens » de la sculpture du présent.

A la fin de la séance, le mari prend la défense de la patiente, il nous encourage à ne pas nous tromper, il faut, comme il le dit, enlever toute ambiguïté : il ne s'agit pas pour sa femme de ne pas obéir aux ordres et il souhaite que nous gardions une bonne opinion de sa femme. Nous relevons simplement que sa femme a « un sacré caractère ». La famille rit, presque soulagée, et le père, sous les yeux entendus de ses enfants, nous confie : « Je ne vous le fais pas dire. » Finalement, la famille quitte cette séance dans un climat cordial.

Il nous aura fallu donc vivre tout le processus de la séance avec la famille pour arriver à considérer le refus de Flora comme une réponse éminemment positive, comme une sculpture spontanée, représentant au niveau d'un savoir-faire son courage, sa ténacité et finalement ses ressources. Il faut se rappeler que c'est aussi dans une « impossibilité de répondre » qu'elle a pu installer une distance concrète avec les charges professionnelles par trop écrasantes qui pesaient sur elle.

Une impasse dans le traitement et sculptures du futur

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, une séance est annulée et la séance d'après, les thérapeutes sont pris dans une sorte de filet et de paralysie. Il s'agissait de commencer les sculptures du futur et la famille nous égare dans un entretien dans lequel on échange des informations. Le climat est à nouveau figé, les plaintes y sont présentées sur un mode répétitif et monotone. Au cours de cette séance, la mère comme elle l'a fait plusieurs fois précédemment et même pendant l'hospitalisation, éclate en sanglots en évoquant notamment ses difficultés à écrire. A ce moment-là, les trois autres membres de la famille restent figés à leur place sans pouvoir la consoler ni lui témoigner affection ou agacement. Ils sont navrés de ne pas savoir comment intervenir.

Encore une fois, nous partageons la paralysie symbolique de la famille: ce partage nous semble faire partie du processus thérapeutique à condition que nous puissions co-évoluer avec la famille. L'effet de paralysie a malheureusement été tel lors de cette séance, que ce n'est «qu'après coup» que nous avons pu comprendre ce premier refus de la sculpture du futur. Il y avait en effet aussi «une sculpture spontanée» sous la forme d'une extrapolation concrètement réalisée de non-changement dans le futur et du savoir-faire sacrificiel de Flora (avec toute l'ambivalence qu'il pouvait y avoir comme nous l'avons vu lors de la séance précédente).

Lors de la séance suivante, les thérapeutes se ressaisissent et ils commencent à demander la sculpture du futur au père. Celui-ci dispose les enfants loin des parents, l'un à côté de l'autre, d'abord Oscar qui regarde par la fenêtre, ensuite Guy à une certaine distance. Les quatre regardent dans la même direction vers le lointain, ainsi les enfants ne peuvent contrôler du regard ce que font les parents. Les enfants sont incapables de maintenir ce regard vers le futur et de maintenir la position prescrite par le père et, fréquemment, se retournent comme pour contrôler ce qui se passe chez les parents.

Ensuite, on invite la mère à faire la sculpture du futur, non sans quelques hésitations et quelques inquiétudes de la part des thérapeutes. Ils hésitaient à recommencer la confrontation symétrique avec la patiente qui avait été engagée au moment de la première sculpture. Etonnamment, la mère, après avoir dit qu'elle ne comprenait pas le sens de la démarche, mais avec un air enjoué et presque amusé, infantile, redispose la famille en cercle en faisant plusieurs fois le signe avec la main: «On est tous unis, on est tous proches les uns des autres.»

Interrogé sur la différence des deux sculptures, chacun s'applique à dire que «c'est différent et en même temps c'est la même chose». Le père dira que la première sculpture montre tout de même «l'éclatement» de la famille. Au moment de la conclusion de la séance, les thérapeutes relèvent que les deux parents ont mis en scène deux exigences fondamentales pour le développement de chaque individu dans la famille. D'une part, le fait d'octroyer le droit aux enfants de quitter le foyer familial et, d'autre part, la nécessité, pour le faire, de pouvoir compter sur la persistance interne d'un sentiment d'attachement et d'un sentiment de confiance réciproque.

Il est intéressant de noter que le ton des thérapeutes, leur manière de faire, ne traduisent plus l'agressivité qu'on pouvait bien remarquer lors de la première sculpture du présent.

Discussion autour des sculptures

Chaque membre de la famille met en scène la représentation métaphorique de la vie familiale et des affects qui la gèrent. Il s'agit d'émotions d'attachement et de peur de transformation à partir d'une stabilité qui tout en étant très douloureuse, rassure. Dans ces sculptures du futur se manifeste la crainte que l'individuation des membres puisse désagréger la famille. Tout se passe comme si la croissance et le détachement des enfants mettent les parents dans la nécessité de rester face à face sans médiation et que cela provoque des fantasmes de conflits très menaçants et non résolus. On préfère alors ne rien changer.

La sculpture ouvre ainsi au thérapeute un terrain extrêmement riche en informations, elle offre des éléments pour une lecture nouvelle de la situation et redéfinit les symptômes d'une manière différente et permet d'élaborer des stratégies d'intervention.

Lors de la première série de sculptures, notamment la sculpture du présent, a montré que la mère, par son symptôme, a une sorte de rôle de chef d'orchestre de la famille.

Ce rôle fait intervenir deux sentiments tout à fait opposés: d'une part les proches craignent que les pleurs soient utilisées de manière à renforcer la fonction directrice de la mère; cette pensée les agace et les énerve. D'autre part, ils voient bien que la mère est attristée par cette difficulté à s'exprimer. Cette conscience suscite toute leur compassion. En même temps, mari et enfants voudraient fuir pour ne pas voir, pour ne pas avoir à consoler. Les tentatives de consolation précédentes se sont révélées en effet infructueuses.

Nous assistons, face à la famille, à un mouvement d'agression et à un mouvement de fuite, mais ces deux mouvements sont désactivés, parce que confrontés à l'ambivalence liée à la crainte de perdre cet objet extrêmement investi: la mère.

Quand nous avons abordé et explicité cette hypothèse auprès des parents et des enfants, ils ont acquiescé tous, souriants et soulagés finalement de mettre un nom sur des sentiments complexes. Nous avons terminé ainsi le traitement et convenu de revoir la famille trois mois après.

Le traitement se termine avec une bonne amélioration de la relation familiale et sans amélioration symptomatique de la mère, qui parle un peu mieux, mais qui présente toujours de graves difficultés d'élocution. L'ensemble de la thérapie a été basée sur les sculptures qui relient la maladie aux problèmes de séparation et de crainte de séparation qui font écho aux traumatismes et aux deuils vécus par la patiente.

Lorsque l'on fait le bilan de ce qui s'est passé au cours du traitement, chaque enfant montre sa satisfaction de voir qu'il y a moins de disputes en famille et qu'il y a plus de bonne humeur et plus de distanciation.

La famille n'a pas repris contact spontanément avec les thérapeutes. Six mois plus tard, nous téléphonons au père pour avoir des nouvelles dans le but d'une catamnèse. Les difficultés d'élocution de la mère sont variables mais toujours présentes. Elle suit des séances d'acupuncture qui la soulagent et voit sporadiquement son médecin homéopathe. Ce dernier semble résigné à la persistance du symptôme. Guy, par contre, grandit, va bien, réussit aisément à l'école tout en continuant à

se bagarrer avec sa mère. Celle-ci ne paraît point dépressive. Oscar se prépare à sa maturité et à son école de recrues.

Cet entretien de couple devrait nous permettre d'évaluer la poursuite du processus évolutif étant donnée la désintringation effectuée au niveau des enfants. Nous aurons à évaluer avec le couple si nous pouvons continuer à les accompagner ou mettre un terme définitif à notre travail dans l'idée qu'ils peuvent reprendre à leur compte seul «la majoration» de leur équilibre.

Conclusion

Nous pensons que notre pratique clinique ne peut évoluer qu'en maintenant une circularité féconde avec la pratique théorique. C'est dans ce sens que nous pensons que les systémiciens auraient tout avantage à suivre l'évolution du paradigme cybernétique qui est déjà à l'horizon de leur démarche et dont le nom actuel est celui de «Sciences Cognitives». Ce que G. Cellérier (3), dans son enseignement dit des Sciences de l'Artificiel (Intelligence Artificielle entre autres), peut s'appliquer aux Sciences Cognitives dont elles font partie: étant donné une fonction à remplir les Sciences de l'Artificiel conçoivent, «design», une structure matérielle qui la réalise.

Pour descendre de niveaux en niveaux, jusqu'à atteindre des structures matérielles ou logicielles existantes pouvant satisfaire une ou plusieurs fonctions à la fois, il faut utiliser ce que les cognitivistes appellent l'analyse fonctionnelle. C'est ce type d'analyse, bien différente de la décomposition cartésienne, que nous proposons pour soutenir le point de vue épistémologique que nous appliquons à la clinique des problématiques psychosomatiques.

En terme d'analyse fonctionnelle, les deux niveaux de description de la symptomatologie, le physique et le psychique sont tous les deux légitimes. Il n'y a pas à choisir l'un contre l'autre. L'activité thérapeutique ne doit pas avoir comme objectif la victoire d'un niveau de description aux dépens de l'autre. Elle doit permettre de saisir le code, le mode d'organisation qui permet le passage d'un niveau de description à l'autre que ce soit dans le sens esprit/corps ou dans le sens corps/esprit. L'analyse fonctionnaliste ouvre sur ces deux mouvements fondamentaux, que l'on peut appeler «top-down» (étant donné une fonction supérieure, trouver une structure qui la réalise) et Bottom-up (étant donné une structure, trouver une fonction qui lui donne un sens).

Après, les exemples prototypiques que nous avons produits, et en fonction de nos considérations épistémologiques, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette fonction «innommable», que le sujet réalise dans son corps mais ne peut décomposer ni recomposer en termes symboliques, n'est autre que la question de sa *survie physique*. Cette question étant elle-même la métaphore, la condensation d'aspects encore plus significatifs et encore moins représentables qui tournent autour de la question de sa permanence psychologique, sociale et économique.

Nos élaborations en cela rejoignent la plupart des auteurs qui se sont penchés sur les problématiques psychosomatiques dans une perspective systémique. Il y aurait dans ces familles, sur une ou plusieurs générations un ou plusieurs deuils

non élaborés ou mal élaborés. La mort a laissé en suspens, à un moment de l'histoire de la famille, un échange déséquilibré de dettes et de mérites et la question de cette mort reste non réglée au travers des transmissions générationnelles avec son cortège de culpabilité, de craintes et de désirs de vengeance ou de réparation. Menaces flottantes que cette mort non élaborée⁷ fait peser sur le groupe avec le risque, souvent présentifié, de sa répétition, sorte de coup du destin face auquel les survivants doivent manifester cohésion et regroupement protecteur. C'est au niveau transgénérationnel qu'on retrouve ce que nous avons vu au niveau de la dyade mère-enfant : gérer le problème de la sécurité et de l'intégrité psychologique des partenaires de l'interaction comme s'il s'agissait de leur sécurité et de leur propre intégrité physique. Pour reprendre un terme de D. Hofstätter (6), il s'agit d'un renversement «hétérarchique» du fonctionnement du sujet. Les centres adaptés à garantir avant tout la survie physique du sujet sont en première ligne pour gérer la problématique de sa survie psychique et sociale.

On peut donc comprendre que, dans un tel contexte, le sujet laisse le contrôle de son appareil sémio-opératoire aux centres qui président à la consolidation du lien et de l'attachement essentiel pour la survie. C'est dans ce sens que nous pensons que les savoir-faire sensori-moteurs mis en évidence en particulier par les sculptures nous paraissent rejoindre les comportements de **dérivation** chers aux éthologues et qui dépendent en nous des cerveaux «limbiques» (mammifères) et «reptiliens», selon la terminologie de Papez et Mac Lean (10, 11); il y a **dérivation** des centres de la combativité, essentiels pour la croissance, vers des comportements de déplacement qui n'entreront pas en conflit avec l'expression de l'attachement. Bien au contraire, ces comportements dérivés pourront être exploités intra- et inter-subjectivement pour renforcer l'attachement comme nous espérons l'avoir montré. Ces activités de dérivation ou de déplacement «sont un exutoire pour les impulsions au combat et à la fuite qui sont en conflit et ne peuvent naturellement se décharger simultanément» (N. Tinbergen, 21).

Les situations exemplaires décrites par les éthologues et qui touchent la question du toilettage ou du «grooming» nous paraissent particulièrement éclairantes pour notre propos. Au travers de cette activité de soins ritualisée, essentielle pour la survie physique des animaux, se règlent aussi bien des problèmes intra- qu'inter-subjectifs : le toilettage est essentiel à la constitution du lien avec les petits, mais il va garder une fonction tout au long de leur existence. Il est souvent employé comme manœuvre de dérivation lorsqu'un conflit menace. Il est aussi une marque d'estime et de reconnaissance que l'on accorde à des mâles ou à des femelles d'un rang supérieur. Dans la symptomatologie qui nous occupe, n'avons-nous pas trace de ces savoir-faire phylogénétiquement précodés et susceptible de se développer par apprentissage au cours de la psychogenèse ?

Enfin, nous avons vu que la prise en charge des patients psychosomatiques était souvent l'objet de conflits symétriques entre les donneurs de soins. Cette problématique ne pourra se transformer qu'avec l'évolution du discours social et médical

⁷ C'est sans doute ces menaces flottantes qui ont induit les psychanalystes à inférer l'existence d'une pulsion de mort.

sur la maladie et sa signification. Nous pensons y contribuer en proposant une épistémologie qui ne décrit plus les rapports corps/esprit en terme de causalité. La conséquence devrait en être la sortie du terme psychosomatique de l'ornière pathologique dans laquelle il est coincé. La dimension «psychosomatique» est consubstantielle à l'être et au devenir de l'homme. Les problématiques psychosomatiques qui nous occupent en sont des particularités dysfonctionnelles.

Nous rejoignons des praticiens et des chercheurs comme L. Ciompi (1991, 4) pour situer la problématique psychosomatique au carrefour de la phylogénèse, de la psychogénèse et de la sociogénèse. C'est le mérite de la problématique psychosomatique de confronter le praticien à ses limites et à la nécessité d'utiliser des stratégies (23, 24) de coopération interdisciplinaire s'il veut répondre aux questions qui lui sont posées.

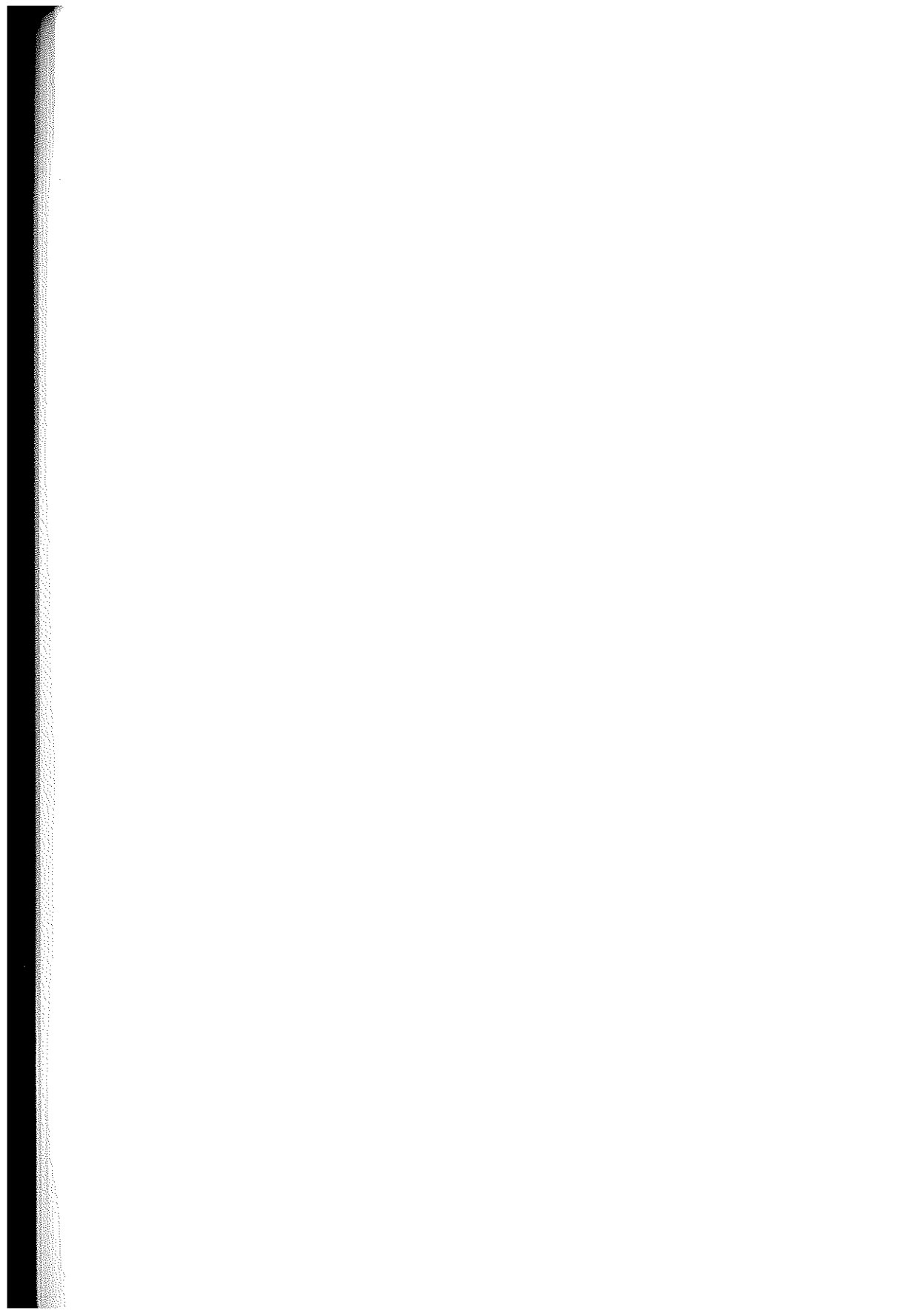
O. Real Del Sarte, M. Vannotti, M.O. Goubier-Boula

CERFASY
Beaux-Arts 19
CH-2000 Neuchâtel

BIBLIOGRAPHIE

1. Alexander F., French T.M. and Pollock G.M. (1968): *Psychosomatic specificity*, The University of Chicago Press, Chicago and London, vol. I.
2. Cellérier G.: Cours à la FAPSE (Uni de Genève), 1985-1990. Non publiés.
3. Cellérier G. and Etienne A. (1983): «Artificial intelligence and animal psychology: a response to Boden, Margolis and Sloman», *New Ideas Psychol.*, vol. 1, pp. 263-279.
4. Ciompi L. (1991): «Affect as central organising and integrating factors and new psychosocial/biological, model of the psyche», *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 97-105.
5. Griffith J.L., Griffith E. and Slovik L.S. (1990): «Mind body problems in family therapy: Contrasting first and second order cybernetic approaches», *Family Process*, 29, pp. 13-28.
6. Hofstaedter D. (1985): *Goedel, Escher, Bach: Les brins d'une guirlande éternelle*, Inter Editions, Paris.
7. Jeammet Ph. (1982): *Psychologie médicale*, Masson, Paris.
8. McCulloch W.S. and Pitts W.H. (1943): «A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity», *Bull. Math. Biophysics*, 5, pp. 115-133.
9. McDougall J. (1989): *Théâtres du corps*, N.R.F., Ed. Gallimard, Paris.
10. McLean P.D. (1949): «Psychosomatic disease and the visceral brain», *Psychosom. Med.*, II, pp. 338-353.
11. McLean P.D. (1969): *The paranoid streak in man*. The Alpac Symposium Beyond Reductionism, Ed. by A. Koestler and J.R. Smythies, the McMillan company.
12. Marty P. et coll. (1963): *L'investigation psychosomatique*, PUF, Paris.
13. Masson D. (1984): «Apport de l'approche systémique dans les troubles somatoformes». *Méd. et Hyg.*, 42, pp. 2904-2905.
14. Masson O. (1985): «Syndromes psychosomatiques en pédopsychiatrie et thérapie stratégique», *Revue Méd. Suisse Romande*, 105, pp. 161-171.
15. Minuchin S., Rosman B. and Baker L. (1978): *Psychosomatic families anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Massachusett.
16. Minuchin S. (1969): «Therapeutically induced family crisis». In: Massermann (Ed.), *Science and Psychoanalysis*, Grune & Stratton, New York, pp. 199-205.

17. Onnis L. (1989): *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*, traduction de l'italien par L. Cabanel, Ed. ESF, Paris.
18. Onnis L. (1988): *Famiglia e malattia psicosomatica*, NIS, Roma.
19. Sifneos P.E. (1975): «The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients», *Psychother. Psychosom.*, 22, pp. 255-262.
20. Stierlin M. et coll. (1986): «Médecin de la famille et cancer», *Thérapie familiale*, 7, n° 1, pp. 41-59.
21. Tinbergen N. (1988): *L'étude de l'instinct*, Petite bibliothèque Payot, Paris.
22. Vannotti M. et Goubier-Boula M.O. (1989): «Le corps et le soin, travail de supervision et approche systémique entre technique et éthique», *Méd. Psychosomatique*, 3, p. 17.
23. Vannotti M., Rais M. et Real Del Sarte O. (1990): «Stratégies relationnelles de réponse au stress: les échanges réciproques dans les cas problèmes en médecine hospitalière», *Cahiers psychiatriques genevois*, 9, pp. 171-178.
24. Vannotti M. et Real Del Sarte O. (1990): «Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget», *Thérapie familiale*, vol. 11, pp. 295-308.
25. Weakland J.H. (1977): «Family somatics — A neglected edge», *Family Process*, 16, pp. 263-273.
26. Wiener N. (1948): *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*, M.I.T., Wiley & Sons Inc., New York, Hermann & Co, Paris.
27. Winnicott D.W. (1969): *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris.



FÉCONDATION IN VITRO, CADEAU OU FARDEAU? *Quelques considérations systémiques et éthiques sur la souffrance du couple infertile et la place de l'enfant qui se fait longtemps attendre**

Luc ROEGIERS**

Résumé: *Fécondation in vitro, cadeau ou fardeau?* — Après trois ans de collaboration avec une unité de Fécondation In Vitro, j'ai acquis les convictions suivantes: Au-delà de toute hypothèse explicative, l'infertilité est une épreuve à endurer. Elle plonge la famille naissante dans une organisation instable, ni à deux, ni à trois. Tant que dure l'attente, l'enfant projeté hérite d'un statut fantômatique et maintient un certain équilibre dans la famille, parfois au prix de stress et d'aménagements dysfonctionnels. La FIV accentue ce processus si elle ne s'accompagne pas d'un travail de deuil («de toute façon, rien ne sera conforme au rêve initial»). La place préventive d'un thérapeute familial me semble justifiée pour aider les couples demandeurs de FIV à envisager des alternatives; ainsi pourraient-ils mieux se réorganiser en cas d'échec, et en cas d'enfant-procréé ou adopté, lui offrir une place ouverte. Cette option relève à la fois des dimensions cybernétique et éthique au sens où l'entend Boszormenyi-Nagy. Le respect de l'enfant se construit dès avant qu'il ne soit accueilli en chair et en os.

Summary: *In vitro fertilization, present or burden?* — After three years of collaboration with an IVF unit, I have acquired the following convictions: Beyond any explanatory hypothesis, infertility is something hard to endure. It throws the family in an instable state, somewhere in the no man's land between two and three. As long as the waiting lasts, the projected child is given a ghost-like status, and keeps a certain balance in the family, sometimes at the expense of stress and dysfunctional adjustments. IVF intensifies this process if it does not go along with a work of mourning («Whatever happens, nothing will be exactly like the initial dream»). The preventive role of a family therapist seems justified to me in order to help couples applying for IVF treatment to consider alternatives; in this way, they would be able to reorganize themselves better in case of failure, and, in the case of a procreated or adopted child, welcome it in a clear place. This option falls within the scope of both the cybernetical and ethical dimensions in the sense used by Boszormenyi-Nagy. Respect for the child starts even before he is actually welcome inside the family.

Mots-clés: Fécondation In Vitro — Désir d'enfant — Éthique — Prévention.

Keys words: In Vitro Fertilization — Wish for a baby — Ethics — Prevention.

* Cette étude bénéficie du soutien de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale.

** Pédiopsychiatre, thérapeute familial, Service de psychopathologie et psychiatrie de liaison (Prof. L. Cassiers, Dr A. Roelands, Dr J.Y. Hayez), Unité d'endocrinologie gynécologique (Prof. K. Thomas, Dr S. De Cooman), Cliniques St-Luc, UCL; Centre d'Etudes Bioéthiques, UCL (Prof. J.F. Malherbe), Promenade de l'Alma 51/4534, B-1200 Bruxelles.

L'infertilité est, aux premiers stades du cycle de vie de la famille, un poison insidieux et inattendu.

Cette mésaventure est loin d'être exceptionnelle. Dans nos pays, 20% des couples effectuent au cours de leur vie une démarche pour poser au médecin le problème de l'enfant «qui ne vient pas».

Ces chiffres ont augmenté au fil des années. Paradoxe: jamais on ne s'est plaint autant de stérilité qu'à notre époque où l'on cherche à limiter les naissances pour viser une petite famille de un ou deux enfants.

En bonne complémentarité écosystémique, les recours techniques thérapeutiques, palliatifs, substitutifs les plus divers se sont développés parallèlement à l'accroissement des consultations pour infertilité.

Parmi ceux-ci, le joyau est incontestablement la Fécondation In Vitro (FIV) avec toutes ses variantes. La ponction des ovocytes dans un ovaire hyperstimulé mène, après rencontre avec le sperme recueilli et traité, à une grossesse évolutive dans 10 à 15% des cas par tentative.

L'arrière-boutique du «magasin des enfants» est cependant sensiblement plus triste que sa vitrine (1).

L'infertilité, quelle qu'en soit la compréhension biologique, psychologique ou sociale, est avant tout une épreuve à endurer. Chaque étape diagnostique ou thérapeutique, pourtant pavée des meilleures intentions, remet en route une nouvelle séquence d'espoir, de doute, d'attente, de désillusion (2, 3).

L'arrivée d'un enfant cicatrise bien des plaies mais certaines familles gardent des années «stériles» une trace douloureuse.

Depuis trois ans, je collabore avec une unité de Fécondation In Vitro: dans un premier temps, j'ai reçu, sur demande des gynécologues, des couples en crise conjugale ou dépressive. Par la suite, j'ai proposé à l'équipe biomédicale de rencontrer ponctuellement tous les couples avant leur première tentative.

Dans cet article, je souhaite resituer l'infertilité dans son contexte familial, dégager quelques réflexions de mes rencontres avec les couples infertiles demandeurs de FIV et les articuler à des concepts systémiques et contextuels qui me paraissent éclairants sur les plans relationnel et éthique.

Un heureux événement cybernétique?

Comment situer la «naissance d'une famille»? Au regard systémique, c'est avant la naissance du premier enfant que s'amorce l'histoire de la famille. Les règles et structures qui en font l'identité prennent leur source dans les deux familles d'origine des conjoints.

Après dissipation des brumes de la passion, les deux héritages sont revus et corrigés, confrontés, refondus, aménagés, comptabilisés; ils donnent lieu à un projet dont l'originalité et la richesse sont à la mesure des capacités de différenciation et souplesse du couple fondateur. La santé de la famille est liée à son développement (4).

Beaucoup d'auteurs rappellent que l'arrivée d'un enfant constitue un événement important, souvent décisif pour l'avenir:

- C'est la première crise significative dans le développement de la famille, nécessitant ajustement et intégration; une suite d'événements (conception-grossesse-naissance) dont l'atmosphère marque le projet familial; un banc d'essai aussi s'il s'agit du premier enfant qui définit le contexte pour les autres (V. Satir, 1972, 5).
- Il s'ensuit un changement radical dans l'organisation quotidienne (tâches domestiques, occupation des pièces, usage de la TV, moments d'intimité et de sexualité...). Les frontières avec la famille étendue et le domaine extrafamilial sont redéfinies. Les transactions entre conjoints se modulent selon l'engagement physique et affectif à l'égard de l'enfant (S. Minuchin, 1974, 6).
- La dynamique des influences réciproques entre les champs émotionnels des parents se modifie. Un processus de projection, d'habitude entre mère et enfant, apparaît et change le fonctionnement interne du système familial. Ce changement peut servir à réduire un conflit conjugal, éloigner un époux, le rapprocher de ses parents, générer divers symptômes... (M. Bowen, 1966, 7).
- L'accueil d'un enfant dépend des compétences de la famille dans les axes de l'adaptabilité et de la cohésion; en même temps, il est susceptible de modifier ces compétences (D. Olson, 1979, 8).
- Dans une perspective transgénérationnelle, l'arrivée d'un enfant peut cristalliser la délégation de missions (H. Stierlin, 1977, 9) ou susciter les loyautés (I.B. Nagy, 1973, 10) réalisant ou problématisant certaines dont l'un ou l'autre conjoint est l'activateur.

En conclusion, si une naissance, et surtout celle du premier enfant, est génératrice de complexité organisationnelle dans la famille, elle est aussi pourvoyeuse de nouvelles harmonies, d'autres interactions dynamiques, de variations dans les équilibres émotionnels, d'échanges intergénérationnels.

L'infertilité, carburant tardif du désir d'enfant

Le projet d'enfant fait partie des dénominateurs communs à la plupart des partenaires qui décident de vivre ensemble. L'intention est formulée par les uns comme une éventualité raisonnable, par les autres comme un objectif fondamental.

Mais tous ne sont pas très pressés de concrétiser leur projet familial. De nombreux couples préfèrent attendre plusieurs années. Car si engendrer est aux yeux de beaucoup d'hommes et encore plus de femmes la clé de voûte de leur destin, ils savent aussi qu'un enfant est empêcheur de «fonctionner en rond». Il est avant tout acteur de changement.

L'évolution rapide de ses besoins, ses compétences à communiquer, ses manifestations d'autonomie, son aspect physique, sont un défi continu à ce qu'Ausloos appelle le «temps arrêté» (11).

L'hésitation à concevoir rapidement correspond peut-être au souci du couple d'asseoir un fonctionnement horizontal avant de se laisser interpeller par la dimension verticale et risquer, consciemment ou pas, une certaine déstabilisation.

Beaucoup de couples demandeurs de FIV me parlent avec regret de ces années de contraception, jugées funestes *a posteriori*: «Notre projet d'enfant était présent mais le plus important était pour chacun de nous l'insertion professionnelle et la disponibilité pour les loisirs, les liens avec les parents, la vie du couple.» Ce qui n'est pas dit explicitement, mais bien suggéré, c'est qu'en raison du contexte d'instabilité conjugale, on attend de plus en plus longtemps avant d'investir sa confiance en un conjoint pour choisir de procréer avec lui.

Pour les plus prudents, ce contrat ne s'établit qu'au moment où chacun a pu faire les preuves de son autonomie au moins sur le plan financier (12). Tout cela prend du temps.

Lorsqu'on se dit: «Nous n'allons pas vivre indéfiniment rien qu'à deux... à quoi sert notre maison, l'argent mis de côté... mes parents seraient contents d'avoir des petits-enfants...» Souvent, on atteint déjà la trentaine.

En somme, le moteur du projet d'enfant est complexe. Comme un diesel, son échauffement est lent. Mais après le démarrage, rien ne semble pouvoir entraver la course procréative. Chaque obstacle alimente le désir d'arriver au but et l'angoisse de ne pouvoir l'atteindre.

En FIV, je rencontre des couples endureurs: ils ont traversé mille et une étapes dans le désert de leur infertilité et aboutissent à l'ultime essai... «Tant que subsistera le moindre espoir, fût-ce une chance sur mille, nous le tenterons.»

Vraisemblablement, ce sont les couples pour qui les enjeux d'une naissance sont devenus cruciaux. Pour y arriver, certains sont prêts à vendre si pas leur âme, du moins leur confort matériel, leur temps, leur sexualité.

En les écoutant, j'ai l'impression qu'ils en sont arrivés à un point de non-retour: dès le moment où leur investissement professionnel, leur vie de couple, leurs démarches thérapeutiques, leur représentations et espoirs, véhiculent un projet d'enfant, un pas décisif n'est-il pas franchi dans leur organisation de famille?

Dès le moment où émerge le questionnement existentiel préalable à la conception, la famille nucléaire se réduit-elle encore uniquement à un couple?

Un troisième larron frappe à la porte: comment l'ignorer? Le problème est que, dans certains cas, on l'entend très, très longtemps, sans le voir entrer.

Ainsi se présente la situation douloureuse des couples infertiles que je reçois: ils ne peuvent envisager un repli dans une vie à deux et sont par ailleurs bloqués sur la route de la procréation.

Ni à deux, ni à trois... que vont-ils devenir?

Au cœur de cette instabilité, le recours aux procréations médicalement assistées apporte un espoir. Mais celui-ci risque d'aggraver le piège s'il ne se réalise pas ou s'il se réalise dans l'idée simpliste que l'arrivée d'un enfant puisse tout gommer.

Où la solution devient le problème

Les médias donnent des FIV l'image de la performance, le miracle, l'inespéré; les praticiens cherchent de leur côté à dédramatiser ces techniques: celles-ci n'ont pas produit les «monstres» annoncés il y a vingt ans et atteignent un taux de réussites confortable.

Incontestablement, la FIV représente un progrès dans l'approche médicale de l'infertilité.

Pourtant, je m'interroge car, dans les coulisses de l'exploit, je suis confronté à bien des misères.

Plus d'une fois, j'ai rencontré des couples enlisés dans des espoirs illusoires après 5, 10 ou 15 tentatives de FIV : « Ce serait absurde d'arrêter sans résultat après tous nos efforts ! » « La FIV, c'est comme une drogue, plus on y avance, plus ça fait du tort, plus on a besoin d'avoir la perspective d'un essai ultérieur pour tenir le coup. » « Après plusieurs tentatives, j'ai eu des jumelles ; mon utérus étant trop petit, elles ont été expulsées à 24 semaines ; je les ai senties bouger, je les ai vues quelques heures vivantes. A présent, je suis décidée à continuer la FIV jusqu'à revivre ces sensations. »

L'activisme médical en réponse à certaines souffrances s'interpose dans des processus de deuil essentiels.

En outre, si l'arrivée d'un enfant signifie, aux dires de nombreux couples, la fin du cauchemar, il y a certaines exceptions très malheureuses.

Ainsi, je me souviens d'une consultation avec un couple en crise après FIV « réussie ». La relative pauvreté du sperme de monsieur avait constitué la voie d'accès à une FIV qui venait en réalité au secours d'un couple vierge de tout rapport sexuel, ce qu'ils avaient omis de mentionner au gynécologue. La justification homéostatique du couple « peut-être qu'avec un enfant, tout rentrerait dans l'ordre » était devenue « maintenant que nous avons un enfant, malgré nos problèmes sexuels et relationnels, nous avons la responsabilité de rester ensemble ».

De telles situations me convainquirent de travailler plus en amont avec les couples la question de la pertinence de leur recours à la FIV.

Aujourd'hui, mon intervention est devenue essentiellement préventive. Avant la première tentative, je rencontre les couples pour une consultation ponctuelle centrée sur le « comment utiliser au mieux la FIV sans en ignorer trop les enjeux et les risques ».

Destabilisation

D'une centaine d'entretiens préliminaires aux tentatives de FIV, j'ai dégagé certaines constatations. Celles-ci ayant été décrites ailleurs (13), je n'en illustre que les grandes lignes.

La majorité des couples candidats à la FIV (environ les trois quarts) me parlent de certaines tensions liées à l'impossibilité de réaliser leur désir d'enfant. Plusieurs sont en crise dès avant le processus de FIV lui-même :

« Tu ne veux pas piger que c'est ton problème ! Il y a incompatibilité entre ton sperme et mon corps. »

« Elle n'a quasi plus jamais envie de faire l'amour ; moi toujours, n'importe où, n'importe quand. »

« Je parle trop et lui pas. Je ne sais pas où on va. »

«L'insémination par donneur, ma femme est pour! Moi je préfère encore qu'elle couche avec un autre, au moins je saurai qui!»

«Je ne me serais pas mariée avec toi si j'avais su qu'on n'aurait pas d'enfant! D'autres me plaisent mais je ne les imaginais pas comme père.»

Certaines réflexions attestent que derrière ces escarmouches se cache une remise en question personnelle:

«Quand j'ai appris que mes trompes étaient inutilisables, j'ai fait une grave dépression.»

«Je suis peintre: depuis que j'ai eu le diagnostic, mon sperme trop faible, je ne parviens plus à créer quoi que ce soit.»

«Je préfère ne pas penser à l'échec: c'est le ravin.»

«On m'a toujours méprisée parce que j'étais grosse.»

Lorsque j'évoque aux conjoints l'aspect des ressources disponibles autour d'eux, ils me renvoient une foule de souvenirs d'un passé pénible: filiation incertaine ou conflictuelle, abandon, mépris et rejet, sévices graves, abus sexuels... la liste des témoignages pourrait à elle seule constituer un livre.

Enfin, dernier constat, la perspective d'un enfant est très clairement pressentie comme la solution qui dissiperait tout ce mal de vivre.

Comment comprendre toutes ces données?

Un gynécologue m'a assuré que si j'interrogeais le public «tout venant» par exemple dans le métro, j'obtiendrais des récits identiques.

Je reste pourtant impressionné par la douleur émotionnelle de ces témoignages recueillis en FIV. Souvent, ils expriment plus de détresse que les demandes courantes de ma consultation de thérapie familiale «générale».

L'infertilité procède-t-elle d'un déterminisme psychosomatique? Certains en évoquent la fonction systémique (14) ou intrapsychique (15).

Même si les somaticiens rappellent qu'il y a 25 ans 40 à 50% des infertilités étaient attribuées à des facteurs émotionnels alors qu'aujourd'hui, des anomalies sont objectivées dans 90 à 95% des cas (16), ces dernières peuvent n'être qu'une ponctuation dans un enchaînement de causalités bien plus complexe.

De mon côté, sans rejeter ces pistes, j'envisage l'infertilité comme révélatrice et activatrice d'une série d'insatisfactions et de doutes. Elle impose un détour difficile à négocier dans le cycle de vie de la famille. Plus difficile que ne le laisserait supposer l'offre médicale réparatoire. Tant le couple qu'un éventuel futur enfant a besoin de ressources pour en émerger.

Deux théories, que je me propose d'aborder ici, l'une systémique, l'autre contextuelle, éclairent ce processus et y apportent une perspective préventive:

- Dans la dimension transactionnelle, la modélisation de Linda Hammer Burns concernant le membre fantôme d'une famille touchée par l'infertilité.
- L'approche contextuelle définie par Ivan Boszormenyi-Nagy, contribution importante à la compréhension transgénérationnelle de l'infertilité et ses implications éthiques.

Infertilité et ambiguïté des liens

Ne pas savoir précisément qui fait partie ou non du système familial: voilà une source de stress et de dysfonctionnement pour la famille, dit Hammer Burns.

Elle évoque la théorie de Pauline Boss à propos d'un certain nombre de situations où un membre est perçu dans la famille comme psychologiquement absent alors qu'il est physiquement présent dans le cas de maladies chroniques affectant les facultés mentales (handicaps congénitaux, démence d'Alzheimer, etc.) ou évoluant de façon certaine vers la mort; à l'inverse, les difficultés surgissent également lorsqu'un membre physiquement absent est ressenti comme s'il était psychologiquement présent. Ce processus concerne les décès inattendus, les départs inopinés de parents ou d'adolescents (17).

Hammer Burns y ajoute les enfants fantasmés que l'on attend très longtemps. Selon elle, l'anticipation de l'enfant fait place au sein du couple à une troisième personne bien avant la naissance, déjà même avant la conception (18).

Cette hypothèse rencontre plusieurs témoignages que je recueille auprès des couples en FIV:

«Sa place est prête.»

«Il a déjà sa chambre et ses jouets.»

«Nous avons acheté une grande maison pour lui.»

On l'imagine au sein des interactions, parfois très précisément, malgré qu'il soit absent:

«Ma femme et moi, on discute souvent pour savoir, au cas où c'est une fille, si on la laissera sortir seule le soir; mais je ne veux pas, elle bien; elle n'est pas encore conçue là et on se dispute déjà!»

«Je suis seule à penser à ce bébé, mon mari ne s'occupe que de son foot et ses copains.»

Ses missions sont variées:

«Un enfant, ça ressoude les mariages.»

«Ça nous rapprochera de mes parents.»

«Enfin, nous aurons un sujet de conversation avec tous nos amis qui ne parlent que de pouponnage.»

«J'imagine que ce seront des jumeaux comme mes petits garçons qui sont tous les deux morts dans un accident; ils auront les mêmes yeux, je leur donnerai les mêmes prénoms.»

L'infertilité au long cours met donc en scène un nouveau membre dans la famille. Chaque étape médicale diagnostique ou thérapeutique l'introduit un peu plus dans les échanges familiaux.

Ce modèle aide à comprendre que l'infertilité dépasse largement les préoccupations individuelles d'une femme mais affecte chaque individu, la relation de couple, le lien des conjoints avec leurs propres parents, les relations particulières avec le gynécologue dont la présence renforce l'espoir, la rencontre avec le psy, etc.

L'enfant fantasmé joue un rôle homéostatique dans la constellation familiale. Mais comme il n'existe pas, il génère dans son sillage beaucoup d'aménagements dysfonctionnels.

Renoncer au rôle de ce fantôme au profit d'autres acteurs bien réels, extérieurs au système nucléaire (famille d'origine, soignants, amis, collègues...), voilà un travail de deuil susceptible d'améliorer le fonctionnement familial et de rendre consistance au couple.

Ce deuil ne signifie nullement abandonner toute idée d'enfant mais seulement l'idée précise de l'enfant tel qu'on l'avait espéré, sans déception.

D'ailleurs, beaucoup de couples infertiles accueillent un jour ou l'autre un enfant. C'est une deuxième raison de renoncer à l'enfant idéal fantasmé: celui-ci occupe les plates-bandes d'un enfant réel dont on pourrait aussi se soucier.

L'enfant à tout prix, un enfant adapté?

«On a consacré beaucoup de parlottes à la pisciculture. Toutefois, personne n'a jamais traité ce sujet du point de vue du poisson.» Ce témoignage rapporté par Virginia Satir en prélude à une étonnante ballade au sein des perceptions d'un nourrisson me fait penser aux discussions longues et complexes à propos de la licéité de pratiquer des FIV (5).

A part quelques psychanalystes à la suite de Geneviève Delaisi de Parseval (19), personne n'a beaucoup abordé la question sous l'angle de l'enfant.

Or, estime Linda Hammer Burns, l'enfant d'un couple infertile, qu'il soit «naturel», «médical», ou adopté hérite d'une tâche difficile: sa place est déjà occupée par un substitut idéal fantasmé qui joue déjà son rôle au sein des interactions entre ses parents. Comment se démarquera-t-il de cet encombrant intrus?

Puisque les données individuelles et relationnelles ont changé totalement dans la famille depuis l'époque de l'infertilité, il importe que lui, enfant bien réel, y crée sa place originale. Ses parents peuvent précisément l'y aider en renonçant au paradis perdu de l'enfant fantôme idéalisé. Ainsi, la famille peut-elle aboutir à un nouvel équilibre fonctionnel.

L'idéalisation, dit Hammer Burns, est peut-être une phase de préparation à devenir parents, mais lorsqu'elle se prolonge et s'accroît excessivement, comme dans le cas de l'infertilité, elle lie l'enfant, conçu médicalement ou pas, au défi impossible et trompeur d'être parfait, c'est-à-dire conforme aux attentes de ses parents.

Prendre de la distance par rapport à l'idéalisation ouvre déjà les issues de la séparation et la différenciation d'un éventuel enfant réel (18).

Ce processus de deuil n'est pas sans analogie avec les suites du décès d'un enfant: les parents sont-ils capables de considérer les puînés autrement que comme des remplaçants plus ou moins doués? Les enfants eux-mêmes ont-ils la compétence de vivre ailleurs que dans la tombe de leur prédécesseur? De tout cela dépend l'avenir de la famille et sa restauration au prix ou non de symptômes invalidants (20).

Autre écho intéressant: celui d'Alice Miller. Elle a fourni de remarquables descriptions d'enfants entourés de parents dévoués et encourageants mais destabilisés

par des troubles narcissiques et dépressifs. Ces enfants, surtout s'ils sont doués, s'adaptent aux besoins inassouvis de leurs parents en développant parfois ce que Winnicott a décrit sous le nom de « faux self ». « Ils réussissent tout ce qu'ils entreprennent, dit Alice Miller, parfois même de façon extraordinaire, mais ça ne sert à rien. La dépression, un sentiment de vide, une impression d'aliénation de soi, d'absurdité de l'existence les guettent et les envahissent dès que la drogue de la grandiosité leur fait défaut... Ils se sont appauvris eux-mêmes, ils ont tué une partie de leurs propres possibilités lorsqu'ils se sont amputés malgré eux de ce qu'ils avaient de vivant et de spontané... L'enfant fournit une satisfaction de rechange à ses parents. En effet, un nouveau-né dépend entièrement de ses parents pour le meilleur et pour le pire. Il a besoin de leur aide pour survivre et fera donc tout pour ne pas la perdre, comme une petite plante qui se tourne vers le soleil » (21).

Un compatriote d'Alice Miller, Helm Stierlin, a développé exactement les mêmes thèses quelques années plus tôt, stigmatisant l'exploitation par les parents du besoin fondamental des enfants d'être investis parfois jusqu'à l'absorption ou l'annexion (22).

Ces considérations ne concernent certes pas tous les couples infertiles, mais elles me paraissent justifier une aide préventive en fonction d'un futur enfant, à l'égard de ceux qui demandent un enfant à tout prix en plein désarroi, après des années de doute et de souffrance.

Même si les compétences propres de l'enfant ne sont pas à sous-estimer dès la naissance, il y a là une question de justice envers lui. L'enjeu est d'ordre éthique.

De la cybernétique à l'éthique

Pourquoi Nagy se démarque-t-il du constructivisme éthique comme le définit Watzlawick ? (23). Cette conceptualisation n'est-elle pas une évidence épistémologique ?

Récemment, Von Foerster y faisait référence en rappelant le danger de justifier nos choix par de soi-disant contraintes référées à un cadre préétabli. En matière relationnelle, la vérité n'existe pas, disait-il. Nous la construisons à tout moment. L'indécidable nous met face à nos responsabilités. Notre réponse dépend de la façon dont nous façonnons le contexte au sein d'une « danse communicationnelle » dont le caractère éthique consiste à démontrer ensemble ce qui est humain (24).

Effectivement, comment aider des couples à opter ou non pour une Fécondation In Vitro, sinon en favorisant l'élargissement de leurs choix dans une relation où émergeait la perspective la plus humaine ?

Pourtant, Nagy refuse l'idée d'une éthique surgissant de la rencontre intersubjective. Pour lui, l'éthique pré-existe à la rencontre. Sur ce postulat s'articulent tous ses concepts théoriques, particulièrement précieux dans le domaine de la Fécondation In Vitro.

En effet, Nagy pose des questions transgénérationnelles : quelles attentes faisons-nous peser sur nos enfants en fonction de celles que nous avons subies ? Quel héritage laissons-nous à nos descendants ?

Sans la lier ni à une religion, ni à une quelconque idéologie, Nagy pose l'éthique relationnelle comme une ontologie. Selon lui, il existe un «grand livre», une justice qui dépasse la perception des partenaires concernés, un décompte des dettes et mérites qui définit les légitimités (25).

L'enfant s'inscrit dans ce contexte qu'il ne construit nullement. La famine, la guerre, le handicap congénital, la violence intrafamiliale, les projections diverses sont des exemples de préjudices avec lesquels l'enfant doit se débrouiller.

Notre responsabilité de parents est d'offrir à ceux que nous mettons au monde ou que nous éduquons au moins la reconnaissance des difficultés qui leur sont imposées; et dans la mesure du possible, nous avons le devoir de leur éviter certaines projections même si elles se justifient en fonction de notre propre passé.

Nagy a longuement décrit le concept de parentification des enfants: pour satisfaire les besoins de leurs parents, certains enfants les prennent en charge au prix de leur propre croissance émotionnelle, intellectuelle ou sociale (10). Ces idées rejoignent les évocations d'Alice Miller dans le champ psychanalytique et celles de Linda Hammer Burns dans le champ systémique. Mais pour Nagy, ces dimensions thérapeutiques sont «coiffées» par la dimension éthique (26).

Les ouvrages de Nagy envisagent très peu le cas précis des procréations médicalement assistées. Il y fait allusion pour questionner ces techniques: sont-elles actives ou passives? sont-elles parentales ou l'inverse? (25).

Pour ma part, l'éthique relationnelle proposée par Nagy (que j'ai par ailleurs appliqué plus en détail à la Fécondation In Vitro (27)), m'apporte l'enseignement suivant: si, comme je l'ai relaté plus haut, un grand nombre de couples demandeurs de FIV sont douloureusement marqués par une histoire d'infertilité qui a remis en lumière certains fardeaux du passé, leurs projections sont susceptibles d'être intenses sur l'enfant programmé (enfant consolateur).

Aider le couple à élargir ses choix comme le prônent les constructivistes est une position éthique d'autant plus respectable qu'elle est malaisée dans le contexte de dépendance au monde médical, caractéristique de l'aide médicale à la procréation. Mais elle ne suffit pas: cette proposition ne concerne que les adultes et risque d'éclipser les intérêts de l'enfant dont on rend possible la conception. C'est à partir de lui et de ses besoins fondamentaux que doit se construire la réflexion éthique, même s'il n'est pas encore là pour intervenir dans le débat.

Au cours du dernier congrès mondial de FIV, R. Edwards, considéré comme le «père» de cette technique, s'extasiait devant les perspectives de contrôle eugénique rendu possible par l'accès au diagnostic pré-implantatoire, en cours de FIV (on sépare en deux le pré-embryon et on passe en revue sur une des moitiés son bagage génétique) (28). «J'ai un grand principe: ne pas faire de mal», dit-il (29), non sans une étonnante naïveté. «Je ne fais que répondre aux demandes des couples.»

Outre le fait qu'on voit mal comment, malgré ses prétentions éthiques, Edwards peut respecter la complexité du choix des demandeurs de FIV sur de telles bases, par ailleurs, il ne pense à aucun moment à l'avenir des enfants produits par cette maîtrise.

Comment ceux-ci parviendront-ils à s'autonomiser suite à l'annexion par leurs parents *via* les médecins du choix d'un grand nombre de caractéristiques qui leur appartiennent (développement embryonnaire, sexe, morphologie, santé...)? Cette

question doit être envisagée dès avant que la FIV atteigne la maîtrise génétique. La maîtrise de la conception pourrait n'être que le premier maillon d'une chaîne aboutissant à déterminer de plus en plus précisément le destin de l'enfant.

Bowen parle de la transmission multigénérationnelle de l'indifférenciation et rappelle que certaines circonstances de la vie comme des difficultés périnatales génèrent des projections parentales susceptibles d'augmenter la fusion (7).

Dès lors, à la lumière de l'approche contextuelle de Nagy, on peut se poser la question suivante: si ces difficultés sont induites par un processus médical tel que la FIV, n'y a-t-il pas pour l'enfant un risque d'injustice à prendre en considération?

En matière de prévention psychothérapeutique, il ne s'agit évidemment pas de faire un procès d'intention aux candidats parents déjà éprouvés par leur infertilité à propos de leurs possibles projections futures. Mais si on se préoccupe de l'injustice qui les frappe et s'additionne peut-être à d'autres injustices qu'ils ont vécues et que ni le meilleur médecin ni personne ne pourrait réparer, alors peut-être les aide-t-on à être réceptifs ultérieurement aux besoins propres de leur enfant autrement qu'en référence à leurs blessures et l'accepter comme il est.

Réfléchir à long terme

Comment puis-je légitimer mon intervention dans le décours de la démarche médicale d'un couple infertile? Après tout, il ne demande rien d'autre qu'un enfant, et si possible le plus beau, le plus souriant, le plus malin. Rien de très différent, apparemment, des attentes de n'importe quel couple qui décide de concevoir sans pour autant se soumettre à un entretien psy.

Effectivement, mon intervention est préventive et la prévention a toujours un aspect arbitraire reposant sur des convictions fondées sur diverses observations, associations, extrapolations, intuitions...

Des constats rassurants sont actuellement établis à propos de l'évolution psychomotrice des enfants nés de FIV, si l'on excepte le problème encore préoccupant des séquelles de prématurités surtout liées au taux énorme de grossesses multiples (30-31) (suite au transfert de plusieurs embryons, celui-ci est vingt fois supérieur à la normale) (32).

Mon expérience en FIV m'indique cependant que cette technique ne peut être, à l'heure actuelle, considérée comme un simple artifice médical neutre qu'une famille utilise pour se donner un coup de pouce à un temps d'arrêt dans son cycle de vie.

La FIV comporte des aspects relationnels que ses praticiens ne peuvent ignorer et auxquels j'ai fait allusion:

- Elle représente un investissement exigeant pour des couples déjà fragilisés par une longue attente, vraisemblablement déstabilisés par l'impossible régulation de leurs relations confiée à un être-fantôme, psychologiquement présent mais physiquement absent. Or, le recours à la procréation médicalement assistée est loin de résoudre cette ambiguïté parce qu'il ne facilite pas les démarches de deuil.

- La FIV accentue l'idée réparatoire qu'intuitionnent les couples : « Toute la souffrance peut être annulée par l'arrivée de l'enfant inespéré. » Cette illusion risque d'activer des mécanismes de parentification.

Pour ces raisons, je pense qu'une approche relationnelle de la FIV est justifiée. Est-ce le rôle d'un psychothérapeute, d'un philosophe, d'un sociologue, d'une infirmière, d'un gynécologue, d'un biologiste ou de l'association de plusieurs intervenants? On pourrait certes en discuter.

Pour ma part, je prends cette place comme pédopsychiatre et thérapeute de familles en indépendance de l'équipe biomédicale mais en accord avec elle. Cette identité détermine les questions que je choisis d'aborder avec les couples. Celles-ci se regroupent en deux grands thèmes :

1. *Les ressources du couple et du réseau*: qu'attendent-ils l'un de l'autre, qui dans leur entourage est au courant de leur infertilité, quelle reconnaissance en reçoivent-ils, quelles distances ou rapprochements sont-ils suscités, comment voient-ils le rôle des soignants, quel prix sont-ils prêts à payer à tous niveaux, etc.
2. *Les alternatives*: à quelles solutions ont-ils pensé, que leur a-t-on conseillé, quel est l'état de leur réserve de confiance pour chacune de ces solutions, comment imaginent-ils la vie future avec ou sans enfant, quelles sont les implications en termes de donner-recevoir, etc.

Souvent, la réflexion n'atteint pas le niveau de tous ces enjeux: le simple fait de s'entendre réciproquement parler de l'infertilité et du traitement est déjà pour le couple une expérience inhabituelle et peut être mobilisante. Certains y donnent suite mais la plupart des couples demandeurs de FIV se limitent à un entretien ponctuel. Il est difficile d'en évaluer les effets thérapeutiques (négociation plus réaliste? différenciation? accréditation? ...).

Au-delà d'une spéculation sur la santé des familles, c'est une préoccupation éthique qui fonde ma collaboration avec une équipe de FIV.

Cette préoccupation vise bien sûr le couple soumis à des épreuves telles que manipulations gynécologiques multiples, masturbations sur commande, comptabilité des relations sexuelles, justifications difficiles des absences professionnelles, sacrifices financiers, réajustements familiaux divers, déceptions répétées de plus en plus cruelles lors des échecs...

Pour certains, ce parcours pénible constitue une redondance, un réveil d'autres souffrances, d'autres injustices et justifie le désespoir, le droit à la destruction au sens où l'entend Nagy, l'exigence de réparation.

Reconnaître le préjudice subi par ces couples peut les aider à mener un travail de deuil qui leur ouvre des alternatives plus réalistes et les rende moins dépendants des techniques médicales, même si en soi, elles ne sont pas à rejeter.

Ainsi, peut-être qu'à leur tour, en analogie, leurs éventuels enfants seront eux aussi moins dépendants des attentes de leurs parents, ni coupables, ni héros.

Car si la FIV est une histoire de couple, elle est également et principalement l'amorce de la destinée d'un enfant et peut-être au-delà de lui, des enfants de cet enfant et ainsi de suite.

«Le thérapeute qui ne fait pas tout son possible pour cerner avec précision les aspects relationnels qui ont des répercussions à travers les générations est à peu de choses près un thérapeute qui avoue son mépris cynique pour la suite des événements» (26).

Luc Roegiers

Centre d'études bioéthiques de l'U.C.L.
Promenade de l'Alma 51/4534
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Testart J. et coll. (1990): *Le magasin des enfants*, François Bourin, Paris.
2. Mazure C. and Greenfeld D. (1989): «Psychological studies on *in vitro* fertilization transfer participants», *Journal of IVF-ET*, vol. 6, n° 4.
3. Friedman T. (1989): «Infertility and assisted reproduction», *Baillière's clinical obstetrics and gynaecology*, vol. 3, n° 4.
4. Fontaine P. (1985): «Familles saines», *Thérapie familiale*, vol. 6, n° 3, p. 278.
5. Satir V. (1972): *Pour retrouver l'harmonie familiale*, trad. T. Lebeau et M. du Ranquet, Delarge, Paris.
6. Minuchin S. (1974): *Familles en thérapie*, trad. M. du Ranquet et M. Wajeman, Delarge, Paris.
7. Bowen M. (1966): «The use of family theory in clinical practice», publié dans *Comprehensive Psychiatry*, 7, pp. 345-374, et repris dans *Changing Families*, J. Haley (Ed.), Grune & Stratton, New York, 1974, pp. 159-191, traduit par l'unité de pédopsychiatrie de l'Université Catholique de Louvain.
8. Olson D.H. (1979): «Circumplex model of marital and family systems», *Family Process*, vol. 18.
9. Stierlin H. (1977): *Psychoanalysis and family therapy*, Jason Aronson, New York.
10. Boszormenyi-Nagy I. and Spark G. (1973): *Invisible loyalties*, Brunner Mazel, New York, 1984.
11. Ausloos G. (1986): *Familles à transactions rigides ou chaotiques: deux façons différentes de vivre le temps?, conférence à l'Institut de la Famille et des Systèmes Humains*, Bruxelles.
12. Vandelaer L. (1989): «La face cachée de la procréation artificielle», *La Recherche*, vol. 20.
13. Roegiers L. (accepté en septembre 1990): «FIVETE, crise, deuil et choix», *Psychologie Médicale*.
14. Delais de Parseval G. (1984): «Intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple», *Psychothérapies*, vol. IV, n° 3.
15. Bydlowski M. (1990): «Les couples en demande d'enfant». In: *Désir d'Enfant*, Centurion.
16. Martin-Du Pan R.C. (1985): «Aspects psychoneuro-endocriniens de la stérilité». In: *Les enfants des couples stériles*, ESF.
17. Boss P. and Greenberg J. (1984): «Family boundary ambiguity: a new variable in family stress theory», *Family Process*, 23, pp. 535-546.
18. Hammer Burns L. (1987): «Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective», *Family Process*, 26, pp. 359-372.
19. Delais de Parseval G. (1983): *L'enfant à tout prix*, Seuil.
20. Rousseau P. (1987): «Le deuil périnatal et ses implications». In: *L'après naissance en co-propriété*, Médecine & Hygiène, Genève.
21. Miller A. (1983): *Le drame de l'enfant doué*, trad. Bertrand Denzler, PUF.
22. Sterlin H. (1976): «The dynamics of owning and disowning: psychoanalytic and family perspectives», *Family Process*, vol. 15, n° 3, pp. 277-278.
23. Watzlawick P. (1988): *L'invention de la réalité*, trad. Annelise Hacker, Seuil.

24. Von Foerster H. (1990): *Ethique et deuxième cybernétique*, communication au Congrès Ethique - Idéologies - Nouvelles méthodes, Paris.
25. Boszormenyi-Nagy I. and Krasner B. (1986): *Between give and take*, Brunner Mazel, New York.
26. Boszormenyi-Nagy I. (1991): «Thérapie contextuelle et unité des approches systémiques», *Dialogue*, 111, extrait de *Foundations of contextual therapy*, Brunner Mazel, New York, 1987, trad. Catherine Ducommun Nagy.
27. Roegiers L. (1991): «Réponse à la stérilité et approche contextuelle», *Le Groupe Familial*, n° 133.
28. Edwards R. (1991): *Preimplantation genetic diagnosis*, communication au congrès mondial de FIV, Paris.
29. Edwards R. (1982): Interview dans *Sciences et Avenir* à propos du Congrès d'Annecy sur la FIV.
30. Muschin D. et coll. (1985): «Children of IVF», *Clin. Obstet. Gynecol.*, 12, pp. 865-875.
31. Raoul Duval A. et coll. (1990): «Etude prospective et comparative du devenir des enfants nés par FIV et de leur mère», *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.*, 18, pp. 203-208.
32. World Collaborative Report (1991): 7^e Congrès mondial de FIV.

BILAN APRÈS 15 ANS DE PRATIQUE À L'INTERVENTION SYSTÉMIQUE EN A.E.M.O.

André CHEMIN*, Annick CARON**, Annie JOLY***

Résumé: *Bilan après 15 ans de pratique à l'intervention systémique en A.E.M.O.* — Après avoir présenté quelques points d'évolution depuis 15 ans de pratique à l'intervention systémique en Action éducative en milieu ouvert, avec des familles sous mandat, les auteurs précisent quelques points de leur méthodologie d'intervention, en particulier, les redéfinitions du contexte, du problème, de la relation. Puis, ils donnent les premiers éléments d'un Follow-up en cours sur cent familles, cinq ans après la fin du mandat.

Summary: *A final assessment after 15 years of practice in systemic intervention in «Educational Action in an Open Environment».* — After presenting a few points in the evolution they have gone through in their 15 years of practice in systemic intervention in educational action in an open environment, with families under warrant, the authors specify a few points in their method of intervention, more particularly how they redefine the notions of context, problem and relationship. Then they give the first elements of a follow up war being done with a hundred families, five years after the end of the warrant.

Mots-clés: Mandat — Intervention systémique — Travail social — Contexte — Bilan.

Key words: Mandate — Systemic intervention — Social work — Context — Follow up.

Cet article, présenté lors d'un atelier au Congrès de Lyon en septembre 1991, fait suite à l'«Epopée systémique d'une équipe d'A.E.M.O.» (1). Il montre notre évolution depuis 1976, dans le suivi des familles sous mandat au Service de Sauvegarde de l'Enfance en Vendée. Après avoir ébauché les points essentiels de notre évolution, nous situons les grandes lignes de la méthodologie que nous utilisons, puis présenterons les premiers éléments du Follow-up en cours actuellement sur «100 familles 5 ans près», avant de conclure sur les perspectives.

I. Quelques points d'évolution

a) Passage du modèle de la Thérapie familiale à l'intervention systémique en travail social

Nous avons progressivement compris que les modèles de Thérapie familiale

* Psychologue, intervenant systémique, au Service et Sauvegarde de l'enfance en Vendée.

** Educatrice, intervenante systémique au SSMO en Vendée.

*** Psychologue, intervenant systémique au SSMO en Vendée.

empruntés aux «grands maîtres» n'étaient pas pertinents dans notre pratique. Ils nous permettaient de suivre deux ou trois «cas sélectionnés», mais pas de prendre en compte l'ensemble des mesures. Ces modèles avaient été développés en fonction de contextes et de problématiques particulières, nous avons donc dû, nous aussi, inventer une méthodologie spécifique de l'intervention systémique en fonction de notre contexte de mandat et des problématiques des familles suivies.

b) Passage à la deuxième cybernétique

Après avoir travaillé quelques années sur les problèmes de la famille, nous avons compris, petit à petit, que notre première intervention n'était pas sur le fonctionnement de la famille, mais sur la fonction du mandat, de la «commande», sur le modèle relationnel. Cela nous a amené à travailler de plus en plus le début, et même l'avant début: le dossier, le contexte, le référent, et de mettre en place un cadre d'intervention nécessitant de redéfinir: le contexte, le problème, la relation. Cela a été de pair avec notre propre évolution d'équipe comme système, notre ouverture sur le système institutionnel. Comme si au départ nous mettions en place un travail systémique de façon systémique.

c) Passage de la rigidité à la souplesse-rigueur

La position au départ, de ne rencontrer que la famille au complet, s'est vite avérée importante mais rigide. Progressivement, prenant plus confiance en nous, nous avons pu travailler avec les présents sur les absents, sur la fonction de l'absence, puis parfois avec des sous-systèmes et même des individus. C'est la clarté et la rigueur systémique qui sont apparues, faisant place à la rigidité technique.

d) Intérêt pour le réseau et pour l'individu

Plus à l'aise dans le modèle systémique, notre souplesse est devenue plus grande en fonction des problèmes et des contextes. Le travail sur le dossier, la fonction du mandat, nous a amenés à travailler sur la carte de réseau. Plus nous avons prêté attention au réseau, au contexte du mandat, plus la dimension de l'individu dans le système est apparue importante.

Parfois démunis pour prendre en compte en même temps l'individu, la famille, le contexte, nous avons recherché chez Virginia Satir, puis trouvé dans la Gestalt et son modèle organisme-environnement les compléments nécessaires à la Théorie systémique. Actuellement l'utilisation: systémique-Gestalt nous permet les passages individu-système sans changement d'épistémologie.

e) Evolution sur la notion d'urgence

Le travail sur la fonction de l'urgence nous a permis de faire plus rapidement le tri entre l'urgence qui reste parfois réelle, assortie de dangers, et la manipulation du système qui tente de définir la relation et d'éviter le changement... et qui sait jouer sur nos peurs et nos contre-transferts.

f) Revalorisation des tâches du travail social

Au début de notre pratique systémique, dans le souci légitime de passer de «l'assistanat à l'aide», de la «famille assistée à la famille ressources», nous étions parfois peu à l'aise avec les tâches du travail social: demandes d'aides financières, démarches, accompagnement, dossiers... Progressivement, il nous est apparu que les tâches classiques du travail social pouvaient être de merveilleux outils d'intervention, à condition de les recadrer clairement dans l'intervention systémique.

II. Quelques points de notre méthodologie d'intervention systémique

La découverte de la lecture systémique, le ras le bol d'être piégé dans les urgences, de courir derrière les familles, de donner des conseils inutiles... nous avait poussés à organiser un voyage d'étude au Québec, à mettre en place une formation et, en 1976, à décider que l'approche systémique devenait le choix prioritaire de l'équipe. Nous avons découvert une nouvelle lecture sociale des problèmes sociaux, il nous fallait inventer une méthodologie systémique en lien avec notre contexte. Très vite, cette recherche nous a sortis de la culpabilité et de l'impuissance des échecs, nous a donné du dynamisme et du plaisir à faire notre travail. Puis est apparue la nécessité, en partant du mandat, de redéfinir le contexte, le problème, la relation.

a) Le contexte

Il est clair, dans le cadre du mandat judiciaire, que les familles ne sont pas volontaires. Il ne s'agit pas d'une demande, mais bien d'une «commande sociale», et d'une double obligation (tant pour la famille que pour le travailleur social qui est mandaté). Par ailleurs, cette «aide contrainte» est paradoxale, car la famille est dans l'obligation de changer pour arrêter le mandat, et nous, nous devons faire en sorte que l'individu désigné ou la famille changent alors qu'ils ne le demandent pas. Cependant, nous estimons que ce paradoxe n'est pas forcément une situation de double-contrainte, ni une impasse relationnelle, à condition que nous prenions le temps, en partant strictement de cette situation de mandat, de redéfinir le cadre, d'ouvrir un espace à l'intérieur duquel le problème et la relation peuvent se redéfinir.

Pour cela, il est vite paru important de clarifier le triangle Juge-Famille-Travailleur social (2), de façon à éviter les coalitions ou les alliances. L'alliance juge-travailleur social confuse éducatif et judiciaire, celle de la famille avec le travailleur oublie le mandat, celle entre le juge et la famille disqualifie le travailleur social. Donc, ne pas oublier le mandat, ne pas vouloir aider avant que le contexte soit clarifié, ne pas disqualifier le juge, ni lui dire comment il doit faire, recadrer la commande du juge comme un mandat et non une prescription.

Si le contexte est l'ensemble du texte qui entoure une phrase et éclaire son sens, les différents éléments qui entourent le mandat (dossier, messages, attendus...) permettent une hypothèse sur sa fonction. Nous prêtons donc une attention importante au dossier (rapport du référent), pour en faire une lecture relationnelle et non

du contenu. Le dossier lu de cette façon évite de se faire enfermer dans le contenu sur la famille, mais donne des indications précieuses sur la fonction de la demande, la place du référent, le triangle relationnel proposé entre la famille-le référent-le mandaté, la façon dont la famille a établi la relation avec les travailleurs sociaux précédents, et donc ce qu'elle va répéter avec nous comme manifestation de son problème. Ce n'est donc pas le symptôme de la famille qui est prioritaire dans notre approche, mais la fonction du mandat, le symptôme de la demande et du signalement.

b) Le problème

Problème en grec signifie «ce qui est proposé». Notre premier travail est bien de percevoir ce qui nous est proposé par le juge, le référent, les autres collègues du secteur. L'établissement d'une carte systémique du réseau, l'étude du dossier, des informations orales ou téléphoniques sont les préalables devenus de plus en plus indispensables avant la rencontre de la famille. Ils nous permettent de travailler sur «qui demande quoi, à qui, pour qui, pour quoi faire, pourquoi maintenant», donc de faire une hypothèse sur la fonction de la demande, et une redéfinition du problème pour lequel le travailleur social est mandaté (ce n'est rarement d'abord le problème de la famille ou du patient désigné).

Ce travail des préalables permet de clarifier notre place dans le réseau, de décider la nécessité de réunion avec les différents partenaires, le mode de contact (téléphonique, direct) avec le référent, voire son invitation avec la famille. C'est seulement après ce travail, supervisé par l'équipe, que nous décidons comment prendre contact avec la famille.

c) La relation

La prise de contact se fait par courrier, elle demande à toutes les personnes vivant sous le même toit de venir à notre bureau, pour un rendez-vous fixé dans la cadre du mandat. Une deuxième lettre peut être nécessaire mais rarement plus depuis que nous acceptons l'absence de certains membres, avec toujours l'objectif stratégique, en travaillant l'absence, de voir tout le système concerné. Souvent, cela se fait sans difficultés, parfois cela prend plusieurs mois et constitue l'essentiel du travail, la redéfinition de la relation. Dans certains cas, lorsque nous réussissons à voir tout le système, après plusieurs mois, la travail est presque fini.

Avec le premier contact démarre la redéfinition du cadre, que nous appelons phase d'évaluation. Le premier message donné au système n'est pas «aide», mais «nous ne savons pas encore ce que nous allons faire ensemble, il est d'abord important de comprendre ce qui fait qu'un mandat a été ordonné, et nous réunit... pour cela, nous allons nous rencontrer trois ou quatre fois, avant de voir ce que nous ferons ensemble».

Ce cadre posé évite d'aller trop vite sur les problèmes de la famille qui n'est pas demandeur d'aide, il reste sur le problème du mandat qui nous réunit. Il évite aussi les urgences comme manipulations. Face à ces urgences, plus souvent financières, nous prenons le temps de voir avec la famille comment elle a fait jusqu'à maintenant, car ce n'est pas la première fois que le problème se pose, nous voyons quelles

ressources elle sait utiliser, et l'invitons à continuer comme cela car « nous ne savons pas comment répondre pour le moment ». En fait, ce cadre définit un premier espace de « non-faire actif » plutôt qu'un « faire agitation », il va permettre de redéfinir la relation, d'ouvrir un espace possible à l'intérieur duquel peut se définir souvent un contexte d'aide et non de contrôle social. Il est clair qu'il n'y a pas de changement possible, que toute stratégie et technique de changement du système sont inutiles, si un nouveau contexte n'est pas créé, et il ne peut se créer qu'en travaillant sur le contexte.

Cette phase d'évaluation se fait à notre bureau, avec deux travailleurs sociaux, elle utilise parfois la glace sans tain, donne lieu à un travail d'évaluation avec l'équipe qui aide à envisager les hypothèses tant intra-familiales que famille-environnement et famille-travailleurs sociaux, et élabore un contrat possible avec le système. Le premier entretien porte plus sur l'histoire du problème, du mandat, du réseau, du contexte. Le deuxième sur la dynamique familiale liée au mandat et au symptôme. Le troisième sur les liens avec la famille d'origine, et les ressources de la famille et de son environnement.

d) L'intervention

Cette phase d'évaluation peut durer deux mois (trois ou quatre entretiens) ou quelquefois s'étendre sur une période de six mois à un an. Dans certains cas, l'essentiel du travail se fait à travers cette phase d'évaluation, et dure longtemps, comme si le changement s'opérait à travers cette redéfinition du contexte et de la relation entre le système familial, nous et l'environnement. Dans d'autres cas, très vite, la relation se définit et permet un contexte d'aide. Dans quelques cas, rien ne se met en place et nous restons dans un contexte de « contrôle social ».

En 1986, dix ans après notre démarrage, nous évaluons que, dans 50% des cas, le travail se continuait par une intervention systémique, et dans 50% des cas en travail plus individualisé ou en contrôle social. Aujourd'hui, dans 90% des cas, le travail se continue en intervention systémique, cela semble correspondre à la reconnaissance d'une phase d'évaluation plus longue, et à une plus grande prise en compte des tâches du travail social comme outils d'intervention systémique.

Il serait trop long d'expliquer ici les outils spécifiques développés dans l'intervention en fonction des problématiques, un livre est en préparation. Nous avons dû, dans certaines problématiques, modifier ou affiner nos techniques, en particulier avec les passages à l'acte délinquant, avec les familles reconstruites, et avec les enfants en jeu dans les séparations de couple.

III. Quelques points de Follow-up

Un Follow-up est actuellement en cours sur 100 familles, trois ou cinq ans après la fin du mandat. Le secrétaire nous a sorti le listing des familles pour lesquelles une main-levée d'intervention remonte à au moins trois ans, et nous n'avons pas choisi les dossiers pour lesquels a été pratiqué ce Follow-up.

Pour cette étude, nous avons bâti une grille que nous avons utilisée au cours d'entretiens avec toute la famille. Quand cela s'avérait impossible, nous avons pratiqué soit un entretien avec quelques personnes, soit un entretien téléphonique. La grille comporte deux volets. Le premier nous sert à effectuer notre propre bilan de travail, en reprenant les hypothèses de départ, les hypothèses en cours de suivi, les techniques utilisées, le rythme des séances... Le second volet que nous avons travaillé avec la famille sous forme de questionnaire, nous a permis de vérifier où «elle en était aujourd'hui»:

- Par rapport aux motifs de l'A.E.M.O.?
- A-t-elle fait appel à d'autres services?
- Quelle est sa situation actuelle? (composition, travail, scolarité, insertion...).
- Les problèmes non traités à la main-levée, le sont-ils?
- De nouveaux symptômes sont-ils apparus? Lesquels?
- Quel est le point de vue de la famille sur le travail d'A.E.M.O.?
 - Est-ce que cela les a aidés ou pas? si oui, à quoi?
 - si non, pourquoi?
 - Qu'est-ce qui les a le plus marqué?
 - Qu'est-ce qui laissé le plus de traces?
- Comment, après-coup, juge-t-elle nos techniques de travail? (glace sans tain, vidéo, co-animation, rythme des séances...).
- Quelle image la famille a d'elle-même, aujourd'hui?...

Les quarante dossiers étudiés se répartissent comme suit:

- 4 mesures administratives, les familles ont elles-mêmes, sollicité une mesure d'Action éducative auprès de la D.A.S.S., la plupart du temps orientées par l'assistance sociale de polyvalence qui intervient.
- 1 O.C.E. (consultation d'orientation éducative). C'est la famille qui fait la demande auprès du juge des enfants pour une intervention.
- 35 mesures d'Action éducative judiciaires, ordonnées par le juge des enfants dont 9 avaient commencé par une mesure d'O.M.O. (observation en milieu ouvert).

En ce qui concerne les motifs qui ont déclenché la mesure:

- Pour 14 cas: Problèmes de carences éducatives avec danger pour les enfants, assortis de problèmes tels qu'alcoolisme, troubles mentaux...
- Pour 13 cas: Problèmes de relations parents-enfants, assortis de différents passages à l'acte: vols, fugues, absentéisme scolaire, tentative de suicide...
- Pour 2 cas: Suspicion de mauvais traitements.
- Pour 6 cas: Problèmes de comportements d'enfants dans un contexte d'adultes en séparation.
- Pour 3 cas: Retour d'enfants placés en institution ou en famille d'accueil.

a) Que donne le Follow-up, trois années après la main-levée?

Vingt-sept familles, nous pourrions dire, vont bien: soit 67,5 %.

Les symptômes ayant déclenché la mesure d'O.M.O. ou d'A.M.E.O. ne sont pas réapparus. Des modifications au sein de la famille sont, bien sûr, intervenues (départ d'enfants, naissance, décès dans la famille d'origine), mais la famille a su se réorganiser et le processus qui était enclenché s'est poursuivi.

Pour douze familles, soit 30%, des difficultés persistent.

Les symptômes pour lesquels nous étions intervenus ne sont pas réapparus, mais il existe toujours des difficultés de relations, soit dans le couple parental, soit avec la génération précédente... (c'est toujours difficile avec ma mère... ou... je n'arrive pas toujours à discuter avec ma femme comme je le voudrais...).

Cependant, aucune intervention extérieure n'a été nécessaire, pas de nouvelle mesure d'A.M.E.O. ou d'intervention du service social.

Nous pouvons noter, ici, qu'un apprentissage que nous avons dû faire, progressivement au fil des années, est de pouvoir accepter qu'une famille peut retrouver des relations satisfaisantes, mais que son modèle de relations n'est pas le nôtre et qu'il faut aussi apprendre à arrêter l'intervention. Il peut avoir persistance de problèmes relationnels dans la famille, mais un changement suffisant pour que la famille ne soit plus désignée. Nous pouvons également noter que sur ces douze familles, où des problèmes persistent, deux familles sont venues au service pour redemander notre intervention. Elles s'adressaient aux intervenants précédents pour une intervention familiale. Pour l'une d'elle, après la mort accidentelle d'un enfant, pour l'autre dans un projet de séparation de couple.

Pour une famille, soit 2,5%, les mêmes symptômes, ayant motivé la mesure d'A.E.M.O., sont réapparus et une nouvelle mesure judiciaire a été ordonnée.

b) En ce qui concerne le bilan d'intervention

Pour 33 familles, la phase d'évaluation s'est déroulée sur trois ou quatre entretiens. Pour les 14 autres, la phase d'évaluation a été beaucoup plus longue. C'est à l'intérieur de cette phase d'évaluation que la relation a pu être définie quelquefois avec de grandes difficultés. Il s'agissait surtout de familles refusant la mesure d'A.M.E.O. et avec lesquelles un travail uniquement de contexte et de maintien du cadre était le plus pertinent. D'ailleurs, pour 9 de ces 14 familles, la définition de la relation est restée uniquement symétrique. Toute l'énergie de la famille était canalisée afin que notre intervention s'arrête, que surtout l'ordonnance judiciaire soit levée, au prix, bien sûr, qu'une réorganisation familiale s'opère, que les symptômes disparaissent sans que nous intervenions directement sur le changement. Pour ces neuf familles, dans lesquelles la phase d'évaluation s'est poursuivie sur des périodes de six mois à un an et demi, cette phase a constitué l'essentiel du travail d'A.E.M.O.

Pour sept familles, nous n'avons pas pratiqué de phase d'évaluation.

Très vite entraînés dans un processus d'urgence, nous sommes intervenus, c'est-à-dire que nous avons fait pour eux, soit des aides financières sans qu'elles soient inscrites dans un projet clair, mais plus sur le mode assistanat, soit pour des recherches de travail ou de logement, etc.

Nous avons éprouvé ensuite beaucoup plus de difficultés à cadrer notre intervention puisque nous n'avons pas pris soin de définir clairement la relation. Nous n'avons pas non plus pris le temps d'étudier comment nous allions orienter notre intervention et déterminer la stratégie que nous allions utiliser.

Pour cinq de ces sept familles, des problèmes persistent aujourd'hui.

c) En ce qui concerne l'aide apportée et ce qui les a le plus marqué

La réponse la plus fréquente est le travail du génogramme.

Ceci reste des moments forts d'émotions, de découvertes également pour chacun des membres de la famille. C'est un outil puissant qui crée des séquences fortes d'intensité dans les séances et qui permet des changements progressifs au niveau des représentations que se fait la famille de sa famille.

Nous avons d'ailleurs, au cours des années, modifié notre manière d'utiliser le génogramme.

Lorsque nous testions la grille d'évaluation que nous avons bâtie, nous utilisons le génogramme comme outil d'informations sur les relations avec les familles d'origine. Peu à peu, nous nous sommes aperçus que ces informations pouvaient être obtenues au cours de l'entretien sans faire le génogramme avec la famille et nous permettaient cependant de tracer le génogramme hors séance et de l'étudier en évaluation.

En effet, à plusieurs reprises, nous avons pu noter que faire le génogramme avec la famille constituait une véritable phase du travail de changement, et qu'il fallait se servir du temps, respecter le rythme de la famille et imaginer des tâches en fin de séance pour opérer un changement relationnel.

Depuis plusieurs années maintenant, nous utilisons véritablement le génogramme comme un outil précieux qui nous permet d'élaborer des hypothèses de compréhension pertinentes. Dans les familles qui traversent des crises existentielles, le travail du génogramme s'est parfois déroulé sur plus d'une année et a constitué la phase la plus importante de l'intervention.

Après avoir utilisé le génogramme diagnostique, nous utilisons maintenant le génogramme thérapeutique.

Pour les familles avec lesquelles la phase d'évaluation a constitué la plus grande partie du travail, ces familles qui refusaient la mesure d'Action éducative... lorsque nous leur posons la question: qu'est-ce qui vous a aidé?

«Rien» — Vous ne nous avez pas aidé!»

«Parler, vous savez, ne sert à rien» ... «mais c'est que maintenant ça va bien.»

Nous pouvons vérifier que la définition de la relation est restée la même, c'est-à-dire symétrique. Contrairement aux familles qui se sont réellement engagées dans un travail de changement et avec lesquelles la relation était complémentaire.

d) En ce qui concerne les techniques de travail

Pratiquement 90% des familles disent ne pas y avoir attaché beaucoup d'importance. Le plus marquant pour elles dans ce qu'elles nous redonnent, c'est

la relation qui était établie. Dans ce sens, la co-animation les a quelquefois interpellées, surtout lorsque les rôles étaient très différenciés, mais sans qu'elles nous transmettent cet élément comme quelque chose qui les a aidées.

Par contre, elles se souviennent parfaitement des courriers, des communications téléphoniques lorsqu'elles ne venaient pas à un rendez-vous, notre ténacité étant vécue comme notre « croyance » dans leurs ressources et comme si pour la première quelqu'un s'intéressait à eux... les prenait au sérieux.

IV. Quelques points de conclusion

Ces premiers éléments de Follow-up confirment l'intérêt de notre méthodologie, en particulier de la phase d'évaluation et de la création du cadre d'intervention. Ils confirment aussi l'intérêt de l'utilisation du génogramme comme outil thérapeutique pouvant s'étaler sur plusieurs mois, et non comme outil seulement diagnostique. L'importance de la relation plus que de la technique apparaît nettement. Comme si avec notre type de clientèle, pour une fois, la famille était prise au sérieux et avant de l'importance.

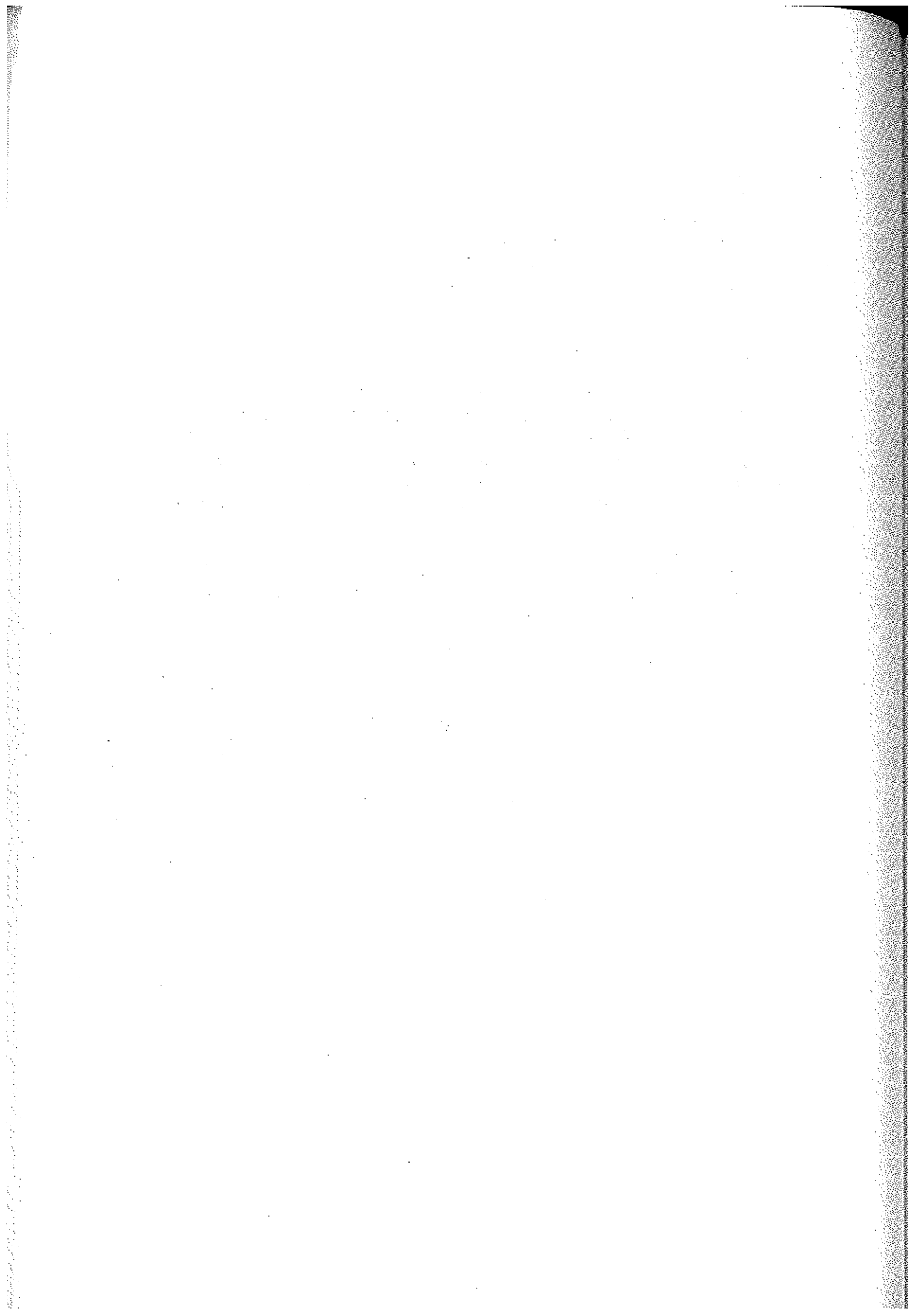
Nos recherches actuellement en plus du Follow-up, « Que deviennent 100 familles, cinq ans après? », portent sur les liens individu-système, réseau, reliant la théorie systémique et gestaltiste, et l'histoire familiale à la trajectoire personnelle.

André Chemin

37, rue Raymond-Poincaré
F-85000 La Roche-sur-Yon

BIBLIOGRAPHIE

1. Chemin A. *et al.* (1984): «Epopée systémique d'une équipe d'A.E.M.O.», *Thérapie familiale*, 5, pp. 159-171.
2. Joly A. et Chemin A. (1983): «L'approche des familles non volontaires», *Soins Psychiatriques*, n° 38.



MÉDÉE, JASON ET LE CHŒUR AU FIL DES ANNÉES

Thérapie de couple en trois actes, monologue, prologue et exodos

Carmen VIEYTES-SCHMITT*

Résumé: *Médée, Jason et le chœur au fil des années.* — Une métaphore sur la thérapie systémique de couples à travers les diverses manières de voir et de comprendre le couple mythique de Médée et Jason, l'article retrace différents moments du développement de l'approche systémique et l'évolution correspondante dans la vision du couple, du thérapeute et du système thérapeutique.

Summary: *Medea, Jason and the chorus through the years.* — A metaphor dealing with the systemic couples therapy. Through diverse ways of seeing and understanding the mythical couple of Medea and Jason, the article outlines different moments of the development of the systemic approach and the corresponding evolution in the perception of the couple, the therapist and the therapeutical system.

Mots-clés: Thérapie de couple — Histoire — Métaphore.

Key words: Couples therapy — History-Story — Metaphor.

Monologue

(A propos de *Thérapie Familiale Systémique — Bilan et perspective*)

Le rideau est baissé. Un seul spot illumine une femme assise à gauche de la scène. Elle regarde vers le public. Elle doit donner l'impression de regarder à travers une fenêtre.

La femme

Faire un bilan de mes années de travail thérapeutique systémique, esquisser des perspectives... quelle merveilleuse occasion pour faire une pause, réfléchir. Le

* Psychologue, psychothérapeute, formatrice en thérapie familiale et approche systémique. Adresse: UCL, Centre Chapelle-aux-Champs 30, B-1200 Bruxelles. — Mes sincères remerciements à Mme Chrissoula Tagary pour son apport précieux d'information sur la mythologie grecque.

regard posé autrement sur toutes ces heures étranges, parfois angoissantes, presque toujours passionnantes, passées avec des familles et des couples. Après-coup... Mais comment faire un bilan sans raconter une histoire? Et comment raconter cette histoire sans *me* raconter?

«Il était une fois...» Non. Ceci devrait être un article sérieux. Il y a des règles précises pour le faire. Il doit être rigoureux, avec des conclusions claires... Impossible. Je ne veux pas donner une forme rigide à ce bilan. Après tout, il s'agit de la découverte, à travers le temps, de l'importance de la poésie, de l'inachevé, de l'éclairage toujours changeant dans la thérapie. Au fond, il s'agit de comment j'ai pu me donner la liberté d'inclure ces aspects dans ma démarche thérapeutique. Me donner alors la liberté de la forme dans cet écrit serait en soi une introduction à ce bilan! Des scènes changeantes, qui se superposent. Des rythmes variables. Mozart, Rachmaninov, Vivaldi. Des silences... Oui!

(Elle s'assied et commence à écrire.)

«Il était une fois une femme qui, dans sa jeunesse, avait écrit et avait fait du théâtre. Dans l'enchevêtrement des chemins de la vie, elle avait finalement choisi la thérapie familiale. Elle voyait en thérapie de nombreux couples. Un jour, on lui fit l'honneur de lui demander un bilan de sa pratique. Bilan d'une histoire. De l'histoire de la rencontre en tant d'histoires. Mais où commençait cette histoire? Et la pré-histoire? Elle pensa alors à son histoire à elle, et il lui sembla que son passé pouvait lui venir en aide. Elle avait, un jour, joué avec succès le rôle de Médée dans la tragédie grecque d'Euripide. Elle se rappelait bien des personnages, elle les connaissait profondément. C'était une tragédie magnifique, à dimensions très humaines. Alors elle pensa que ce premier drame de la passion, où «une ample légende étalée sur le temps et l'espace, apparaît réfractée dans le dernier moment d'une seule expérience» (2, p. 127) était la métaphore adéquate. Le mythe de Médée et Jason pouvait prendre la dimension de mythe systémique du couple.

(Le spot s'éteint.)

Prologue

(Un autre spot illumine un homme à gauche de la scène. Il semble très nerveux. Il s'adresse directement au public.)

Homme

Bon soir! Je suis l'administrateur de ce théâtre. Je vous prie de nous excuser. Notre auteur se laisse emporter par ses émotions!

Elle a des bonnes idées, mais elle oublie de donner un bon plan de base. Le public désire, après tout, avoir au moins *quelques* données précises pour pouvoir suivre de façon *un peu* rationnelle le déroulement de l'action! Mais vous savez: les auteurs... et une femme.

Nous allons vous donner nous-mêmes, maintenant, un background de l'histoire de Médée et Jason. Prenez bien note! Ça vous aidera, croyez-moi!

(Toujours devant le rideau apparaît un écran sur lequel est projeté le mot Background.)

Jason et Médée vivaient ensemble et avaient deux fils. Elle était étrangère, originaire d'un pays lointain. Puis Jason quitte Médée pour épouser la fille du roi, seul mariage légitime aux yeux des Grecs, *qui n'autorisaient pas à leurs citoyens d'épouser régulièrement une étrangère*. Médée et ses enfants seront bannis du royaume. Désespérée, Médée tue la nouvelle épouse de Jason, le roi, et ses propres enfants...

(La Femme arrive en courant. Elle est maintenant sous le même spot que l'homme.)

Femme

Ah, non ! Non seulement vous interrompez ma pièce, mais en plus vous êtes en train de banaliser l'histoire d'une façon inacceptable ! Ou vous faites ceci correctement ou j'interromps immédiatement la représentation !

Homme

(apaisant)

Ce n'était pas mon intention, je vous assure ! Je... *(prend un livre)* Voilà, je vais lire cette introduction à la tragédie d'Euripide, écrite par Marie Delcourt Curvers. Vous serez d'accord avec moi qu'elle est excellente !

(Il lit. C'est une voix de femme qu'on entend.)

« Jason était fils d'Eson roi d'Iolcos sur la côte de Thessalie. Eson avait été dépossédé par son demi-frère Pélidas, qui, pour se débarrasser également de Jason, l'envoya conquérir la Toison d'Or. Elle se trouvait en Colchide, tout au fond de la mer Noire, gardée par un dragon qui ne dormait jamais. Jason mit les bûcherons à l'œuvre dans les forêts du Pélion, construit le navire Argo et mit à la rame tous les héros de la Grèce. On passa les sombres Symplégades, ces roches qui s'inclinaient l'une vers l'autre pour écraser les navigateurs, et l'on parvint en Colchide chez le roi Aïétés, frère de la magicienne Circé. Comme Pélidas, Aïétés imposa à Jason des épreuves préliminaires dont il espérait bien ne pas le voir sortir vivant. Grâce à Médée, fille d'Aïétés, éprise d'amour pour Jason, les Argonautes triomphèrent et finirent par conquérir la Toison, mais durent fuir devant l'hostilité du roi. Au moment du départ, comme ils étaient menacés par Apsyrtos fils d'Aïétés, Médée, qui partait avec eux, tua son propre frère. Rentrés en Thessalie, comme Pélidas refusait toujours de rendre son royaume à Jason, Médée persuada ses filles de rajeunir Pélidas par un moyen dont elle avait le secret et qu'elle expérimenta devant eux sur un bélier lequel, dépecé et bouilli, redevint un bel agneau. Mais Pélidas ne sortit pas vivant de la cuve magique. Ce meurtre obligea Jason et Médée à fuir Iolcos. Ils vinrent s'établir à Corinthe.

Or, à l'époque historique d'Euripide, Corinthe gardait le souvenir du séjour des bannis. Jason avait réussi à se faire aimer de la fille du roi Créon, délaissant Médée

qui usa de son art pour faire périr et Créon et sa fille. Après quoi elle avait fui à Athènes chez le roi Egée, laissant Jason seul et désespéré.

Ce qui concerne leurs enfants est infiniment plus confus et plus mystérieux. Un culte leur était consacré dans le sanctuaire de Héra. L'origine réelle du rite est inconnue. Comme les Grecs se résignaient mal à des ignorances de ce genre, ils y virent l'expiation d'un meurtre. On disait généralement qu'ils avaient été tués par les Corinthiens mais que, pour se disculper, ceux-ci avaient accusé Médée elle-même. D'après d'autres récits, elle avait voulu rendre ses enfants immortels et s'y était mal prise, ou encore Jason, la surprenant, avait contrarié l'efficacité du rite magique auquel elle était occupée» (2, pp. 127-128).

Femme

Bon! Et maintenant que tu as endormi le public, qu'est-ce qu'on fait? Regarde le monsieur, là derrière, il dort déjà bouche ouverte! D'ailleurs, il y a une bonne partie du contexte qui manque!

(Entre le Régisseur, qui parle avec autorité.)

Régisseur

Ecoutez, calmez-vous. Vous avez raison tous les deux! Voilà ce que nous allons faire: nous allons projeter à gauche et à droite de la scène les arbres généalogiques des deux protagonistes, le public pourra ainsi mieux s'orienter. Nous les utiliserons quand ce sera nécessaire.

Femme

Bon d'accord. Mais est-ce qu'on pourrait enfin passer au premier acte!

Fin du Prologue - Lever du rideau

Acte I

(Sur scène se trouvent le Régisseur, l'Assistant, l'Auteur, Jason, Médée et le Coryphée.)

Assistant

Je pense que nous devons mettre l'accent sur le problème social. *(Se dirige vers l'auteur.)* Votre conception de cette tragédie m'intéresse surtout dans cette dénonciation que vous faites du système social! Médée et Jason sont victimes d'un système injuste. Impuissants devant ce système, ils ne peuvent que détruire leur relation, et se détruire.

Auteur

Mais je ne suis pas sûre que...

Régisseur

(Se dirige à l'assistant.)

Explique un peu! Ça m'intéresse!

Assistant

C'est pourtant clair! Médée est bien une prolétaire parmi les héros de l'antiquité. Elle est étrangère, exilée, considérée comme barbare. Elle n'est même pas considérée comme citoyenne. Ni elle ni ses enfants n'ont aucun droit. Jason, pour sa part, est pris dans son rôle de héros et de fils de roi. Le trône qu'il n'a pas eu à Iolcos, il va l'avoir à Corinthe. Son statut social est ce qui compte le plus. Il avait eu le courage de défier les lois grecques, mais maintenant le système a gagné la bataille. Il agit désormais dans la logique du système en délaissant Médée et en épousant la fille du roi. Médée, d'ailleurs, agit aussi dans cette logique. En tant que vraie «barbare», elle agit violemment, cruellement. Les bons citoyens peuvent rester tranquilles. La déviance ne mène qu'au drame et à la mort.

Médée

Oui. Je dis à Jason dans le Second Episode: «... lié à une Barbare tu voyais devant toi une vieille sans honneur» (2, p. 157).

Jason

Moi aussi, dans le Quatrième Episode, j'explique mon action: «... Mes enfants, votre père a sagement pensé à vous. Ses soins, les dieux aidant, ont assuré votre avenir. Je compte bien qu'ici-même à Corinthe un jour avec vos frères vous vous tiendrez au premier rang. Vous n'avez donc plus qu'à grandir. Le reste est affaire à votre père, et à quelque dieu propice. Je voudrais déjà vous voir élevés, de jeunes hommes capables avec moi de dominer mes ennemis» (2, p. 174).

Médée

Je me refuse à laisser mes enfants derrière moi en proie aux outrages de mes ennemis.

Jason

Mmm... Comme cette Médée légendaire qui faisait périr ses enfants par excès de sollicitude.

Médée

Et toi, un père incapable. L'exemple même d'un père absent!
(Entre la Femme.)

Femme

Mais je vous en prie! Cela appartient au Deuxième Acte! Concentrez-vous, s'il vous plaît! Vous êtes ici à Cinecittà, période néo-réaliste. (*Exit.*)

Choryphée

En tant que représentant du peuple, je dois revendiquer notre rôle dans cette version de la pièce... Après tout, à travers les mots de la nourrice, c'est bien l'opinion du peuple opprimé qu'on doit entendre: «Les exigences des tyrans font peur. Ils n'ont guère appris à fléchir, mais seulement à commander. Comment sauraient-ils dominer leurs colères? Mieux vaut s'accoutumer à vivre parmi des égaux. Loin des grandeurs, puissé-je en paix vieillir! (2, p. 139).

Assistant

Euripide lui-même voyait tout homme engagé dans une action collective obligé de subordonner à celle-ci les décisions de sa conscience personnelle et tout ce qu'il pense de la justice, car la moindre faute a des conséquences qui débordent infiniment et l'individu, et le temps et le lieu présent.

(*Un son de tonnerre et apparaît Euripide, le poète.*)

Euripide

Vous faites appel à moi. Ne savez-vous pas qu'on dit de moi que je suis un solitaire? Mais après tous ces siècles, une petite distraction est la bienvenue! Eh bien, tout ceci n'est pas très nouveau! Evidemment du point de vue social, je prends parti pour les gens du peuple contre les nobles! Pour moi, la vraie noblesse peut se trouver chez les humbles. J'ai toujours attaqué la tradition et les préjugés sous toutes leurs formes.

Auteur

Mais il y a quelque chose de très nouveau chez vous, et dont je me suis inspirée pour ma Médée. C'est votre défense des femmes! Vous avez rendu admissible l'in vraisemblance centrale de la pièce, que ces Corinthiennes se font complices de l'étrangère contre leur roi et sa fille. Toutes ces femmes éprouvent leur solidarité dans la conscience de leur misère commune. De tous les poètes grecs, vous êtes le seul qui ait dépassé la misogynie populaire et osé dire atroce la condition des femmes! (*Se dirige au Régisseur.*) Ça fait partie de l'injustice du système!

Médée

(*Récite.*) «De tout ce qui respire et qui a conscience / il n'est rien qui soit plus à plaindre que nous, les femmes. / D'abord, nous devons faire enchère et nous acheter un mari, qui sera maître de notre corps, / malheur plus onéreux que le prix qui le paie. / Car notre plus risque est là: l'acquis est-il bon ou mauvais? / Se séparer de son mari, c'est se déshonorer, / et le refuser est interdit aux femmes» (2, p. 143).

Euripide

Chez nous, hélas, le même mot était employé pour nommer le lit et l'épouse...

Médée

(Continue.) «Et puis l'on dit que nous menons dans nos maisons / une vie sans danger, tandis qu'eux vont se battre! / Mauvaise raison: j'aimerais mieux monter trois fois en ligne / que mettre au monde un seul enfant!»

(A la Coryphée.) «Je compte sur toi, tu est une femme aussi.»

Coryphée

«L'honneur revient à la race des femmes. C'est fini de les décrier» (2, p. 151).

Jason

Votre vision est dépassée si vous ne tenez pas compte du fait que moi aussi je suis emprisonné dans la vision de l'homme fort, conquérant, qui ne doit ni pleurer ni s'attendrir!

Régisseur

Bon, bon! Nous sommes d'accord. Toi, Coryphée, dans ton rôle de thérapeute, tu tiendras compte avant tout de ce contexte social. Tu parviendras à ce que Médée et Jason prennent conscience à quel point ils sont en train de détruire leur couple et leurs enfants au profit d'un système injuste. Les couples d'amants sont toujours révolutionnaires. Ils se foutent des normes établies. C'est avant tout cet aspect-là que le système ne supporte pas. Tu feras des réunions avec d'autres couples dans la même situation. Ils pourront agir alors différemment. Rappelle-toi: c'est une action micro-politique!

(Tous semblent satisfaits pendant un instant. Puis ils deviennent sérieux. Ils se regardent, un peu perdus.)

Rideau

Deuxième Acte

(La scène reprend.)

Euripide

Excusez-moi. Je sais que je suis hors contexte ici. Mais, voyez-vous, je suis si fier d'avoir révolutionné la face de la scène grecque! J'ai fait succéder à la fatalité antique du destin, la fatalité nouvelle de la passion. Avant moi, le personnage tragique était mis aux prises avec les obstacles du dehors: destin, système. Mais avec moi, il a désormais à combattre aussi des ennemis intérieurs: c'est dans le cœur même de l'homme que la lutte dramatique est transportée. C'est pour cette raison que les seuls faits évoqués dans ma tragédie sont ceux qui montrent Médée crimi-

nelle par amour, trahissant son père et son foyer, tuant son frère, tuant Pélias, s'excluant elle-même de sa Colchide natale par la vertu des services qu'elle a rendus à Jason. Puis il la quitte pour épouser la fille du roi. L'âpreté de la rancune de Médée vient d'un amour désespéré, fraîchement converti en haine et aussi d'une culpabilité qui l'accable depuis que son complice a cessé d'en être solidaire!

Médée

(Récite.) «Celui qui était tout pour moi, je ne le sais que trop, / s'est révélé le plus traître des hommes, et c'est mon mari» (p. 143). «... j'ai dressé contre moi / ceux de ma maison à qui j'étais chère. Et, pour l'amour de toi, / ceux que j'aurais dû bien traiter, je leur ai fait la guerre. / En récompense tu faisais de moi / la plus heureuse entre les femmes de la Grèce... Ah, malheureuse que je suis!»

(Se dirige à l'auteur.) Mais alors c'est aussi à cause de cette passion avec laquelle je suis à son service que je le perds! Une dévotion excessive! Je l'étouffe. Il n'a pas le droit de vivre en dehors de moi.

Auteur

Si la vue de tes fils te font détourner la tête, c'est qu'ils représentent pour toi ce qui a mérité tous les sacrifices, le lit dont tu es exclue. Dans ta résolution de tuer tes enfants intervient le désir informulé de détruire ce qui incarne ton union avec l'homme qui t'a trahie, de rompre avec un passé démenti.

Jason

Et moi? Est-ce que je suis alors un homme typique de la quarantaine qui ne peut supporter que sa femme n'est plus la plus jeune ni la plus belle? Suis-je un homme qui continue de rêver pour moi à une virilité mythique, capable de subjuguier les femmes les plus extraordinaires? Le caractère fort, sauvage de Médée, met en danger la supériorité dont j'ai besoin? Ou peut-être suis-je un bon bourgeois qui, fatigué de romantisme, se voue aux affaires, ce qui inclut le mariage avec la fille du roi?

Auteur

Mais, pour l'amour du ciel, nous sommes au deuxième acte. C'est Hollywood. Il n'y a plus à se poser tant de questions intérieures! C'est un drame de la passion. Eh bien. C'est parfait. La problématique a été posée et nous nous trouvons au milieu de la crise. Il est temps de passer au dénouement et à la résolution définitive! *(Se dirige vers le Régisseur.)* L'Administrateur a mis à ta disposition tous les moyens techniques. Utilise-les!

Assistant

N'oubliez pas qu'il s'agit ici de l'approche systémique! Nous devons nous concentrer sur les modes de communication et de relation. Nos héros sont dans des situations de double lien frappantes. Je ne dois pas vous le signaler, j'espère! Et les coalitions!

Coryphée

Le peuple reste silencieux.

Régisseur

Oui, mais toi, en tant que stratège désigné, tu seras l'intervenante en position «méta». Tu réuniras Médée, Jason et, si possible, la Princesse. Tu auras un assistant derrière le miroir sans tain qui t'aidera à ne pas être prise dans leur système, ce qui est le plus grand risque pour le thérapeute. Tu les filmeras. Tu étudieras attentivement ces films pour décider ta stratégie. Tu sèmeras la confusion. Tu seras, Coryphée, avec tes interventions stratégiques et bien planifiées, le Deux Ex-Machina de la tragédie contemporaine!

(Tous semblent d'accord. Puis les visages s'assombrissent. Une fois de plus c'est Euripide qui rompt le silence.)

Euripide

Une fois de plus, je vous prie de m'excuser. Ces deux versions sont très bien, et avec le Deus Ex-Machina, nous, les Grecs, nous sommes bien à l'aise. Mais il y a tout de même quelque chose d'essentiel que vous oubliez: nous sommes dans l'Antiquité. Peut-être pour vous ça ne compte pas, je ne sais pas, je ne suis plus très au courant, mais chez nous *les lois familiales* étaient très importantes. Vous comprenez, les dettes, les vengeances, les loyautés, les missions...

Jason

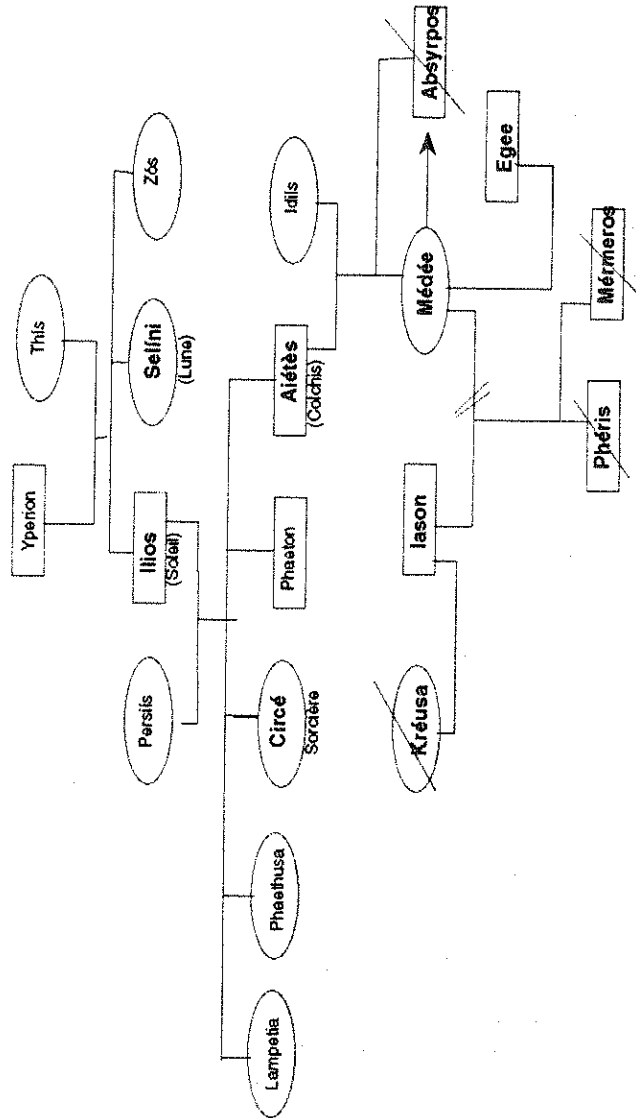
Sans quoi, mon personnage est caricatural! Je vous suis reconnaissant de la rappeler!

Auteur

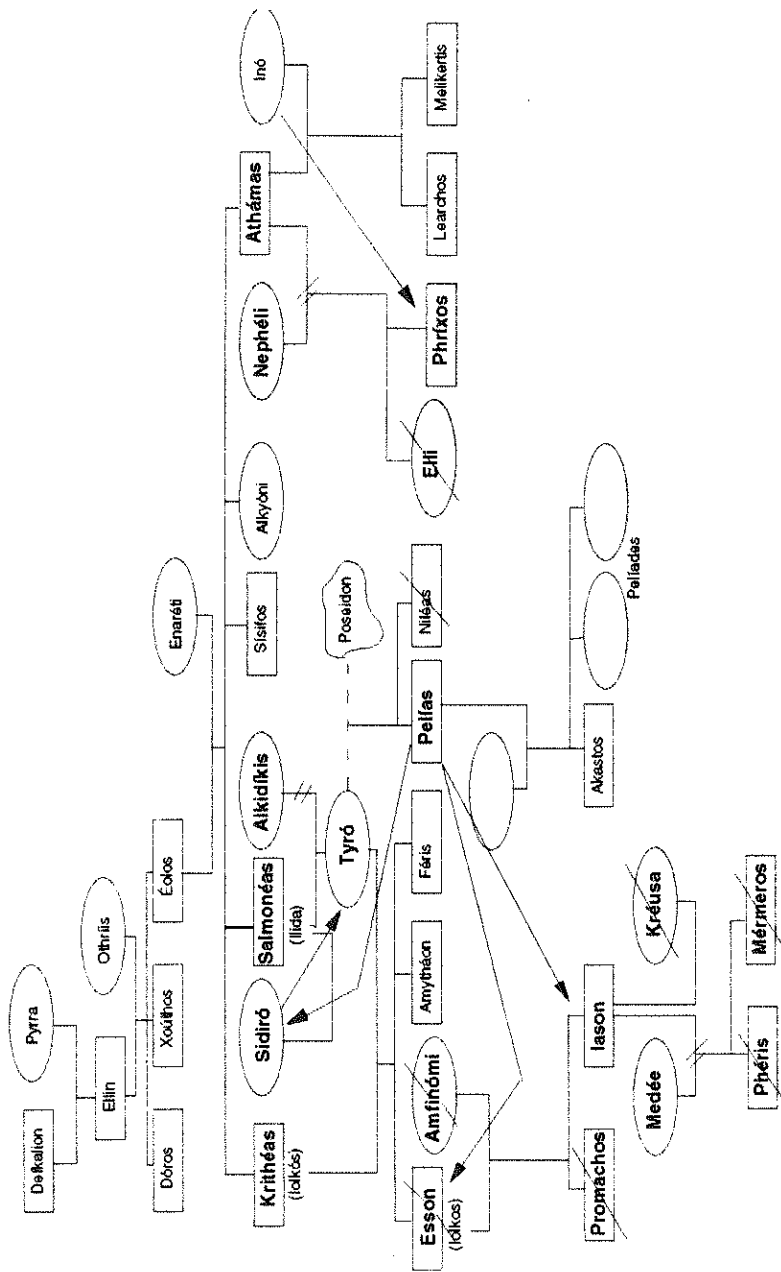
Il faudra bien ajouter une scène à ce Deuxième Acte.

Nous sommes à nouveau à Cinecittà, style Visconti. La musique grave. Les couleurs dans la gamme des ocres.

Maintenant, nous avons besoin des génogrammes! (*Les génogrammes apparaissent sur l'écran*) (voir annexes I et II). C'est toi, Coryphée, qui devra dévoiler ces passés familiaux. Nous ignorons beaucoup de choses sur la lignée de Médée, sauf que son grand-père était le Soleil et une des grandes-tantes la Lune. Les forces de la lumière et de l'ombre se confrontaient, et ils possédaient l'art de la magie. Le génogramme de Jason, par contre, est détaillé. Il y avait un roi, Athamas qui, avec sa femme Néphéli (nuage), avaient eu deux enfants: Phrixos et Elli. Puis il quitta Néphéli et épousa Iro, avec qui il eut encore deux enfants. Iro voulait se débarrasser de Phrixos, possible successeur au trône, mais Néphéli envoya une Toison d'Or magique. Phrixos et Elli s'envolèrent sur la Toison. Au milieu du voyage, Elli tomba, mais Phrixos arriva à Colchide, où le roi lui donna asile, en échange de quoi, Phrixos lui offrit la Toison d'Or.



Annexe I: Lignée Médée.



Annexe II: Lignée Jason.

Un frère de Athámas, Salmonéas, roi de Iliada, avait eu avec sa première femme, Alkidikis, une très belle fille: Tyró. La deuxième femme de Salmonéas, Sidiró, maltraita l'enfant... Poséidon, pris de désir pour elle, se déguisa et la posséda. Deux enfants naquirent de cette union: Pelias et Niléas, que Tyró dut abandonner. Plus tard, Pelias vengea sa mère et tua Sidiró. Entretemps, Tyró épousa son oncle, Kri-théas, roi de Iolcos, et eut trois enfants, dont Eson, père de Jason, et successeur au trône. Pelias obligea son demi-frère Eson à se suicider et tua Promachos, le frère de Jason. Jason lui-même fut sauvé par Chiron, mais Amfinómi, sa mère, pensant que toute sa famille avait été tuée, se suicida à son tour. Devenu jeune homme et guerrier redoutable, Jason retourna à Iolcos pour réclamer le trône de son père. Pelias le lui promit à condition de venger d'abord leur cousin et oncle Phrixos, en ramenant la Toison d'Or. Le reste de l'histoire, vous la connaissez.

Coryphée

Que d'enfants condamnés! Comme si chaque fois les enfants payaient de leurs vies les conflits familiaux.

Médée

En tuant mes fils, je perpétue le terrible pattern familial...

Euripide

N'oubliez pas qu'il s'agit d'histoires symboliques!

Jason

Je dois venger mon père, ma mère, mon frère.

Coryphée

Comme Pelias a dû, avant toi, venger sa mère et aussi réparer les circonstances de sa propre naissance...

Jason

Je dois être plus fort que le pire des ennemis. Je réaliserai ce que mon père n'a pas pu réaliser. Il n'y a pas de place pour les sentiments dans mon texte: «... Je voulais élever mes fils comme il convient à ma naissance. / En donnant des frères aux enfants nés de toi, / je les mettais au même rang, je faisais de ma race un faisceau...» (2, p. 156). Lors de notre rencontre, Médée, j'avais, un moment, oublié cela...

Médée

Et moi, Jason, j'avais, un moment, oublié que les trahisons aux lois familiales se payent cher: «Ô mon père, ô patrie dont je me suis dépossédée / honteusement, après avoir tué mon propre frère!» (2, p. 141).

Coryphée

Pour suivre Jason, tu as offensé ton père et trahi ta patrie que tu nommes toujours avec lui, comme à défaut d'une mère. Si tu tues tes enfants, c'est aussi pour te punir toi-même. «Rien ne ferait de toi femme plus malheureuse» (2, p. 170).

Médée

«... Privée de vous (mes enfants), je vais traîner ma vie dans la misère et la souffrance...» (2, p. 181). Une fois mon acte accompli, une fois que je me condamne moi-même à la pire des souffrances, c'est mon grand-père, le Soleil, qui me sauve. Il m'envoie un char traîné par des dragons ailés. Nul ennemi ne saurait plus m'y atteindre. Les loyautés familiales ont été réparées.

Jason

Et moi j'échoue dans ma mission. Comme mon père, je suis vaincu. Je ne suis pas, finalement, plus fort que lui. Je n'ai pas pu rompre cette maudite tradition familiale. Une autre histoire, après moi, devra la reprendre. Un autre, peut-être, pourra faire autrement. «... Il ne me reste plus qu'à pleurer sur mon sort» (2, p. 194).

Régisseur

Coryphée, tu es sage. Avec ton calme et ton expérience de la vie, tu aideras nos protagonistes à parler de ce qu'ils n'ont jamais vraiment pu dire. Tu les guideras dans les labyrinthes familiaux, et vous trouverez ensemble des nouvelles issues. *(Tous semblent d'abord satisfaits. Un malaise s'installe peu à peu. Ils se regardent.)*

Rideau

Troisième Acte

(Même attitude des personnages.)

Euripide

... Mais la poésie... Abandonnez-vous la poésie?

Assistant

Euripide, ce n'est pas ici votre place. Je regrette. Nous essayons de trouver une vision scientifique!

Auteur

Non! Attendez! (*A Euripide.*) Je crois que vous avez raison. J'ai cherché... Je voulais inclure un Acte à Cinecittà, style Fellini. Mais je crois que j'ai perdu cette

dimension-là en écrivant. Il y avait les délais fixés pour rendre le texte, et... Pourriez-vous nous aider?

Euripide

La poésie est ouverture. Elle est faite d'images, de métaphores, de silences. Elle touche intensément, avec à peine quelques mots. Elle laisse la place à l'autre, au lecteur, à l'interlocuteur, dans son fondement même. Dans ce sens, elle est toujours dialogue. De multiples dialogues. De multiples rencontres. Jamais deux personnes ne pourront lire un poème de la même manière. Les êtres humains sont poésie...

Assistant

Mais il s'agit ici d'une approche thérapeutique systémique!

Euripide

Et qu'est-ce que ça veut dire? Vous voulez bannir la poésie parce qu'elle vous dérange? Elle n'est pas assez précise? Les relations humaines non plus! Les couples sont poésie. Magnifique, terrible, tragique... Mais les couples écrivent leurs histoires avec la liberté des poètes. Entre parents et enfants, il y a des lois, des étapes incontournables, des responsabilités précises. Toute écriture à leur sujet devra en faire référence. Un homme et une femme qui se rencontrent... tout est encore possible, surtout dans *votre* monde, mais vous voyez bien que déjà dans le nôtre...

Auteur

Quelle force... et quelle fragilité!

Jason (à Médée)

Je te découvrais. Tu me découvrais. Je me regardais dans le miroir de tes yeux, et je me sentais infiniment libre. Notre musique devait encore être composée. J'aimais en moi mon intrépidité. Tu n'en avais pas peur. Dans notre amour, tu étais aussi intrépide que moi dans mes batailles. Nous allions écrire ensemble le plus beau poème épique.

Médée

J'étais enivrée, moi-même, de liberté. Dans le miroir de ton regard, je pouvais vivre ma force, ma magie. Finies les contraintes de passivité et douceur. J'étais ton égale. Nous allions écrire ensemble le plus beau poème d'amour. Sauvage. Libre.

Auteur

Mais il y a tout de même le contexte social, les patterns transgénérationnels, les contraintes, l'exil. Leur relation était devenue médiocre, figée.

Euripide

Oui. Ils avaient perdu leur poésie. Ils n'ont pu la retrouver que dans le drame...

Médée

Tu me trahis, Jason, comme moi-même j'ai trahi ma famille.

Jason

Tu es violente, comme moi-même je le suis avec mes ennemis.

Médée et Jason

Tu es le pire de moi-même. Tu me rends médiocre. Tu tues ce qui a de plus beau en moi. Rends-moi ma liberté!

Auteur

Mais alors la poésie, la liberté d'écriture, les possibilités... tout ça n'est qu'illusion. Autant ne pas y toucher!

Euripide

Vous n'avez pas le choix! C'est dans le fondement même de leur relation! Le couple est une multitude de systèmes. Il y a le système social, le système parental, le système familial, la dyade... Mais, Médée et Jason, ne les enfermez pas du regard dans chacun de ces systèmes! Il y a aussi le système d'images, le système mythique, le système poétique...

Coryphée

Ma tâche est impossible! Je dois tout de même me fonder sur un corps théorique! Une épistémologie!

Euripide

Bien sûr! Pour écrire un poème, tu dois aussi avoir une bonne connaissance de la langue et des règles de grammaire. Peut-être ton corps théorique doit-il être enrichi pour que tu puisses y trouver ta liberté créatrice. Si ton vocabulaire est pauvre, tu ne peux pas écrire.

Coryphée

Je suis bien d'accord. Et après?

Euripide

Tu dois te connaître très bien toi-même. Ton histoire, tes systèmes se mêlent à ceux de ce couple.

Coryphée

Oui, oui. Mais la thérapie...?

Euripide

Celle-ci est un poème que vous commencerez à écrire ensemble. Personne ne peut te dire vraiment comment le faire. C'est ton art, et le leur. Vous chercherez ensemble. Pourquoi penses-tu qu'un couple, ce système si exclusif, te laisserait une place, si ce n'est pour retrouver dans ton regard la liberté possible, la poésie possible. Leur poème ancien est perdu. Il leur faut un autre. Mais surtout il leur faut retrouver les mystères de l'écriture, pour pouvoir renouveler, toujours, leurs poèmes. Ça passe par ta relation même avec eux. Ils continueront à écrire de leur côté. Ensemble ou séparés.

Rideau

Exodos

Femme

«Zeus, dans l'Olympe ordonne bien des choses.
Souvent les dieux accomplissent ce qu'on n'attendait pas.
Ce qu'on attendait demeure inachevé.
A l'inattendu les dieux livrent passage» (2, p. 198).
Ainsi continue cette aventure...

Carmen Vieytes-Schmitt

UCL

Centre Chapelles-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs 30

B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Ebener D. (1990): *Euripides Tragödien*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
2. Euripide (1962): *Tragédies complètes I*, Ed. de Marie Delcourt-Curvers, Folio, Gallimard, Paris.
3. Gassner J. (1954): *Masters of the Drama*, Dover Publications Inc.
4. Hanilton E. (1961): *Mythology*, Mentor, New York.
5. Kerényi K.: *Die Mythologie der Griechen*, Rhein-Verlag, Zurich.
6. *Kindlers Literaturlexicon*.
7. *New Larousse Encyclopedia of Mythology*, P. Hamlyn (Ed.), 1969.
8. Peterich E.: *Götter und Helden der Griechen*, Fisher Bücherei, Frankfurt.
9. Willem A. (1932): *Melpomène - Histoire de la tragédie grecque*, Dessain, Liège.

MYTHOLOGIE A.S.E. *Educatrice, mère et grand-mère*

Marie-Claude VAUCHER-PANAS*, Catherine GUITTON-COHEN ADAD**

Résumé: *Mythologie A.S.E. Educatrice, mère et grand-mère.* — L'A.S.E. est une Institution de Protection de l'Enfance. Elle s'occupe des familles à risques dont les enfants font l'objet de placements transitoires dans des «familles d'accueil». Ce travail tente de mettre en évidence les mythologies matriarcales qui sont à l'œuvre chez les travailleurs sociaux de cette institution et comment elles sont transmises aux enfants. Le résultat est souvent la re-création de familles monoparentales avec retour des enfants de la seconde génération à l'A.S.E. Les auteurs espèrent démontrer comment ce processus d'échec s'appuie sur les non-dits de la part des acteurs de l'Institution, sur une dynamique de rupture répétitive des liens et sur la difficulté pour les familles d'accueil d'assumer l'émergence de la sexualité des jeunes qui leur sont confiés.

Summary: *Social help to childhood: matriarcal mythologies and reasons of failure for young unmarried mothers.* — L'A.S.E. is an institution to protect childhood at risks. A.S.E. receives families needing some accommodations and social aids for their youngsters. This work tries to lighten matriarcal mythologies which act the social worker of A.S.E. and shows how they are communicated to the children through different ways. Often, the results are that young people are unable to create normal families and unmarried mothers come back to give their own progeny to A.S.E. The authors hope to make understand how this A.S.E. institution is functioning with deny of historical story, breaking off process with family ties and reject of sexuality emergence of theirs young patients.

Mots-clés: Matriarcat — Dynamique de rupture — Rejet de l'émergence de la sexualité — Pas d'interdit de l'inceste — Concevoir une famille et fonder une autorité paternelle.

Key words: Matriarcal mythologies — Deny of historical story — Breaking of family ties — Female sexuality emergence — Without incest prohibition — Return to symbolisation processes and dream up a normal family with a father and paternal authority.

Présentation de la structure: sa mission

L'Aide Sociale à l'Enfance, l'A.S.E., est un service non personnalisé départemental, placé sous l'autorité du président du Conseil général.

* Educatrice spécialisée.

** Médecin psychiatre.

Institut de Recherches sur les Interactions Systémiques, 16bis, rue Oger, F-92340 Bourg-la-Reine.

La mission générale de protection de l'enfance incombant au département en vertu des lois de 1984, 1986 et 1989. Ce service est chargé de plusieurs missions:

- Prévenir l'inadaptation sociale en organisant dans des zones à risques des actions collectives visant à endiguer la marginalisation et à faciliter l'insertion et la promotion sociale des jeunes et des familles.
- Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leurs familles et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.
- Promouvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés à ce service et veiller à leur orientation en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal.

Contexte des intervenants

L'Aide Sociale à l'Enfance est organisée en équipes pluridisciplinaires composées d'administratifs (secrétariat, comptabilité), de travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs spécialisés, travailleuses familiales), de psychologues et d'un médecin P.M.I. (Protection Maternelle Infantile). Ces équipes, chacune sous la responsabilité d'un représentant administratif (inspecteur ou attaché), sont coordonnées par un service central. Elles sont sectorisées et ont à charge de répondre aux multiples tâches relevant des missions de l'A.S.E.:

- L'Action Educative en Milieu Ouvert, A.E.M.O., pour lesquelles les équipes interviennent auprès de la globalité familiale.
- Le placement des enfants en Institution, dans les services de placements familiaux spécialisés ou en familles d'accueil.
- Le suivi de ces divers placements: dans les établissements, auprès des familles d'accueil...
- Les évaluations de situations nouvelles, en déterminer la forme des prises en charge, élaborer des projets.
- L'accueil en urgence.

Contexte des prises en charge

Les familles faisant un détour plus ou moins long par l'Aide Sociale à l'Enfance ont déjà parcouru un itinéraire jalonné de difficultés et problèmes qu'elles n'ont jamais réussi ni à prendre en compte, ni donc à solutionner.

Ce que donnent à voir la plupart de ces familles sont des situations sociales dégradées qui ne leur permettent plus, à un moment donné, d'élever leur(s) enfant(s).

L'enfant confié à l'Aide Sociale à l'Enfance devient *l'agent de la rupture familiale* alors que les parents sont eux-mêmes en rupture de socialisation.

Les formes de marginalisation de ces familles, qui sont diverses et variées, ont en commun de mettre les enfants en situation de danger, telle que la société doit intervenir pour les protéger.

C'est ainsi que l'A.S.E. est amenée à accueillir ces enfants soit par décision de justice, soit à la demande des parents qui doivent signer avec l'administration un contrat d'accueil temporaire qui ne peut excéder un an, mais renouvelable. Dans ce cas de figure, c'est le plus fréquemment un agent de service social qui est à l'origine de la demande et porteur du projet.

C'est par l'intermédiaire de l'enfant à protéger que nous avons, équipes pluri-disciplinaires, à prendre en compte la globalité du problème posé par l'acte de placement de l'enfant, à prendre en compte la famille.

Avant le placement de l'enfant, d'autres services seront intervenus auprès de ces familles: juridiques, psychiatriques, sociaux et obligatoirement le service de polyvalence de secteur qui se définit souvent comme: «le terrain».

Le placement d'un enfant, nous le constatons chaque jour, est le plus souvent vécu par la plupart de ces services comme l'ultime solution. Car de même qu'il confirme les parents dans leur incompetence parentale, ce placement fige, bien souvent, les services qui ont soutenu la famille dans un état ponctuel d'impuissance professionnelle, tant il est perçu comme le résultat de l'échec de la prise en charge.

Il nous faut donc différencier, dans le registre des demandes, celles des services sociaux de celles des familles. Nous sommes plus à même, ainsi, d'éviter de répondre globalement à une demande conjointe de non changement.

Opérer le placement d'un enfant supprime radicalement tout risque de danger immédiat pour l'enfant dans sa famille et permet au service social de remplir la mission de protection de l'enfance auquel il est tenu, à défaut de n'avoir pu interférer sur la dynamique familiale mettant cet enfant en danger.

Les demandes des familles prennent quant à elles des chemins détournés pour en arriver au placement de leur enfant en fonction justement de cette dynamique familiale propre à chacune. Les formes mettant les enfants en danger, sans toutes pouvoir les énumérer, se présentent selon des crises diverses telles que: maltraitance, problèmes de couples, séparations, divorces, chômage, hospitalisation d'un des deux parents (problèmes de santé, problèmes psychiatriques), alcoolisme, toxicomanie, délinquance (des parents, des enfants), échec scolaire...

Au fil de ces dix dernières années de travail auprès de ces familles, nous avons pu observer, dans de nombreux cas, que l'un des deux parents avait, dans son histoire d'enfant, fait l'objet d'un placement à l'Aide Sociale à l'Enfance; c'était, à cette époque, la DDASS et, pour la génération précédente, l'assistance publique.

Sans l'apport des théories systémiques de ces dernières années, tout en s'interrogeant sur *les répétitions de ces placements de génération en génération*, nous aurions mené notre travail relationnel avec les parents, sans toutefois dépasser la monade individuelle du parent concerné. Nous aurions certes travaillé sur la nature de la relation mère-enfant, et encore veillé consciencieusement au bon déroulement du placement de l'enfant, de sa bonne scolarité, du bon maintien des liens affectifs avec sa famille.

Les concepts systémiques ont apporté une dimension nouvelles à la lecture de ces situations de crises répétitives.

2607 est le nombre des placements d'enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance pour l'année 1990 pour le seul département des Hauts-de-Seine. Ce nombre est inférieur aux années précédentes.

Notre interrogation de toujours, au vu de ces nombreux placements, a été de comprendre en quoi l'A.S.E. peut-elle jouer un tel rôle d'attracteur pour ces familles-là ?

Quel processus s'auto-entretient-il, sous nos yeux, pour ces familles ?

C'est en tentant de comprendre avec elles, comment le placement de leur enfant n'avait non seulement pu être évité mais de plus était agi, que nous avons pu découvrir que, dans la plupart de ces situations, était intervenue *une rupture dans leur généalogie*.

C'est dans ces moments de crises existentielles et dans le récit que les parents peuvent en faire que, servant de mousqueton de sécurité, l'Aide Sociale à l'Enfance est entrée dans l'histoire familiale, de même que la famille entre dans l'histoire de l'Aide Sociale à l'Enfance, par le placement du parent alors enfant.

De ces observations sont nées plusieurs hypothèses mais, avant de les étudier, présentons d'abord l'A.S.E. et les mythologies qu'elle fait fonctionner, tant sur le plan individuel que sur le plan institutionnel pour toute personne qui y met un pied.

La mission de l'A.S.E. étant la protection de l'enfance, le mythe s'y rattachant ne peut qu'être celui de la femme idéale, la mère toute puissante, la bonne mère pour l'enfant.

C'est à ce mythe qu'adhèrent tous les salariés s'inscrivant dans l'institution pour s'occuper d'enfants, satisfaisant ainsi rituellement ce qui leur est sacré : la religion de la mère. De cette mythologie partagée, de Déesse idolâtrée en commun quelque part, découle son fonctionnement matriarcal et ses rituels.

Par exemple, chaque salarié, comme d'ailleurs chaque enfant accueilli à l'A.S.E., est d'abord doté d'un numéro, il est, dit-on, «immatriculé».

Ce matricule tire étymologiquement sa racine de mère, matrem, matrice/matrice-m qui signifie «organe de la mère», et aussi «moule, registre officiel dont on fait des extraits comme on tire des exemplaires d'un moule» (définition du *Dictionnaire étymologique de la langue française*, de L. Clédat, éd. Hachette).

Ainsi, on peut imaginer que chaque sujet A.S.E., malgré sa spécificité professionnelle, s'évanouit en effet dans des équipes administratives ou pluridisciplinaires où chacun doit pouvoir accomplir la tâche d'autrui dans un savoir-faire tout improvisé.

Comme si ces individus immatriculés, prisonniers de la règle de l'indifférenciation, sacrifiaient leur identité professionnelle au service de la *Déesse Mère*.

De même, dans l'organisation matriarcale, les mâles, au service de la femme, sont utilisés pour leur fécondité. A l'A.S.E., qui s'auto-féconde de par sa fonction, les hommes ne sont pas utilisés pour la puissance métaphorique qu'ils représentent, pas plus qu'ils n'existent en tant que pôle symbolique de représentation de la loi, mais pour la fonction utilitaire au service de la mère : prise en charge des adolescents par exemple.

Enfin, preuve de la toute-puissance réelle de l'A.S.E., lorsqu'une femme a décidé d'accoucher secrètement, ou lorsqu'une autre, sous anonymat, consent à l'adoption de son enfant, l'A.S.E. est dépositaire de l'identité de l'enfant, gardienne du secret de ses origines, détient la clé de sa généalogie, mais la loi, ici, légitime cette non transmission.

L'A.S.E., Déesse-Mère toute-puissante, n'en reste pas moins un système institutionnel fondé sur le *non-dit* et, contrairement aux familles, il y manque tous les processus de signification et de subjectivisation apportés par la mère à l'enfant. Ici, les mères naturelles sont muettes, que peuvent dire les mères d'accueil? Comment fonctionnent les mères professionnelles? Qui racontera son histoire à l'enfant?

Ainsi donc, l'A.S.E., Déesse-mère toute-puissante, est capable de s'auto-produire des enfants, capable de les dévorer ou de les sacrifier.

L'histoire de Madame B va nous permettre de présenter nos hypothèses et de les élaborer.

Cas clinique

Madame B, jeune femme de 29 ans, est enceinte de sept mois au moment de la première rencontre avec notre service. Elle a deux enfants: Gaël, 9 ans, et Romain, 5 ans.

Le placement à l'A.S.E. de Gaël, enfant naturel, est l'argument de cette première rencontre.

L'ordonnance de placement provisoire de Gaël à l'Aide Sociale à l'Enfance émane du tribunal pour enfants de notre secteur géographique.

Madame B, qui s'est violemment disputée avec son mari, est à la rue avec Gaël, sans ressources, dans une situation de grande précarité. Le service social, alerté par Madame B elle-même, a immédiatement fait un signalement au procureur de la République, demandant le placement de l'enfant, après avoir obtenu l'accord de la mère. La jeune femme a parfaitement organisé les choses, obtenant elle-même un rendez-vous avec le juge auquel elle fait avancer le rendez-vous initialement prévu pour le lendemain.

L'admission de Gaël se fera donc en urgence et il nous faudra lui trouver une place en établissement pour le soir même (il est 17 h.).

Lors de ce premier entretien, Madame B, malgré son arrogance, sa maîtrise des événements, sa grande connaissance des services sociaux, cachait difficilement son état de lassitude et de fatigue physique. Dans son hyper-activité, elle nous fait un brillant développement sur la nocivité des séparations mère-enfant et nous confie délicatement son fils en nous priant d'y faire bien attention.

Gaël, agité, anxieux, ne quitte pas sa mère du regard, soulagé qu'elle réponde à sa place à toute question posée.

Les informations que nous avons, au terme du rapport signalant cette situation d'enfant en danger et celles recueillies au cours de l'entretien, nous permettent une certaine reconstitution biographique: c'est en prison qu'à 18 ans elle donne le jour à Gaël. Il est consigné dans le rapport, qu'à la demande de la mère, cette informa-

tion doit rester secrète vis-à-vis de Gaël. L'enfant est élevé par sa mère en prison, il a dix mois lorsqu'elle est libérée.

A cette époque, elle s'installe avec Monsieur G, le père de Gaël, qu'elle quittera trois ans plus tard lorsqu'elle rencontre Monsieur R. Ils se marient, naît Romain deux ans plus tard.

Romain a trois ans quand elle rencontre Monsieur M, elle quitte Monsieur R en divorçant. Romain est confié à son père; elle lui laisse également Gaël et disparaît durant un an, ne prenant qu'épisodiquement des nouvelles des garçons.

Enceinte de Monsieur M, elle se marie puis ils décident de quitter la province pour fuir leur amis toxicomanes. C'est Paris ou l'Afrique dit-elle, et elle récupère Gaël. C'est donc à Paris, objet de leur convoitise, qu'ils arrivent, accompagnés de Gaël.

Trois mois passent, Monsieur M ne travaille qu'épisodiquement, la vie de bohème commence à peser un peu, Gaël est scolarisé irrégulièrement, les services sociaux sont vigilants, puis c'est la dispute violente, la rupture... la rue...

La mère n'est pas outre mesure inquiète de sa situation: Gaël est admis à l'A.S.E., Romain est en sécurité chez son père, elle sait que son mari est dans sa famille, elle-même est admise, le soir même, en Maison maternelle qui peut l'accueillir jusqu'aux trois ans du futur bébé.

Seuls les comportements contradictoires nous permettent de percevoir la fébrilité que cachent son agressivité, son arrogance et son ton de défi. Ce qui force notre notre volonté à ne pas nous mettre en symétrie.

Deux informations retiennent notre attention lors de ce premier entretien: cette volonté de faire apparaître l'existence d'un secret, et cette fuite en avant permanente de la jeune femme qui paraît être un comportement ancien, allant de pair avec son incapacité à fonder une famille. Deux mariages qui attestent de projets non aboutis, des pères uniques, pas plus d'un enfant par homme! Et ses petits qu'elle sème sans ciller!

Dans la situation telle qu'elle nous apparaît à ce premier entretien, nous ne voyons pas comment pénétrer dans ce système fermé, défendu et défensif, construit par cette femme, sans risquer l'effraction dommageable pour cet équilibre fragile.

Nous nous contenterons de faire accepter à cette mère une série de trois entretiens, afin qu'elle nous aide à mieux comprendre sa situation avant toute construction de projet concernant Gaël.

Nous aurons de grandes difficultés avec le respect de ce contrat.

Le deuxième entretien aura lieu à la maison maternelle où Madame B est hébergée depuis maintenant trois semaines. Nous nous y déplaçons, tenant compte des difficultés liées à sa grossesse. Gaël n'est pas au rendez-vous, sa mère a annulé sa venue.

D'emblée, elle est très vindicative, a de nombreuses réclamations à formuler concernant le bien-être de Gaël à l'internat, remet en cause les modalités de visite, fréquences et durée. Nos tentatives visant à avoir quelques nouvelles de sa situation, des enfants, de sa santé, échouaient lamentablement dans l'agressivité de ses réponses marquant sa volonté de ne rien livrer de sa vie privée. Menant quasiment l'entretien, elle nous fait part des conditions particulières de la naissance de Gaël, insistant bien sur la notion du secret qu'il y a lieu de maintenir vis-à-vis de son fils.

Pour le troisième entretien, après de grandes interrogations sur la nécessité de poursuivre, nous décidons d'attendre la naissance du bébé et la remise sur pied de la maman.

Dix jours après ce brillant entretien, naît Mélodie. Nous sommes en février. Début mars, nous convoquons à notre service mère et enfants.

Il était question pour nous d'amorcer un travail et donc de créer le lien nécessaire nous permettant de définir la relation.

Le début de l'entretien fut un condensé des deux précédents. Après épuisement des sujets favoris de Madame B et avant de lui laisser le temps d'en trouver un autre, nous attaquons directement sur ce qu'elle nous donne à voir depuis trois mois, nous lui signifions la situation d'impuissance dans laquelle nous sommes et donc notre incapacité à lui apporter une aide quelconque. Nous lui disons que nous avons compris qu'avant le placement de Gaël sa vie avait été bien remplie. Nous lui proposons une image esquissant celle d'une boîte noire où serait enfermé tout ce qui a pu exister avant ce placement, cette boîte noire étant sa propriété, il lui appartient d'en faire ce qu'elle veut.

Nous lui rappellerons notre mission de protection de l'Enfance qui concerne Gaël, qu'éventuellement un travail avec les familles peut être fructueux mais qu'il n'est pas indispensable, que nous sommes cependant tenus de la rencontrer au moins une fois par an, comme de nous informer de la qualité et de la fréquence des relations qu'elle entretient avec l'enfant qui nous est confié. Puis après l'avoir remerciée de l'énergie déployée pour venir à ce rendez-vous, nous arrêtons là l'entretien.

Elle rappela dans les jours qui suivirent pour demander la poursuite des entretiens.

Elle me relance, passant de la contrainte sociale et de la soumission aux services sociaux à une demande personnalisée, ce qui témoigne d'un processus d'affiliation réussi. Je décide donc de relever le défi!

N'oubliant pas, cependant, le découragement, l'inhibition, l'impuissance dans lesquels je me trouvais devant la complexité de cette situation lors du dernier entretien, je décide également de travailler ce cas en supervision.

C'est avec Catherine Guitton, dans la fonction de superviseur, que ce travail s'est poursuivi.

J'ai ainsi pu établir un contexte de travail, tenant compte de mon appartenance institutionnelle et de sa mission, de ma spécificité d'éducatrice, de mon choix d'intervenante systémique, tout en poursuivant le travail de coordination de terrain.

Car, pour citer C. Guitton, dans son livre « Instants et processus » (Ed. E.S.F.):

Si le thérapeute familial appartient à une institution d'Etat et s'il est mandaté par elle, il existe un domaine où il agit « au nom de » et un domaine où il agit « en son propre nom », en tant que personne responsable d'une mission mais libre de choisir ses moyens.

C'est donc dans ce contexte de travail et sur ces nouvelles bases que je reprendrai toute une série d'entretiens avec Madame B, dont la fréquence sera à peu près bimensuelle.

Lors du premier entretien de cette nouvelle série, nous aborderons directement la question de la naissance de Gaël.

Madame B a 17 ans lorsqu'elle est arrêtée pour complicité de hold-up à main armée avec son ami François. Tous les deux sont écroués. Après six mois de détention à titre préventif, elle sera mise en liberté surveillée jusqu'au jugement.

Durant cette période empreinte de l'anxiété et de la crainte du retour en prison, elle se fait faire un enfant, peu de temps avant le procès, par un ancien copain d'école, Monsieur G.

Elle est enceinte d'un mois lorsque, à l'issue de son procès, elle est à nouveau incarcérée pour effectuer la peine de 18 mois prononcée par le ministère de la justice.

C'est donc soutenue par la présence de son bébé, devenu son petit compagnon de cellule, qu'elle purgera la totalité de sa peine. D'abord présent dans son intimité corporelle, il l'accompagnera dès sa naissance par la nécessité des soins quotidiens qui succéderont à sa venue au monde. Le plaisir de la maternité et la découverte de son enfant adoucissent son emprisonnement au-delà de toute espérance.

Cette maternité, vécue impunément et dans la joie du fond de sa cellule, est d'évidence un défi à la société, défi au désaveu social, à la collectivité qui l'a punie en la privant de liberté et en lui supprimant ses droits. Faire un enfant en prison, c'est affirmer délibérément sa volonté de continuer sa route, malgré les humiliations, c'est reconquérir ses droits et reprendre le pouvoir sur les lois des hommes en démontrant sa puissance biologique, sa fécondité, mises au service de la survie de l'espèce.

Je ne pourrai, dans cet entretien pathétique et surprenant, par mon attitude, que la reconforter dans ses choix et ses façons d'assumer son rôle de mère à travers toutes ses difficultés et son isolement.

Pour l'entretien suivant, Madame B vient avec Mélodie. Il est indiscutable qu'elle a une vigilance et une attention toute maternelle avec l'enfant.

Elle est plus détendue que lors des précédentes rencontres, je la sens plus disponible. Je note dans sa tenue vestimentaire un soin particulier nouveau.

Je lui donne des nouvelles de l'orientation scolaire de Gaël, de son adaptation dans son milieu de vie et m'informe du bon déroulement des visites. Bref, je fais mon travail d'éducatrice A.S.E., tout en maintenant un lien accueillant, rassurant et narcissisant.

Et c'est alors qu'elle me parle de son passé et j'apprends qu'elle a été placée dans nos services A.S.E.!

Là, tout de suite, cette information me fait évoquer l'hypothèse d'une *rupture dans sa généalogie*. Je m'attache à vérifier cette hypothèse au cours des entretiens suivants.

A cette étape de notre relation, où l'on peut dire que l'affiliation thérapeutique s'est installée, la jeune femme me parle du premier enfant qu'elle a eu alors qu'elle était encore adolescente.

Placée en institution A.S.E., et après de nombreuses fugues, elle fut finalement placée en urgence dans un centre maternel, seul lieu disponible pour une adolescente à ce moment. Elle a 16 ans, elle rencontre lors de ses sorties un garçon : François, avec lequel elle a sa première relation sexuelle. Rapidement, elle est enceinte.

Naît prématurément une petite fille, Christine, qui décédera à douze jours d'une malformation cardiaque.

Elle apprend la nouvelle de la mort de sa fille en pleine nuit, par la veilleuse de nuit du Centre maternel. Ne trouvant aucun soutien, la jeune femme, dans un état catastrophique, fuit en pleine nuit pour retrouver la seule personne qui a un sens pour elle, François, le père de l'enfant. Puis c'est encore la fuite, à deux, la délinquance, le vol (Bonny and Clyde).

Ils sont arrêtés au cours du hold-up à main armée qui les conduira en prison.

Très émue, je relie son récit, en écho avec le contenu du dernier entretien.

Pour éviter une maternité aussi chaotique, c'est dans une prison qu'elle s'enferme et se fait enfermer pour avoir les moyens de réussir, cette fois-ci, son désir d'enfant.

Je lui rappelle à quel point l'hôtel maternel où elle se trouve encore actuellement est entouré de hauts murs, évoquant ceux d'une prison qui protège autant l'extérieur des emprisonnés que ceux-ci de l'extérieur.

Et là, elle évoque toute sa tristesse, son échec, la souffrance de tous ces moments, et nous refaisons ensemble le deuil de ce bébé.

Dans les entretiens suivants, nous aborderons le cadre de son enfance.

Dernière enfant d'une fratrie de trois filles, Madame B est le fruit d'une relation adultérine extra-conjugale, connue du mari. Deux heures après la naissance de l'enfant, sa mère Madame A meurt d'une hémorragie. Monsieur A ne fait pas de démarche pour que l'enfant ne porte pas son nom, mais il la confie à une «gardienne» qui sera ensuite agréée par l'A.S.E.

Monsieur A ne prendra qu'épisodiquement des nouvelles de la petite fille et élèvera ses deux filles plus âgées.

Madame B gardera donc de vagues contacts avec ce «père» et ses demi-sœurs.

Mais, enfin ! il aurait pu faire un désaveu de paternité ! Il aurait trouvé des témoins ! Elle les a trouvés, elle, les témoins de cette époque, elle a même réussi à savoir qui était cet homme pour lequel sa mère s'est éloignée de son mari et l'a même rencontré ! Mais non ! au lieu de cela, sous des aspects généreux, il lui laisse le nom, mais la sort de sa famille !

Même pas le droit d'être bâtarde ! Donc pas le droit d'être orpheline !

Madame B est sidérée de mon emportement. Cependant, elle réalise vite la véracité de mes propos, se remémorant son enfance entrecoupée des vagues prises de nouvelles de «ce père», des reproches entendus pour l'insatisfaction qu'elle lui procurait, de sa souffrance de ne pas avoir eu le droit à une famille, alors qu'elle croyait en avoir une.

Je l'emmènerai alors, doucement, vers le souvenir de cette famille qui l'accueillie à sa naissance, cette famille qui lui prodiguait l'attention et les soins dont elle avait besoin, vers le souvenir de la femme qui lui servit de modèle pour grandir, pour elle-même devenir la femme qu'elle est aujourd'hui, vers le souvenir de cette femme qui avait su lui donner suffisamment de bonnes choses pour qu'elle ait maintenant autant d'énergie et de volonté pour elle et ses enfants.

Elle acquiesce vivement et raconte avec un plaisir évident de bons souvenirs et de doux moments.

Mais alors, que s'est-il passé? Comment treize ans de cette enfance se sont-ils ensevelis, sans qu'une parole n'ait pu être mise sur les événements de cette période?

Elle me dit alors qu'elle a récemment repris contact avec sa «nounou», c'est ainsi qu'elle nomme l'assistante maternelle, ce qu'elle n'avait jamais pu faire auparavant, tant elle s'était sentie coupable de tout ce qu'elle avait pu «lui» faire: «J'étais une mauvaise élève, cela créait des disputes, *je voulais retourner chez mon père, j'ai fugué*. C'est là que la DDASS (c'est l'A.S.E.) m'a placée en Institution.»

Elles ont pu parler de leur rupture, de leurs difficultés liées à son adolescence. Il semblerait que la porte n'ait jamais été totalement fermée et que depuis longtemps la «nounou» attendait ce retour.

Alors, comment cette rupture s'est-elle faite? Comment la première fugue de la jeune fille a de nouveau déterminé le rejet et l'abandon?

Comment n'a-t-il pas été possible d'enrayer ce processus? Et jusqu'où a-t-elle dû aller, pour être entendue dans sa souffrance?

C'est là où l'on comprend que l'attitude de son père la laissait dans l'illusion de croire qu'elle avait une famille naturelle, mais qu'en réalité cette famille n'existait pas et l'empêchait dans son actualité de s'intégrer et de s'attacher à une autre bonne famille.

C'est un double lien devant lequel elle explose avec des symptômes multiples qui n'ont pour conséquence que de l'éloigner de tout le monde et la désinsérer.

De la même façon, qu'a pu transmettre à cette enfant comme connaissance sur sa propre mère, ce père qui ne se vit que comme un mari bafoué?

Lorsqu'à l'adolescence, elle marque son désir d'autonomie, son besoin de savoir, de comprendre (problèmes scolaires, fugues), la famille d'accueil dépassée fait part à l'A.S.E. de son incapacité de poursuivre la prise en charge de la jeune adolescente.

L'analyse de la situation par le travailleur social de l'A.S.E. conclura à une incompatibilité entre cette famille et la fillette. L'A.S.E. soucieuse de résoudre le problème posé répondra à la demande de l'assistante maternelle, tout en se souciant de protéger la jeune par un *placement en institution*.

L'attachement à sa famille d'accueil, la lecture de sa souffrance, le déracinement n'auront pas de place dans ce projet. L'A.S.E., dépositaire de l'histoire de cette enfant, en possession des événements jalonnant son parcours, ne cherchera pas avec l'adolescente et la famille d'accueil, à dépasser la crise, n'en interrogera pas le sens.

Gommant les treize années de vie commune de cette famille reconstituée, la jeune fille sera placée en institution. Elle ne restera jamais plus de quatre mois dans les placements proposés. Le dernier placement effectué par l'A.S.E. se fera en urgence, alors qu'elle n'est pas enceinte, mais faute de place ailleurs, dans un foyer maternel. Celui-là même où elle apprendra la mort de son bébé.

Les comportements aberrants de la jeune adolescente n'obtiendront en réponses, de la part des professionnels, que des solutions pratiques destinées à se débarrasser de la plainte des adultes, sans qu'à aucun moment on ne se préoccupe de la plainte de l'adolescente.

Il est fréquent d'ailleurs à l'A.S.E., qu'à cet âge ingénu de 13-14 ans, où les filles deviennent jolies, les familles d'accueil les renvoient, les virent et qu'on les parque

dans des institutions anonymes où elles achèvent de perdre identité, mémoire, affectivité et raisonnement. Atomes d'énergies désintégrées dans le néant social, à partir de l'apparition de leur identité sexuelle.

C'est donc ainsi, avec ces procédures d'exclusion irréfléchies, que l'A.S.E. participe à l'aliénation de *ses jeunes*:

- *pas d'analyse de contexte,*
- *pas de travail de mise à plat du double-lien maintenu par le père,*
- *pas de réflexion avec la petite sur ses symptômes donc complicité et reconduction implicite des contraintes paradoxales qui pèsent sur la jeune femme.*

C'est là, en reprenant l'histoire de l'origine du placement, que l'on s'aperçoit que le père place volontairement le bébé dans notre institution, avec un accord tacite, sans être tenu à des contrôles et obligations par une ordonnance d'un juge pour enfants.

En dehors de la loi, en dehors de l'écrit, en dehors d'une parole sur ses origines et pour sortir de cette non-existence, non-reconnaissance d'elle-même, elle doit fuir et faire éclater le cadre.

Finalement, l'appel à la loi c'est Madame B qui l'agit par ses fugues, sa délinquance, *sa demande* auprès du juge pour enfants du placement à l'Aide Sociale à l'Enfance de son fils Gaël pour lequel elle a remis en scène l'histoire du secret de sa naissance.

Sa quête de famille heureuse, elle continue à l'agir en faisant des enfants. Il lui manque la dimension supérieure d'une dynastie, celle de l'inscription dans une généalogie, et dans un cadre et une loi.

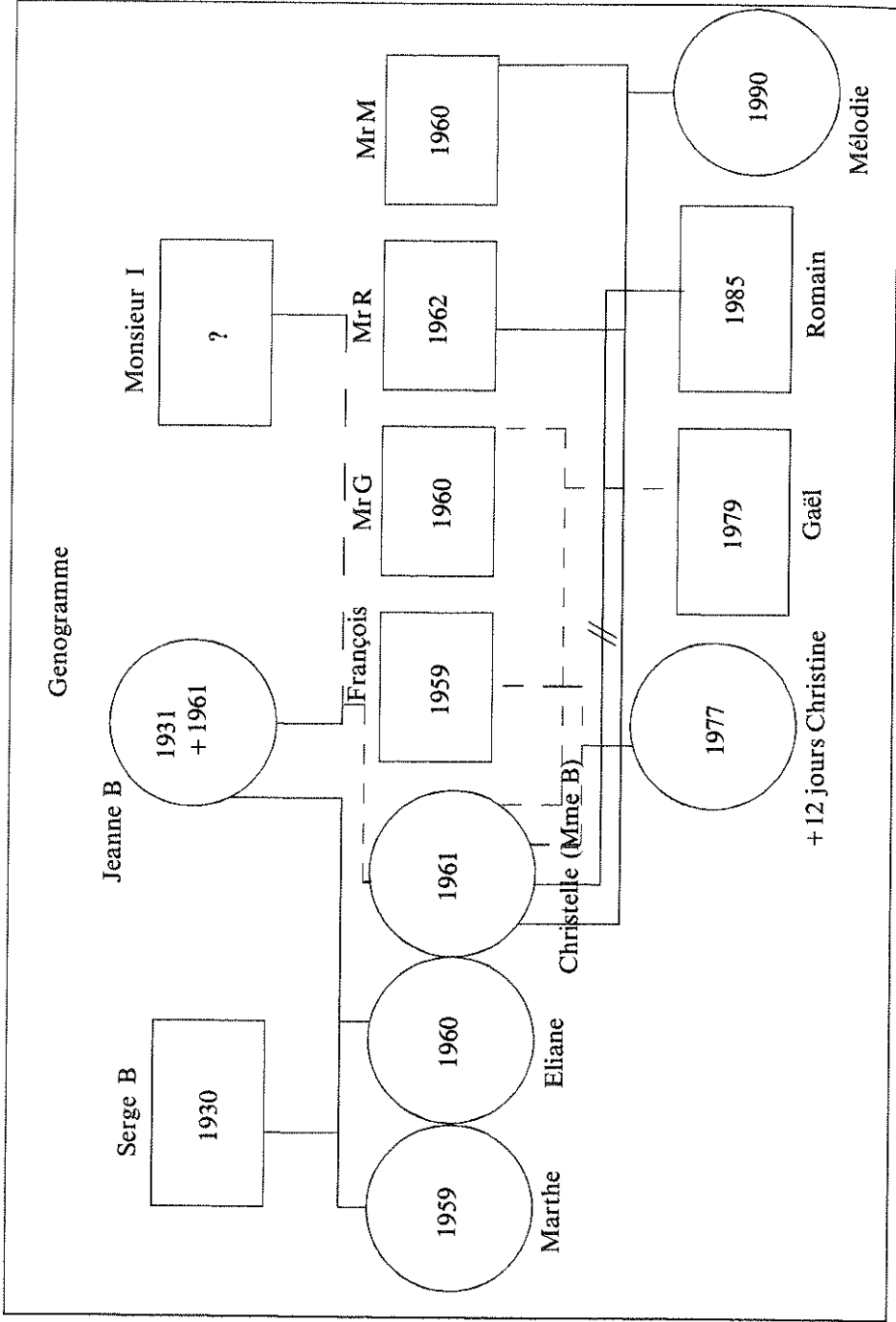
Car, utilisant *le modèle des familles d'accueil* constituées d'enfants de filiations différentes, elle fonde une famille transversale dans laquelle chaque enfant aura une filiation particulière, dans laquelle il y aura un père pour chaque enfant. Les pères utilisés pour leur fécondité seront écartés dès qu'ils marqueront le désir d'assumer leur paternité.

Pour elle, concevoir une famille était se référer à la mythologie A.S.E. dans laquelle elle avait baigné depuis ses débuts dans la vie.

La prise en charge de Gaël à l'Aide Sociale à l'Enfance a duré dix-sept mois durant lesquels nous avons sans relâche travaillé dans plusieurs directions:

1. *Changer son modèle de conception de la famille, c'est-à-dire laisser celui d'une tribu matriarcale à fécondité... (acte sexuel non génitalisé, dont le but est la procréation) et le sacrifice rituel des enfants.*
2. *Changer son modèle relationnel avec le monde, c'est-à-dire:*
 - *Apprendre à utiliser la parole, exprimer son récit, argumenter, comprendre, raisonner, apprendre une langue, c'est-à-dire les processus de symbolisation et de mentalisation.*
 - *Introduire la loi*
 - *Maintenir le lien, même dans les crises, difficultés, rupture, fugue, etc. et élaborer un conflit, une séparation.*

Genogramme



3. Reconnaître *le principe de l'altérité*, l'autre en tant que sujet, et accepter de fonder un couple, en se situant dans une dynamique évolutive.

Au fil des mois, le jeune femme, tout en se reconstruisant, bâtit sa vie: sa première démarche fut de faire un stage d'insertion professionnelle qui lui a permis de trouver un emploi, puis elle trouva un appartement dans lequel elle s'installa avec Mélodie; elle y reçut régulièrement Gaël les week-ends jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Elle fit elle-même ces démarches, inscrivit Gaël à l'école de son quartier et prit l'initiative de l'inscrire au CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) pour qu'il soit aidé dans ses problèmes de comportement et scolaires.

Il n'y avait plus lieu de maintenir le placement de Gaël à l'A.S.E. Aussi nous fîmes un rapport de situation au juge pour examiner la situation de cette famille au regard des nouveaux éléments existants.

Le juge, à l'issue de l'entretien avec Gaël, Mélodie et leur mère, tout à fait rassuré, prononça la main-levée du placement de l'enfant concerné.

Avant de concrétiser ce retour de Gaël auprès de sa maman, à la demande de Madame B, nous avons aménagé un entretien familial où la mère, Gaël et Mélodie étaient présents pour lui permettre de révéler à Gaël le secret.

Lorsqu'après que sa mère lui ait dit: «Tu sais, quand tu es né, maman, qui avait fait de grosses bêtises, était en prison, tu es né en prison!», nous entendîmes Gaël lui répondre: «Mais oui, maman quand on est arrivé à Paris tu m'as montré là où je suis né, j'ai bien vu que c'était une prison»...

Follow up deux ans après...

Madame B est à nouveau enceinte. Le père de ce bébé, Monsieur M et aussi père de Mélodie, revit avec elle depuis un an et demi. Ils ont aménagé leurs relations dans un projet de vie commune et fondent une famille. Madame B continue à travailler, Monsieur M a monté une petite entreprise de carrelage.

Il semblerait également qu'elle ait pu négocier ses relations avec son précédent mari, puisqu'elle reçoit régulièrement en week-end son fils Romain.

Conclusion

I. La dynamique de rupture

Elle s'organise sur plusieurs niveaux:

- Rupture *existencielle* pour l'enfant: pourquoi m'as-tu abandonné?
- Rupture *relationnelle* et *contextuelle* qui s'ensuivent: placements des 13-14 ans en institutions.
- Rupture dans le *récit des origines* fait, ou pas fait par les intervenants, récit haché, incohérent...

- Rupture dans *la vie mentale* du jeune, rupture de la logique, de la cohérence, de la compréhension et de l'affectivité...

Cette dynamique est générée par l'institution sociale et par l'institution A.S.E. fonctionnant dans une mythologie matriarcale légale fondée sur le non-dit.

II. Le sacrifice des filles à 13 ans:

Que l'on déracine des familles d'accueil pour les placer en institution dans un *rituel de désocialisation et de désintégration mentale*.

Ces jeunes posent des questions essentielles dans la dynamique familiale:

- Celle de la *séduction* possible du père de la famille d'accueil, sans l'interdit de l'inceste.
- Celle de l'*autorité* qu'elles remettent en cause en prenant leur autonomie et imposant à toute la famille de changer son fonctionnement.

La famille a deux alternatives:

1. Ou elle accepte le processus de croissance de la jeune fille, de changement commun, et c'est quasiment une adoption et la famille est en double lien car elle n'y est pas autorisée.
2. Ou la petite fille n'a qu'une fonction salariale qui ne suffit pas à compenser les risques de bouleversement des règles familiales et la famille remplace l'adolescente par une enfant plus jeune, ce qui pose un *problème d'éthique*.

III. «Dis grand-mère raconte-moi quand j'étais petite!»

Le placement à l'A.S.E. des enfants (de deuxième génération) par les parents, eux-mêmes anciens assistés de nos services, ne témoigne-t-il pas d'une *interrogation posée à cette institution sur les origines et les raisons de leur propre abandon?*

Car aussi, on peut déduire qu'une part d'eux-mêmes et de leur histoire est restée incluse et chaotique, enfermée dans nos dossiers: elle ne leur a jamais été restituée ni dans un processus de signification ou de subjectivation cohérente, ni dans un processus d'apprentissage des liens.

Aussi, il leur reste à reposer la question des ruptures traumatiques qu'ils ont vécues et à apprendre comment élaborer des liens qui autorisent les séparations *d'avec leur enfance à l'A.S.E.* C'est pour cela qu'ils reviennent déposer leur enfant à l'A.S.E.

Alors, pour finir, ne pourrait-on pas imaginer des prises en charge autour de ces jeunes parents, et de nos jeunes actuellement placés, qui justement introduiraient cette parole et répondraient à ce questionnement sans qu'on en attende la remise en scène concrète avec de nouvelles victimes?

A partir de là, comme dans cette observation de Madame B, ces sujets pourront concevoir des liens dans la durée et construire leur propre univers où serait possible la *permanence d'une famille, condition indispensable pour s'inscrire dans*

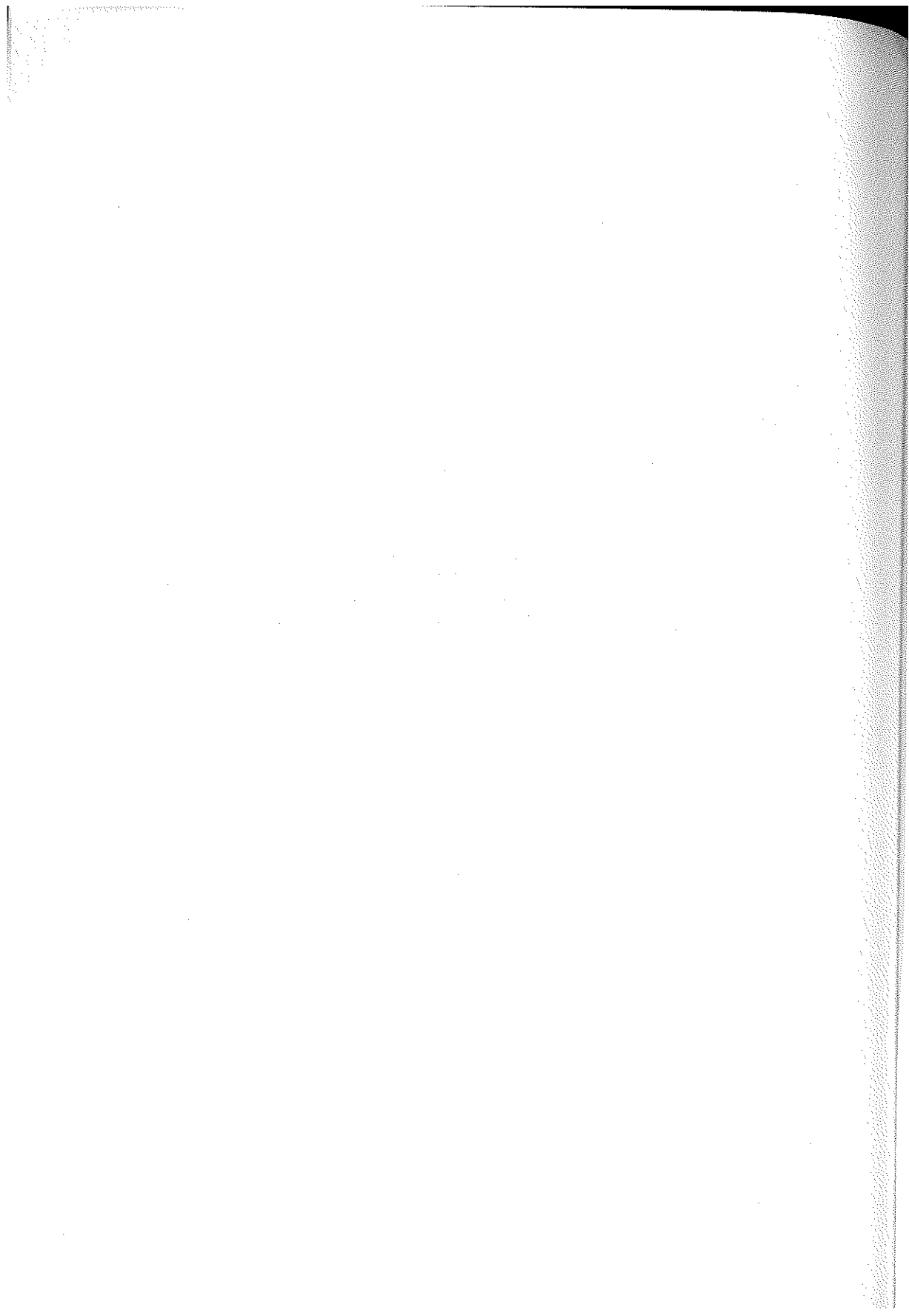
une généalogie, dans un ordre historique, un ordre social, une légitimité humaniste.

*Marie-Claude Vaucher-Panas
Catherine Guitton-Cohen Adad*

Institut de Recherches sur les Interactions Systémiques
16bis, rue Oger
F-92340 Bourg-la-Reine

BIBLIOGRAPHIE

1. Verdier P. (1987): *Le nouveau Guide de l'A.S.E.*, Edition Centurion.
2. Daigremont A., Guitton C. et Rabeau B. (1979): *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*, Edition E.S.F.
3. Bompard A. (1988): *L'événement psychique et collectif*, Edition privée.
4. Guitton-Cohen Adad C. (1988): *Instants et Processus*, Edition E.S.F.
5. Mac Goldrik M., Anderson C. and Walsh F. (1989): *Women in family*, Edition Norton.
6. Luepnitz D. (1989): *The family interpreted. Feminist theorie in clinical practise*, Edition Basic Book.
7. Pluymakers J. (1989): «Fonctions d'autorité. Appartenance institutionnelle et auto-référence», *Familles, Institutions et Approches systémiques*, Edition E.S.F.
8. Lernoigne J.L. (1990): *Théorie du système général*, Edition P.U.F., 3^e édition.
9. Miermont J. (1987): *Dictionnaire des thérapies familiales*, Edition Payot.



L'APPROCHE SYSTÉMIQUE ET L'INCESTE APRÈS LE DÉVOILEMENT

L'expérience du S.I.C.O.F.

Mary ERARD et Géraldine MOLLIENS*

Résumé: *L'approche systémique et l'inceste après le dévoilement... L'expérience de S.I.C.O.F. à Amiens.*

— Cet article présente: l'histoire, la structure, le fonctionnement et surtout la pratique d'un service prenant en charge des familles incestueuses, en référence à l'approche systémique, dans le cadre d'un mandat du juge pour enfants. Les deux types d'intervention sont explicités: la consultation de 3 à 6 mois; la prise en charge à long terme, de 2 à 3 ans. L'un et l'autre s'adressent non seulement à la famille, mais aussi à son contexte. Les trois principaux objectifs du travail: dégager la victime de toute responsabilité, réaménager les relations, soutenir les capacités d'individuation de la victime, sont éclairés par des exemples cliniques de la pratique. Pour que ce travail soit possible, un traitement pénal s'avère indispensable.

Summary: *Incest and the systemic approach after the unveiling... The experience of S.I.C.O.F. in Amiens.*

— This article presents: the history, the structure, the operating method, and most of all the practice of a service that takes on incestuous families in reference to a systemic approach within the framework of a mandate ordained by the children's judge. The two types of intervention are explicitly: a three to six months consultation; a complete follow through for a longer term of 2 to 3 years. Both methods address themselves not only to the family but also to the context of the issue. The three principle objectives of the work are: disengage the victim from all responsibility, restructure the relationships, provide support to preserve the victims individuate capacities. For this work to be possible a penal treatment is believed indispensable.

Mots-clés: Inceste — Responsabilités — Héritage transgénérationnel.

Key words: Incest — Responsibility — Transgenerational heritage.

En avril 1987, l'association Yves Le Febvre (association habilitée pour la protection de l'enfance) créait le S.I.C.O.F. (service d'intervention et de consultation familiale), suite à sa participation aux travaux de la commission départementale relative à la protection de l'enfance en danger.

Cette commission, mise en place en application des directives interministérielles, avait fait le constat qu'aucun service spécialisé n'existait pour la prise en charge des situations de maltraitance et d'abus sexuels. Les personnels de l'association formés à l'analyse systémique furent sollicités pour élaborer un projet.

* S.I.C.O.F., 172, rue Laurendeau, F-80000 Amiens.

Le S.I.C.O.F. assure donc, depuis 1987, le suivi de familles maltraitantes et incestueuses, durant les deux premières années à titre expérimental et, depuis janvier 1990, de façon officielle. Il reçoit une subvention de fonctionnement global du Conseil général de la Somme complétant le redéploiement de personnels de l'association: deux psychologues et trois éducatrices spécialisées formées à l'approche systémique et supervisées depuis en moyenne sept ans.

Cet article se propose d'exposer plus spécialement le travail avec les familles incestueuses.

La structure, son fonctionnement

Petite structure de cinq intervenantes, bénéficiant d'une totale autonomie technique par rapport aux autres services de l'association (A.E.M.O., P.F.S., Prévention spécialisée), l'équipe fonctionne en co-intervention. Une coordinatrice assure la liaison avec les magistrats, l'institution et les services extérieurs. Une réunion bimensuelle, une supervision mensuelle avec un thérapeute familial, permettent de construire une pratique et de soutenir une réflexion commune d'action-recherche.

Cadre de l'intervention

L'intervention ne se fonde pas sur une demande d'aide verbalisée par un des membres de la famille, mais sur une ordonnance d'assistance éducative du juge des enfants. Elle s'adresse à l'ensemble du système familial et traite les relations et communications de la victime et des autres membres de la famille.

Il s'agit d'un contexte de contrainte qui illustre le paradoxe de l'aide contrainte décrit par Guy Ausloos (cf. Conférence internationale «Ethique - Idéologie - Nouvelles méthodes», Paris, octobre 1990):

- «Le juge envoie une famille à une consultation; d'une certaine façon, il dit:
- Je veux que vous soyez aidés,
 - mais aussi, je veux que vous vouliez être aidés;
 - et je veux que vous vouliez être aidés pour un problème dont vous dites que ce n'est pas un problème puisque vous dites que vous n'avez pas ce problème;
 - et je veux que vous alliez voir des gens qui n'ont pas envie de soigner des gens qui ne sont pas motivés.»

Pour autant, comme l'écrit O. Masson: «L'intervention de l'autorité judiciaire permet d'ouvrir des cercles fermés pour des systèmes familiaux dont les modifications spontanées sont minimales, alors que les risques d'aggravation sont sévères.»

Toute mesure confiée au S.I.C.O.F. s'inaugure dans le cabinet du juge des enfants lors d'une audience avec la famille, en présence de la coordinatrice.

Ce qui permet:

- de parler des abus sexuels;

- de rappeler la loi: le rôle de protection des enfants par leurs parents;
- de signifier à la famille que d'autres modes relationnels et communicationnels sont à rechercher.

La coordinatrice, dans un rôle complémentaire à celui du juge, s'efforce d'évaluer et de susciter une amorce de mobilisation des membres présents à travers l'expression des difficultés et du vécu de chacun.

Parallèlement, la procédure pénale se poursuit avec une instruction qui décidera du jugement en Correctionnelle ou en Assises de l'abuseur, de son incarcération ou non.

Les différents types d'intervention

Le service offre deux types de prestation:

1. La consultation socio-familiale

d'une durée de trois à six mois. Il s'agit d'un travail d'évaluation portant sur le fonctionnement intra-familial et sur le contexte social en interaction avec la famille.

1.1. Au niveau familial

Il s'agit d'évaluer d'une part les relations de la victime avec son groupe familial:

- selon que la mère et la fratrie font porter la responsabilité sur la victime, ce qui peut aller jusqu'au rejet ou à des agressions ou des pressions pour obtenir la rétractation. Le chantage affectif de certaines mères, l'abus de pouvoir de certains frères aînés sont encore des abus auxquels la victime peut être soumise;
- selon la capacité d'empathie de la fratrie et de la mère vis-à-vis de la victime.

En fonction de ces différents éléments recueillis, le maintien ou non de la victime dans la famille sera indiqué ou un travail sur les liens et les ruptures sera proposé au juge des enfants.

Par ailleurs, ce cadre de la consultation permet d'évaluer:

- La mobilisation possible de la famille: les différents membres sont-ils assez motivés pour venir aux entretiens proposés?
- Le potentiel du groupe familial: les membres de la famille peuvent-ils s'exprimer sur les faits et le ressenti de chacun, accepter les confrontations qu'amènent les entretiens familiaux?
- Le fonctionnement de la famille: lors des entretiens, la flexibilité, les capacités de changement des communications intra-familiales seront testées.

La consultation permettra également d'évaluer les capacités de l'abuseur à reconnaître les abus sexuels, sa responsabilité et les conséquences de l'inceste pour la victime, ainsi que le rôle qu'il joue dans le groupe familial malgré l'incarcération.

Ces différents éléments diagnostics recueillis permettront de poser l'éventualité d'un travail à long terme dans l'intérêt de la victime.

1.2. Au niveau du contexte social:

- Mesurer les interactions entre la famille et le réseau d'intervenants médico-psycho, social et scolaire.
- Favoriser la communication au niveau du réseau d'intervenants et éviter le cloisonnement des interventions dû aux logiques et cadres de travail différents.

On pourrait dire que la consultation va au-delà d'une évaluation dans la mesure où des éléments sont renvoyés au groupe familial, dans l'objectif de déclencher des interactions dynamiques, au cours des entretiens mais aussi à l'occasion de la lecture du rapport de consultation pour le juge des enfants.

2. L'intervention (travail à long terme d'une durée de deux à trois ans)

L'intervention se situe à deux niveaux s'inscrivant chacun dans le long terme.

2.1. Au niveau du contexte social

Comme il s'agit de famille à intervenants multiples: assistantes sociales, enseignants, thérapeutes, avocats, etc., intervenants pris, vu leur logique d'intervention différente, dans des coalitions plus ou moins importantes avec un ou plusieurs membres de la famille, le risque est que ce réseau reprenne à son compte le scénario conflictuel de la famille.

Le travail consiste donc en des coordinations régulières avec pour objectif d'établir un réseau cohérent permettant:

- des communications fonctionnelles;
- la clarification, la reconnaissance des rôles et pratiques différents et de leur complémentarité.

2.2. Au niveau familial

Le travail s'effectue sous forme d'entretiens réguliers dans le rythme et le lieu, hors du cadre familial. Il apparaît nécessaire d'alterner des entretiens familiaux regroupant l'ensemble de la famille avec des entretiens individuels du père à la Maison d'arrêt quand il est incarcéré, de la mère, de la victime, ainsi que des entretiens conjoints de ces dernières. Ces entretiens sont toujours menés à deux; l'un des intervenants, référent du cas, est engagé dans l'entretien; l'autre, intervenant en position d'observateur de tout ce qui s'exprime autrement qu'avec des mots. Un enregistrement au magnétophone, soumis à l'accord de la famille, offre un outil supplémentaire au conséquent travail de réflexion mené autour de ces entretiens par les deux intervenants.

Les objectifs et moyens de l'intervention

1. Travailler à dégager la victime de toute responsabilité par rapport aux abus

Ce travail nécessite des entretiens avec la mère, la patrie, l'abuseur, voire des membres de la famille élargie qui, le plus souvent, réagissent dans un premier temps en faisant porter la responsabilité sur la victime. Il s'agit alors de faciliter l'expression des sentiments négatifs, de l'agressivité à l'égard de la victime en son absence afin que soit reconnu peu à peu le véritable responsable.

Si le couple parental ne divorce pas, des entretiens conjoints à la Maison d'arrêt visent à permettre l'expression des reproches et attentes réciproques, afin d'éviter une alliance du couple contre la victime, la rendant responsable de l'incarcération, voire des abus. Ceci ne peut se faire sans une confrontation aux faits dénoncés, ce qui, pour chacun, nécessite tout un cheminement personnel.

Ainsi des entretiens individuels avec la mère, et avec l'abuseur, soutiennent chacun selon ses capacités dans une démarche personnelle vis-à-vis de son histoire.

Ceci permet à chacun d'accéder ou non au traumatisme de la victime. A travers leur propre vécu d'enfant souvent abusé, au moins délaissé, en tout état de cause privé de parent protecteur, ils peuvent reconnaître leur part de responsabilité, non seulement vis-à-vis des abus, mais aussi des conséquences, ce qui, éventuellement, peut leur permettre de se mobiliser pour en atténuer les effets.

Des entretiens individuels et communs avec la mère et la victime s'efforcent de travailler toute la conflictualité de leur relation. Celle-ci est le plus souvent agie et ne parvient que difficilement à s'exprimer. C'est pourtant leur capacité à l'une et à l'autre à se dire leurs reproches réciproques qui pourra permettre à la victime de se dégager de la culpabilité qui la détruit pour être en mesure de se réinvestir dans son évolution personnelle. Cela se fera d'autant mieux si ce travail aboutit à ce que la mère, au jugement, la soutienne dans ses déclarations. La position de l'abuseur est déterminante sur ce processus. S'il maintient une accusation, même subtile (on le verra plus loin), de la victime, celle-ci ne saurait se dégager *seule* du poids qu'il continue de lui faire porter. Sa femme, influencée par cette position et pour échapper à sa propre responsabilité, risquera, elle aussi, de se maintenir dans cette version des faits.

On le voit, chacun joue un rôle déterminant pour que: soit perdurent les abus sous une autre forme, soit se restaure en partie la confiance sur la base de la reconnaissance par chacun des parents de sa responsabilité.

Cas de M. Y

M. Y a abusé de sa belle-fille, Brigitte: dénoncé par celle-ci, il est incarcéré.

A l'occasion d'un travail sur sa famille d'origine, il évoque les abus dont il a été victime, enfant, par un de ses frères aînés.

C'est autour de la révolte que déclenche en lui le fait que son frère ne reconnaisse pas la véracité des faits, qu'il va se sentir victime, victime, non seulement au niveau de son homosexualité qu'il assume mal, mais aussi victime qui paie par son incarcération actuelle ce qu'il a subi de son frère et fait subir à sa belle-fille.

Mesurant les conséquences pour lui-même, non seulement des actes perpétrés sur lui par son frère, mais aussi de la non-reconnaissance par ce dernier, tant des faits que de sa responsabilité, il réalise les conséquences pour Brigitte de la position qu'il va aujourd'hui tenir quant à sa responsabilité. Va-t-il l'assumer pleinement ou non ?

Si, lors de l'instruction, il avait reconnu les faits, au cours de ce travail, il comprend la nécessité d'assumer toute sa responsabilité pour atténuer les conséquences de l'inceste sur Brigitte.

2. Travailler le réaménagement des relations

Il s'agit de restaurer la hiérarchie du système familial, de rétablir chacun dans son rôle et sa position, de permettre que s'élaborent des règles claires et adaptées fixant à chacun les limites qu'il doit respecter.

Pour autant, au sein de ces familles à problématique incestueuse, la crédibilité des parents est entamée et la confiance entre les différents membres de la famille est perdue, souvent depuis plusieurs générations.

Par ailleurs, un père ou beau-père abuseur, incarcéré en raison de son délit, ne saurait tenir une position parentale qui méconnaîtrait le fait qu'il a transgressé la loi.

Pour prendre en compte ces paradoxes, une vigilance est nécessaire afin qu'une autre forme subtile d'abus ne se mette en place.

En ce qui la concerne, la mère s'avère en difficulté pour accéder à une position et soutenir un rôle de mère en raison de sa propre relation problématique à sa mère.

En effet, on observe dans tous les cas suivis que la mère de la mère a été rejetante, non protectrice, offrant un modèle d'identification très défailant. De ce fait, la mère attend de sa fille victime ce qu'elle serait en droit d'attendre de sa mère. C'est l'inversion des rôles qui, entre autres, a favorisé l'inceste, qui perdure malgré l'incarcération.

Ainsi parentifiée par son père et sa mère, la victime est en difficulté pour retrouver un rôle et une place dans sa famille correspondant à sa situation d'enfant ou de jeune adolescente.

Tout ceci donne une idée de la complexité du travail qui doit être mené tant au niveau individuel que familial.

Cas de la famille H

Depuis l'incarcération de Monsieur H pour abus sexuels sur sa fille, après une première étape chaotique, Madame H s'efforce, dans le cadre du travail avec le S.I.C.O.F., de trouver un fonctionnement personnel et familial plus structuré.

Si Monsieur H semble soutenir cette démarche, il s'avère de fait qu'à travers des échanges par courriers ou parloirs, il communique à ses enfants une disqualification de leur mère. Ces derniers restent alors sous l'emprise du double message comme dans le passé: «Je vous laisse à la charge de votre mère, mais prenez-la en charge car elle ne fait rien de bien»; et ainsi d'entretenir l'impossibilité d'établir la moindre relation de confiance.

Malgré son incarcération, le pouvoir abuseur de Monsieur H perdure sous une autre forme.

C'est en le confrontant, lors d'entretiens individuels, aux réactions perturbées de ses enfants, en l'incitant à s'interroger sur son rôle à lui vis-à-vis de ces comportements perturbés et à rechercher d'autres modes de communication et de positionnement, que le travail tente de limiter les effets destructeurs d'un tel fonctionnement familial.

Ainsi ce travail mis en place pour la victime ne peut qu'avoir des effets favorables pour le reste de la fratrie qui, elle aussi, subit les effets dommageables de l'inceste et du fonctionnement familial qui l'a rendu possible.

A ce niveau, il s'agit d'un travail de prévention visant à éviter que s'établissent de nouvelles relations incestueuses: frères, sœurs et futurs adultes potentiellement abuseurs.

3. Soutenir les capacités d'individuation de la victime pour qu'elle puisse, en partie, retrouver le cours normal de son développement

Ce processus est en étroite interdépendance avec la capacité des parents à se dégager de leur propre héritage transgénérationnel dont l'inceste est l'aboutissement.

Ceci se trouve illustré dans l'exemple suivant:

Lydia, 13 ans, victime d'abus sexuels par son père depuis l'âge de six ans, exprime, lors d'un entretien commun avec sa mère: «Papa avait besoin, quand il buvait, que quelqu'un le cajole pour le calmer: c'était moi; et quand je le cajolais, j'étais un peu sa mère.» Le père de Lydia, Monsieur B, délaissé très jeune par sa mère multipliant (comme il le raconte en entretien individuel à la Maison d'arrêt) les aventures amoureuses et sexuelles, reconnaît s'être alcoolisé dès sa mise au travail à 15 ans et avoir été violent et abuseur de sa fille sous l'emprise de l'alcool.

Madame B, en ce qui la concerne, dit avoir été précocément témoin des relations sexuelles de sa mère avec son amant. Quant son frère aîné a tenté d'abuser d'elle et qu'elle en a parlé à sa mère, celle-ci l'a traitée de menteuse. Face aux abus de sa fille Lydia, Madame B, tentera de tenir une autre position: elle en parlera, mais d'une façon telle, en banalisant et confusonnant ses différents interlocuteurs, que les abus continueront plusieurs années.

Ceci incite à dire que Lydia a hérité par son père du rôle de «maman putain» et par sa mère du rôle de «victime d'abus sexuels».

Lors d'entretiens individuels et communs avec sa mère, se fait jour pour l'une et l'autre que Lydia est une victime sacrifiée. Sa mère participe à cette reconnaissance mettant sa fille sur la voie: «En quelque sorte en allant le câliner quand il était saouïl, elle se sacrifiait pour nous... pour moi.»

Mais Monsieur B continue de soutenir: «Lydia n'aurait jamais dû me cajoler quand j'étais ivre, elle savait bien que je faisais alors n'importe quoi.» Pour lui, elle reste encore la «maman putain» responsable des abus.

Lydia ne peut se dégager de cette mission héritée du passé de son père s'il reste sur cette position. Même s'il reconnaît la culpabilité du père, le traitement pénal de cette affaire n'y suffira pas non plus. Seul Monsieur B peut dégager Lydia de cette mission héritée de son passé, comme Madame B tente de faire.

Ainsi le travail familial apparaît comme une première étape indispensable pouvant éventuellement, ce qui est souhaitable, se prolonger pour chacun par une psychothérapie individuelle.

Cela apparaît indispensable pour la victime. Encore faut-il qu'elle fasse sienne une telle démarche et cela ne saurait être possible tant que chacun de ses parents la maintient aliénée dans cet ordre de mission, héritage des générations passées.

Pour conclure, les points suivants se doivent d'être explicités davantage :

- la nécessité du traitement pénal,
- les différentes formes de déni et leurs effets sur le travail familial,
- le rôle des intervenants gravitant autour de ces familles.

Le traitement pénal est la condition nécessaire mais non suffisante à ce travail familial. Au cours de ces quatre premières années de pratique, il s'est avéré possible d'engager et de poursuivre un tel travail dans les seules situations où avaient lieu parallèlement des poursuites pénales. Dans tous les autres cas, la victime s'est toujours vue doublement responsabilisée par sa famille :

- responsable des « soi-disant faits »,
- responsable d'avoir « parlé, menti » ;

aucun travail n'a été possible et l'évolution de la victime s'est montrée hautement compromise. Le traitement pénal permet au moins qu'elle soit reconnue comme victime.

Pour autant, le traitement pénal ne signifie pas la levée du déni. Certains abuseurs jugés et condamnés continuent de nier. Si le déni persiste, le travail familial se heurte rapidement à de sérieuses limites. Mais il faut distinguer :

- le déni des faits,
- le déni de sa responsabilité par l'abuseur,
- le déni des conséquences pour la victime.

Le premier, essentiellement, constitue une contre-indication au travail familial. Les deux suivants peuvent être travaillés et évoluer au cours de la prise en charge.

En ce qui concerne les intervenants, leur multiplicité a déjà été évoquée. Tous ces protagonistes ne peuvent pas ne pas réagir à un niveau personnel à cette transgression de l'interdit de l'inceste et prendre position d'une manière subjective, plus ou moins contrôlée et plus ou moins dans l'intérêt de la victime.

De plus, chacun en référence à la logique de son cadre d'intervention, va interagir avec la famille ou certains de ses membres, mettre en place des alliances, promouvoir des stratégies.

L'intervention systémique doit en tenir compte. Comme elle se doit de clarifier, tout au long de sa prise en charge, les mouvements émotionnels et affectifs qui la traversent. En effet, elle ne saurait échapper au sort commun à tous les intervenants concernés par ces familles incestueuses.

Le travail familial exigeant de sa part une implication rigoureuse et contrôlée, une analyse permanente de ce qui se joue en entretien et hors entretien est à mener afin qu'il soit clairement établi pour tous :

- que ce travail, s'il concerne la famille, n'a eu aucun cas pour objectif de réconcilier coûte que coûte ses membres, de faire vivre ensemble à tout prix des êtres qui n'ont peut-être plus les moyens de partager ni leur quotidien, ni leur devenir; mais de leur rendre possible l'accès à un type de communication jamais encore expérimenté où les relations se négocient dans le respect des individualités. C'est une lourde responsabilité qui n'est pas sans déclencher de crise pour les intervenants comme l'exprime Barudy:

Ceci nous éclaire sur l'importance du pessimisme et du scepticisme que nous avons rencontrés chez plusieurs intervenants. Tout se passe comme si les mythes de destruction et de survie des familles avaient pénétré le système des intervenants provoquant la paralysie de leur espoir de changement. Paradoxalement, c'est l'espoir agi au travers des comportements de maternage d'une part, et de réaffirmation des limites d'autre part, qui constitue la seule possibilité de pouvoir rompre le cercle vicieux de ces familles et des intervenants (in « Violence sexuelle, inceste et famille », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 10).

Mary Erard

Psychologue

Géraldine Molliens

Educatrice spécialisée

formées à la thérapie familiale

S.I.C.O.F.

172, rue Laurendeau

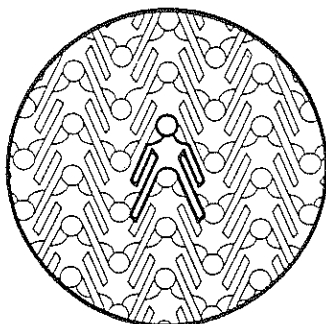
F-80000 Amiens

REMERCIEMENTS

Nous remercions Carole Gammer, Ph.D., psychologue clinicienne, fondatrice de la thérapie familiale par phase, qui supervise notre pratique depuis 1987, dont nous avons suivi plusieurs séminaires à propos de la maltraitance et de l'inceste. Nous remercions également les magistrats du tribunal pour enfants d'Amiens qui nous ont permis la mise en place de cette expérience.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gruyer F., Fadier-Nisse M. et Sabourin P. (1991): *La violence impensable*, Nathan.
2. Heireman M. (1989): *Du côté de chez soi*, E.S.F.
3. « Violence sexuelle, inceste et famille », *Les cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 10, 1989.
4. « Loyautés familiales et désir d'enfant », *Dialogue: recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111.
5. Boszormenyi Nagy I. et Krasner B. (1991): *La confiance comme base thérapeutique. La méthode contextuelle. Dialogue*.
6. Masson O. (1981): « Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales », *Thérapie familiale*, 4.
7. Bentovin A. (1985): « Le rôle de la thérapie familiale dans les prises de décision concernant les enfants en risque », *Thérapie familiale*, 3.
8. Vanmarcke D. et Igodt P. (1987): « La thérapie familiale face à l'inceste », *Thérapie familiale*, 4.



L'INDIVIDU DANS LA PENSÉE SYSTÉMIQUE

Le Comité d'organisation des troisièmes Journées Romandes de thérapie familiale attribuera
trois prix de CHFr. 1500.— chacun qui récompenseront :

- *Un travail de recherche au niveau européen dans le domaine de la prévention.*
- *Un travail de diplôme réalisé par un élève d'un Centre de Formation romand.*
- *Une réalisation novatrice dans le canton de Neuchâtel (dans le domaine psycho-social).*

Un jury constitué de membres du Comité d'organisation du Congrès, et de personnalités romandes et européennes examinera les candidatures, qui doivent être déposées avant le **31 août 1992**. (L'attribution est fixée au mois de décembre 1992.)

Les candidatures sont à envoyer au :

Comité d'organisation
des troisièmes Journées Romandes de thérapie familiale
Ecluse 67
CH-2000 Neuchâtel
Tél. (038) 22.32.82

INFORMATIONS

6^e CONGRÈS INTERNATIONAL de thérapie familiale: «Divorce and remarriage: interdisciplinary issues and approaches». Divorce and Remarriage: Therapeutic approaches, adults and children; Religious aspects; Legal aspects; Social networks; Cross cultural studies; Social and economic aspects. Mediation: Legal and professional aspects. Courts and family issues: Issues in child custody; The binuclear family. Jérusalem, du 29 mars au 3 avril 1992.

Informations: Congress secretariat, Ms Meera Jacobson, c/o International Ltd, P.O. Box 29313, 61292 Tel Aviv, Israel. Tel. 972-3-510-2538. Fax: 972-3-660604.

JOURNÉES D'ÉTUDES: «Mauvais traitements et coordination institutionnelle», organisées par le Bureau Central d'Aide Sociale/SOS-Enfants Genève, les 9 et 10 avril 1992 à Genève.

Intervenants aux conférences plénières: Dr Odette Masson (Lausanne), Dr S. Tomkiewicz (Paris), Dr Jorge Barudi (Bruxelles). Ateliers les après-midi.

Informations: SOS-Enfants Genève, case postale 69, 1211 Genève 3. Tél. (022) 312.11.28.

CONGRÈS sur le thème: «Traumatismes familiaux», organisé par l'A.R.E.F.T. (Association de Recherche et d'Études sur la Famille et les phénomènes Transgénérationnels). Avec les professeurs Marie-Cardine et Pelicier, les docteurs Chiland, Triboulet, Nachin, Ploton et Mme D. Brun. Faculté de Médecine de Lille, jeudi 9 avril 1992.

Informations: A.R.E.F.T., C.H.S. de Lommelet, Service médical 1, 193, rue du Général-Leclerc, F-59871 Saint-André Cedex.

1^{er} COLLOQUE INTERNATIONAL: «Santé mentale, sociétés et cultures». Pour une psychiatrie humanitaire. Sous l'égide de Médecins du Monde. Bucarest, du 20 au 22 mai 1992. Semaine culturelle du 19 au 23 mai 1992.

Informations: Secrétariat d'organisation, F. Lucchesi, Médecins du Monde, B.P. 7185, F-30914 Nîmes Cedex. Tél. 66.38.35.14. Fax 66.29.15.32.

6^{es} JOURNÉES DE PSYCHIATRIE EN ARDÈCHE: «Le symptôme et ses masques», organisées par l'A.R.E.P.S.A. (Association de Recherche en Psychiatrie du Secteur Adulte d'Annonay). Annonay, les 20 et 21 juin 1992.

Informations: Mme Guastavi, secrétaire générale, Centre de Jour Adulte, Place du Champs-de-Mars, F-07100 Annonay. Tél. 75.67.55.55.

INTERNATIONAL CONFERENCE on the use of stories and metaphors as foals in communication. Budapest, du 16 au 19 juillet 1992.

Informations: Congressbureau of the federation of Hungarian Medical Societies (MOTESZ), Ms Krisztina Csongrádi, H-1443 Hungary, Budapest, P.O. Box 145. Tel. (36-1) 251.7999.

MRI SUMMER SYMPOSIUM. 1^{re} semaine: «Brief Strategic Therapy» (20 au 24 juillet); 2^e semaine: Michael White (27 et 28 juillet) et Francine Shapiro, EMDR (29 au 31 juillet). Stanford University, Palo Alto, CA.

Informations: MRI Symposium, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301, USA. Tél. (415) 321.3055.

11^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE: «Love and Hate: Toward resolving conflict in groups, families and nations». Palais des Congrès, Montréal, Québec. Du 22 au 28 août 1992.

Informations: Congress secretariat, GEMS/IAPG Congress 1992, 4260 Girouard, Suite 100, Montréal, Québec, Canada H4A3C9. Tél. (514) 485.0855. Fax (514) 487.6725.

COLLOQUE sur le thème: «Travail social et approche systémique» organisé par le CEFOC (Centre d'Etudes et de Formation Continue pour travailleurs sociaux). Genève, les 8 et 9 octobre 1992.

Informations: CEFOC, 28, rue Prévost-Martin, CH-1205 Genève. Tél. (022) 20.39.75.

CONGRÈS INTERNATIONAL sur le thème: «Sentiments et systèmes, un défi pour la thérapie familiale?». Organisé par l'European Family Therapy Association avec la collaboration de la Società Italiana di Terapia Familiare et de la Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale. Sorrento, du 12 au 15 novembre 1992.

Informations: Medicon Italia Srl, Piazza A.-Mancini 4, I-00196 Roma. Tél. (06) 39.62.826. Fax (06) 39.63.641.

FORMATIONS organisées par l'A.F.C.C.C. (Association Française des Centres de Consultation Conjugale):

- Formation à la thérapie de couple et aux entretiens familiaux: début du cycle: février 1993.
- Formation à la médiation familiale: de mars à décembre 1992.
- Formation au conseil conjugal et familial: de janvier 1992 à novembre 1993.

Informations: Institut de formation de l'A.F.C.C.C., 44, rue Danton, F-94270 Le Kremlin-Bicêtre. Tél. 46.70.88.44.

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ 1992-1993: «Thérapies systémiques de la famille et pragmatique de la communication. Options: Thérapie Familiale; Pragmatique de la communication dans les systèmes en crise». Commission scientifique: Pr F. Rougeul, Pr Y. Geffroy, M. J.B. Aimar. Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté des lettres, arts et sciences humaines, département de psychologie: Pr F. Rougeul. Cette formation est faite en collaboration avec le département d'Art-Communication-Langage et l'U.F.R. de Médecine.

Informations: Service de la scolarité, 98, bld Edouard-Herriot, BP 369, F-06007 Nice Cedex. Tél. 93.37.53.10. Fax 93.37.55.36.

COURRIER DES LECTEURS

À PROPOS DE L'ARTICLE DE J.P. GAILLARD, «Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance», *Thérapie familiale*, Genève, 1991, vol. 12, n° 3.

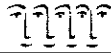
Permettez-moi d'apporter une précision, plus exactement un rectificatif:

Le Monsieur Zeigarnick dont parle Monsieur Gaillard dans sa réponse à Madame Guitton, est en fait une femme, Madame Bluma Zeigarnick, Gestalt-psychologue allemande, qui publie, en 1927, ses recherches sur les besoins non satisfaits et sur les tâches prématurément interrompues en plein travail*.

J'ai beaucoup apprécié l'article de Monsieur Gaillard. Sa réponse m'a fait plutôt sourire... Décidément, cher Monsieur, les femmes n'ont pas fini de nous en apprendre!

Claude Julier
Institut d'Etudes Sociales, Genève

* Cité par Serge Ginger dans son livre *La Gestalt, une thérapie de contact*, Ed. Hommes et groupes, Paris, 1987, p. 72.



E F T A



SENTIMENTS
&
SYSTEMES

SORRENTO • ITALIE

12 • 15 novembre 1992

*L'European Family Therapy Association
a le plaisir de vous annoncer son
premier congrès international sur le thème:*

SENTIMENTS & SYSTEMES

*un défi pour la thérapie familiale?
12-15 novembre, 1992 - Sorrento, Italie*

avec la collaboration de:

SITF - Società Italiana di Terapia Familiare

SIPPR - Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

Comité Scientifique

Président: Maurizio Andolfi

Co-Président: Mory Elkaim

Membres: Gianfranco Cecchin, Marcella de Nichilo Andolfi,
Hugh Jenkins, Camillo Loredi, Luigi Omnis, Rick
Pluut, Jacques Pluymackers, Elida Romano

Adresse du Secrétariat Scientifique

Maurizio Andolfi
Via Fibreno, 10 - 00199 Rome, Italie
Tel. 06/8382855 - Fax 06/8314983

Secrétariat en charge de l'organisation

Medicon Italia srl
Piazza A. Mancini 4, 00196 Rome, Italie
Tel. 06/3962826 (changera en 3233301) -
Fax 06/3963641 (changera en 3233304)

**INSTITUT DE
FORMATION
SYSTEMIQUE**



I F S
Chemin des Primevères 1
1700 Fribourg
Tél. 037 / 24 16 86

CONFERENCES novembre 1991 - juin 1992

- 7 / 11 / 91 **Introduction à l'hypnose éricksonienne et à la thérapie stratégique.**
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 8 / 11 / 91 **Les techniques d'apprentissage du contrôle de la douleur.**
Dr Michel Vignier
- 18 / 11 / 91 **Les cartes institutionnelles. Une configuration des doubles liens**
Dr Jean-Claude Benoit
- 13 / 1 / 92 **Accouplement, couple et famille. Alliances, amour, éthique, exploitation, violence et abus dans le couple et la famille.**
Dr Reynaldo Perrone
- 16 / 3 / 92 **Les violences familiales et les troubles dissociatifs.**
Le problème des personnalités multiples.
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 6 / 4 / 92 **La compétence relationnelle des jeunes en difficulté.**
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 15 / 5 / 92 **Roméo et Juliette ou le suicide matrimonial. Le couple et la famille dans la société actuelle.**
Dr Alfredo Canevaro
- 5 / 6 / 92 **Le syndrome d'épuisement professionnel.**
Dr Odette Masson-Ruffy

Chacune de ces conférences est proposée au prix de Fr. 100.- (repas compris)

Nom: _____ Prénom: _____

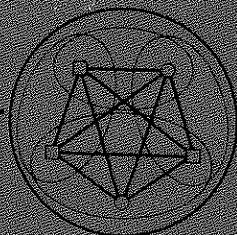
Adresse: _____

NPA / Localité: _____

Je m'inscris à la conférence suivante: date: _____

titre: _____

Je souhaite recevoir votre brochure de présentation des conférences et des formations de l'IFS.



THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XIII — 1992 — No 1

SOMMAIRE

Présentation	1
L. ONNIS: Langage du corps et langage de la thérapie: la «sculpture du futur» comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques	3
O. REAL DEL SARTE, M. VANNOITI et M.O. GOUBIER-BOULA: Nouvelle réflexion sur les expressions psychosomatiques du comportement	21
L. ROEGIERS: Fécondation <i>in vitro</i> , cadeau ou fardeau? Quelques considérations systémiques et éthiques sur la souffrance du couple infertile et la place de l'enfant qui se fait longtemps attendre	41
A. CHEMIN, A. CARON et A. JOLY: Bilan après 15 ans de pratique à l'intervention systémique en A.E.M.O.	55
C. VIEYTES-SCHMITT: Médée, Jason et le chœur au fil des années. Thérapie de couple en trois actes, monologue, prologue et exodos	65
M.C. VAUCHER-PANAS et C. GUITTON-COHEN ADAD: Mythologie A.S.E. Educatrice, mère et grand-mère	81
M. ERARD et G. MOLLIENS: L'approche systémique et l'inceste après le dévoilement... L'expérience du S.L.C.O.F. à Amiens	97
Informations	107
Courrier des lecteurs	109

CONTENTS

Présentation	1
L. ONNIS: Language of the body and language of the therapy: «The sculpture of the future» as a systemic intervention method on psychosomatic situations	3
O. REAL DEL SARTE, M. VANNOITI and M.O. GOUBIER-BOULA: New reflexion on psychosomati cal expression of behaviour	21
L. ROEGIERS: <i>In vitro</i> fertilization, present or burden?	41
A. CHEMIN, A. CARON and A. JOLY: A final assessment after 15 years of practice in systemic intervention in «Educational Action in an Open Environment»	55
C. VIEYTES-SCHMITT: Medea, Jason and the chorus through the years	65
M.C. VAUCHER-PANAS and C. GUITTON-COHEN ADAD: Social help to childhood: matriarcal mythologies and reasons of failure for young unmarried mothers	81
M. ERARD and G. MOLLIENS: Incest and the systemic approach after the unveiling. The experience of S.L.C.O.F. in Amiens	97
Informations	107
Courrier des lecteurs	109