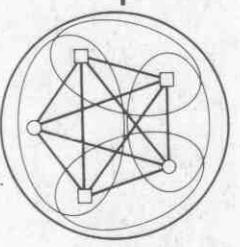


1cB



THE RAPIE FAMILIALE

Vol. 1 - 1980 - No 3

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

M. ANDOLEI et P. MENGHI : Un modèle de formation en thérapie familiale	195
F. BRIDGMAN, A. MALDANT, J.P. RIGOLET et S. TASSAN : Psychose infantile et parentification. A propos d'un cas de thérapie familiale	223
J. SOUCY : Critères et processus de sélection des familles d'accueil : proposition d'un instrument de travail	245
E. GILLIERON : Fantômes originaires, organisateurs de l'homéostasie familiale	267
B. FROUSSART : A propos de "L'investigation psychosomatique" Mouvements familiaux de vie et de mort ou l'accès d'Adèle à la cohabitation	281

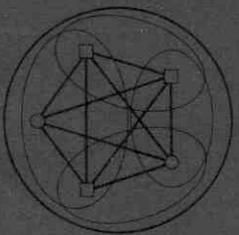
CONTENTS

ORIGINALS

M. ANDOLEI and P. MENGHI : A model for training in Family Therapy	195
F. BRIDGMAN, A. MALDANT, J.P. RIGOLET and S. TASSAN : Infantile Psychosis and Parentification : A Case of Family Therapy	223
J. SOUCY : Criteria and Selection Procedures for Choosing Foster Families : Ideas for a Working Model	245
E. GILLIERON : Originating Fantasmes, Organizing Factors of Family Homeostasis	267
B. FROUSSART : Concerning the Investigation of Psychosomatic Troubles : Life and Death Movements in the Family or Adele's Reaching of Cohabitation	281

THE RAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



ma Genève

Vol. 1 - 1980 - No 3

UN MODELE DE FORMATION EN THERAPIE FAMILIALE*

Auteurs : Maurizio ANDOLFI**, Paolo MENGHI***

UN CHOIX OPERATIONNEL

Si nous acceptons le postulat, partagé par beaucoup d'auteurs, (2,8,9,10,11,14,19) que la famille représente le lien fondamental entre l'individu et la société et que la thérapie familiale est une intervention dans le social, nous devons alors émettre l'hypothèse que les équipes qui opèrent dans ce contexte (Centres d'Hygiène Mentale, Services Hospitaliers, Centres de Consultation Familiale, Ecole, etc...) peuvent tirer le plus grand profit d'une formation en thérapie familiale. Ces groupes expérimentent quotidiennement la difficulté de déplacer l'intervention thérapeutique de l'individuel au collectif et le malaise qui résulte de problèmes jamais abordés jusque-là. C'est pourquoi de nombreux intervenants sociaux désirent aujourd'hui apprendre une technique d'analyse et d'intervention dans la communauté qui n'enferme pas le trouble mental dans un hôpital ou dans le cabinet du psychologue et qui permette de l'observer dans le contexte même dans lequel il se forme. La thérapie familiale, par le fait même qu'elle pousse les acteurs les plus directement impliqués à intervenir, se révèle cohérente avec le postulat émis.

Il a y 7 ans, nous avons commencé à penser que, malgré les difficultés, il était important de former à la thérapie familiale des équipes déjà constituées qui travaillaient dans les Centres d'Hygiène Mentale, à l'Ecole, etc... L'histoire et l'activité communes devaient permettre à notre avis de renforcer le processus de formation; le contact avec les patients dans leur propre milieu devait constituer une garantie pour considérer la famille en rapport avec d'autres réalités sociales et un terrain où vérifier les notions acquises pendant la formation.

Nous avons donc décidé d'enseigner notre modèle thérapeutique à des équipes institutionnelles¹ en donnant la préférence aux équipes

* Cet article constitue une première élaboration globale des programmes de formation de l'Institut de Thérapie Familiale de Rome (1974).

Une partie de cet article a déjà été publiée dans *Terapia Familiare*, 5, 1978.

** Directeur de l'Institut de Thérapie Familiale de Rome V. Reno, 30, 00198 ROMA.

*** Responsable de la formation à l'Institut de Thérapie Familiale de Rome, v. Reno, 30, 00198 ROMA.

¹ Chaque groupe était constitué de dix à douze personnes. La composition du groupe pouvait être différente selon les équipes. Y participaient des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des sociologues, des infirmiers et des consultants scolaires. La formation s'étendait sur une durée de quatre ans avec un total de 1.200 à 1.500 heures.

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

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

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

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

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène

Case postale 229
CH 1211 Genève 4 (Suisse)

Prix de l'abonnement annuel :

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

Pour Paiements :

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

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

opérant dans les Centres d'Hygiène Mentale, dans les Hôpitaux psychiatriques et à l'École. Nous avons ajouté un groupe de contrôle, constitué de personnes ne travaillant pas dans la même institution, choisies d'après leur motivation personnelle et leur formation professionnelle. Nous avons décidé de faire venir tous les groupes, même les plus éloignés, à notre Centre de Recherche de Rome, à une fréquence variable selon la distance et les niveaux de formation. Au départ, nous avions choisi de faire venir les groupes pour des raisons pratiques : la disponibilité des formateurs et la possibilité d'utiliser l'équipement technique du Centre (miroir sans tain, audio-visuel, etc...). Par la suite, nous avons découvert que ces déplacements permettaient aux groupes de sortir de la logique institutionnelle, toujours prête à solliciter des réponses opérationnelles en urgence, empêchant ainsi une plus vaste compréhension du problème.

A Rome, il était possible de créer une situation de recherche : des fragments de réalité amenés par l'équipe, (interviews avec les familles, interventions à domicile, séances enregistrées, etc...) pouvaient être observés, décomposés et recomposés à la lumière des nouvelles acquisitions. Les étudiants² en formation pouvaient ainsi expérimenter dans le contexte de la formation un modèle d'intervention qu'il était possible de vérifier ensuite dans leur réalité quotidienne.

MOTIVATION A LA FORMATION ET REDEFINITION DES ATTENTES

La demande de formation naît toujours d'un état de malaise éprouvé par l'équipe dans sa propre activité. "Nous ne savons plus que faire; l'Assistance Publique est insuffisante; le Centre d'Hygiène Mentale où nous travaillons fournit seulement des médicaments, le problème n'est pas technique mais politique, il faut changer les lignes directrices de l'Assistance; notre médecin-chef ne croit pas à la psychothérapie... etc...". Depuis que nous nous occupons d'enseignement, nous avons entendu mille fois répéter de telles phrases. Elles contiennent toutes une partie de vérité, elles expriment toutes le sentiment d'impuissance de ceux qui voudraient donner plus de sens à leur travail dans la communauté. Mais comment faire ? Ce malaise nous semble représenter en même temps un élément très important pour la cohésion de l'équipe, même si depuis la première rencontre nous percevons qu'il cache des conflits et des difficultés relationnelles dans le groupe. Dans

ce sens, nous retrouvons des parallèles avec le système familial : l'incompétence expérimentée par l'équipe agit comme le symptôme dans la famille : il est réel et en même temps fonction des difficultés interpersonnelles.

Si enfin nous demandons aux membres de l'équipe ce qui les a poussé à chercher une formation en thérapie familiale, les réponses sont toujours les mêmes : "soigner l'individu isolé de son contexte n'a aucun sens, nous voulons éviter l'hospitalisation ou la contention pharmacologique; si la famille collabore, il est plus facile d'aider le patient; la thérapie familiale tient mieux compte des besoins de la communauté sociale, etc...". Le désir d'acquérir des compétences permettant des interventions thérapeutiques efficaces est implicite à la demande; la thérapie familiale est perçue comme une possibilité d'élargir le bagage technique et d'insérer le trouble mental dans une vision plus vaste que celle de l'individu. *Mais personne ne demande jamais d'apprendre à se voir comme partie intégrante du processus thérapeutique.* Même si quelqu'un met en cause sa propre compétence, il est rare qu'il ait commencé à analyser le trouble mental en s'incluant lui-même dans l'analyse, avec ses propres relations à l'intérieur de l'équipe et de l'institution. Même si cela se produit, le sujet ne le fait qu'à travers un discours théorique, prenant bien garde de ne rien changer à ses habitudes, de continuer à "agir" ses comportements habituels, maintes fois vérifiés et donc rassurants. Que se passerait-il si au lieu de ne s'occuper que du patient, on incluait la famille et l'équipe thérapeutique dans un seul acte d'observation ? Le trouble devrait ainsi "sortir de la tête" du patient pour se situer non seulement dans le contexte familial et communautaire, mais aussi à l'intérieur du système thérapeutique, c'est-à-dire dans l'interaction entre groupe familial et thérapeute. Nous pensons que pour acquérir cette compétence, il serait utile de vivre personnellement des expériences interpersonnelles à l'intérieur d'un contexte de formation qui permette d'analyser la dimension systémique. De cette façon, on apprend à alterner une implication personnelle avec une analyse systémique objective (15). Nous avons choisi ce parti pour nos groupes de formation.

LE GROUPE COMME LABORATOIRE: RECHERCHE D'UNE NOUVELLE STRUCTURE

Quand l'équipe se présente, chaque participant se sent protégé par l'anonymat d'une demande commune. Tout en ressentant de la gêne et une certaine frustration, il est prêt à les masquer au nom d'une définition d'unité qui cache les tensions et protège de la peur de

² Nous définissons ainsi dans cet article toutes les catégories d'intervenants sociaux participant à la formation donnée à l'Institut (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers, etc.).

l'individuation. Si nous voulons favoriser un processus de différenciation, nous devons nous attaquer au sentiment de sécurité que l'unité apparente du groupe fournit à chaque membre. Ce choc amène progressivement à la rupture d'une unité, centrée sur des modèles de fonctionnement défensif, et favorise la mise en place d'une nouvelle structure.

Pour permettre au groupe le passage d'une unité apparente à une cohésion réelle, le formateur doit agir avec fermeté et une certaine directivité. Tout en assurant le respect de l'individu, il doit assumer une position fortement provocatrice³ : au lieu de ménager l'embarras que chacun éprouve devant le processus d'individuation dans le groupe, il en accentue la manifestation. Stress et confusion deviennent ainsi des étapes désagréables, mais nécessaires.

Sans avoir la prétention de s'étendre sur la progression temporelle de ce processus, nous essayerons d'en illustrer les étapes principales et de montrer les techniques les plus significatives.

La chaise chaude est un outil de choc que nous utilisons tout au début. Le formateur place au centre de la pièce une chaise et propose à chaque membre de l'équipe en formation de s'y asseoir, à tour de rôle, et de raconter quelque chose sur lui aux autres participants assis en cercle autour de lui; ces derniers doivent écouter en silence, sans intervenir. Ainsi on offre à chacun un espace individuel, bien défini et distinct de la position protégée à l'intérieur du groupe. Le formateur participe aussi à son tour à la *chaise chaude*. Si quelque'un cherche éventuellement à éviter son tour en se définissant timide de nature, le formateur exigera qu'il s'exprime assis sur la *chaise chaude*. Le fait d'inviter ceux qui se déclarent incapables de parler à s'asseoir sur cette chaise et à l'affirmer précisément dans cette position-là, leur permet en même temps d'exprimer la difficulté (dire que ce n'est pas possible) et de la surmonter (parler en étant assis sur la *chaise chaude*). A notre avis, le plus important n'est pas dans le contenu des affirmations que chacun est amené à formuler, mais bien dans le fait de s'exprimer dans ce contexte précis. La situation particulière de la confrontation visuelle entre les membres du groupe et celui qui est assis sur la *chaise chaude*, d'une part, et la distance entre celui-ci et toute l'équipe, d'autre part, réduisent dans une large mesure la possibilité de contrôler ses émotions. Au travers de cette restructuration spatiale, il es possible en fait d'agir soit sur l'élément distance-proximité émotionnelle, soit sur les processus d'inclusion-exclusion. Les étudiants en formation sont surpris devant le fait qu'un simple changement spatial puisse conduire à une expression émotionnelle si intense; ils tirent ainsi de l'expérience directe un

enseignement qu'ils pourront utiliser par la suite, lorsqu'ils prendront eux-mêmes des familles en thérapie. A peine la rencontre entre formateur et groupe s'est-elle amorcée, que la ligne de conduite méthodologique de la formation est déjà tracée.

Définition du leadership, division en sous-systèmes, processus internes de coalition, tentatives d'alliance avec le formateur : ce sont là les premiers aspects sur lesquels nous travaillons pour rendre explicite ce qui est implicite et parfois même nié au niveau verbal. Dans l'espace du groupe, nous commençons alors à "activer" ces situations qui limitent le libre flux des relations interpersonnelles; ceci permet de *focaliser l'attention sur un problème d'interactions* par sa mise en scène.

Le formateur, par exemple, dès qu'il a saisi un type d'interaction dans le groupe et défini les règles sur lesquelles elle se base, les pousse à l'extrême pour en amplifier les aspects les plus contradictoires. Nous donnons ici un bref extrait d'une séance de formation dans laquelle nous amplifions une interaction entre Carla, assistante sociale et François, un des trois psychiatres de la même équipe.

FORMATEUR (*met au centre de la pièce 2 chaises dos à dos*)
Maintenant, Carla et François, asseyez-vous ici... de façon à ne pas pouvoir vous regarder l'un l'autre. Toi, François, communique à Carla ce que tu n'aimes pas dans sa façon d'agir.

FRANÇOIS : Comment ? ...
Mais dans quelles situations ?

FORMATEUR : A toi de choisir... Je voudrais toutefois que tu sois aimable; tu ne dois pas te montrer désagréable... essaye de rester serain.

(*En s'adressant à Carla*) Ton rôle est très facile ... tu dois seulement dire oui; avec ou sans mots, tu dois exprimer ton assentiment en faisant comprendre à François combien tu apprécies ses critiques envers toi.

L'incapacité existant à ce moment entre Carla et François de se communiquer ouvertement la mécontentement réciproque, est métaphoriquement représentée par la disposition dos à dos des chaises. Les manifestations répétées d'irritation de François envers Carla sont pressenties ouvertement (4)

La discordance entre l'irritation réelle de François et son attitude aimable à l'égard de Carla est ici explicitement prescrite. Quant à Carla, de façon encore plus provocatrice, il lui est demandé d'amplifier la réponse que d'habitude elle réserve aux messages ambivalents de François : se montrer collaborante, alors qu'elle ne l'est absolument pas.

³ L'équipe entre provocation et soutien permet à la relation entre formateur et étudiants de se constituer et de se développer progressivement.

Je voudrais que vous vous engagez fortement... vous pouvez commencer.
(*Le thérapeute et le groupe s'assoient en cercle autour d'eux.*)

FRANCOIS (après un silence de quelques minutes pendant lequel les deux s'agitent dans un état de malaise évident) Je ne sais pas par où commencer... Il m'est difficile de parler à une personne que je ne peux pas regarder dans les yeux... De toute façon, ce qui m'énerve le plus est le fait que tu as tendance à être passive dans toutes les situations dans lesquelles, moi, peut-être par mon caractère, j'aimerais une plus grande détermination ... comment dire ... une autonomie et une assurance de soi différente ...

CARLA (*au début souriante, maintenant sérieuse, manifeste qu'elle reconnaît bien cette situation*)
Oui, oui, je suis tout à fait d'accord ... (*son ton est polémique et moqueur*)

FORMATEUR : Je vous ai demandé d'être souriants.

CARLA : Comment est-il possible que je le sois, si lui n'arrête pas de critiquer, sans s'apercevoir de mes difficultés ?

FRANCOIS : Lesquelles ?

200

Ce qui se passe d'habitude apparaît maintenant embarrassant et difficile à retransmettre.

Le formateur sollicite un changement de l'interaction à travers sa négation(7)

Carla demande là une aide différente qu'habituellement.

FORMATEUR : Excuse-moi, François, je ne t'ai pas demandé de poser des questions, mais seulement de dire à Carla les choses négatives que tu vois en elle.

FRANCOIS : (*mécontent*) Ça va, d'accord ... oui, mais c'est quoi comme dialogue enfin ?

CARLA : Le même qu'on a toujours eu ...

FRANCOIS : Ecoute, je ne parle pas de défauts ... sûrement que j'en ai beaucoup plus, moi ...

CARLA : Ça y est, ça recommence, il va me faire la morale. Ecoute, moi j'en ai assez d'être traitée comme une petite fille à qui il faut donner des conseils tout le temps ... je m'en fous... Enfin, occupe-toi un peu de tes problèmes à toi ...

FORMATEUR : Ça suffit comme ça. Je croyais qu'il vous aurait été plus facile de respecter les règles.

Le Formateur convie Carla et François à s'asseoir en-dehors du cercle et à écouter les commentaires sur la séquence précédente.

Le formateur empêche le débat entre Carla et François, maintenant ainsi l'attention sur leurs modèles d'interaction habituels. La tension augmente.

François souligne l'impossibilité du dialogue ...

et Carla l'attaque directement

Carla exprime son besoin d'autonomie et manifeste de l'agressivité parce qu'elle ne peut pas le satisfaire.

Le formateur maintient la provocation et de ce fait aussi la tension.

A ce point, les autres membres du groupe vont analyser l'interaction dont ils ont été les témoins. Ce qui sera dit au cours de la discussion augmentera encore plus le malaise de Carla et François et en même temps leur désir de rechercher d'autres solutions.

201

Dans le cas, le formateur prescrit l'impossibilité de changer une règle dysfonctionnelle de la relation. Le fait de suggérer le non-changement afin de le favoriser est une technique de provocation ayant pour but d'augmenter la tension. Celle-ci deviendra le ressort permettant de débloquer une situation rigide.

Nous allons maintenant centrer notre attention sur l'utilisation du soi en relation avec les autres. Le formateur propose des expériences plus complexes basées sur l'utilisation du corps et du mouvement (4,17,18). *La sculpture de sa propre famille ou du système de formation (l'équipe)* représente une des expériences les plus fréquentes. Dans les deux cas, la méthode est la même; nous demandons qu'on recrée symboliquement des états d'âme et des relations émotionnelles au travers d'une représentation tridimensionnelle dans l'espace des réactions entre membres de la famille ou du groupe de formation.

En enlevant au sculpteur la possibilité d'utiliser le verbal, les émotions des membres de la famille ou du groupe doivent être exprimées nécessairement par la visualisation; de ce fait, il est possible de libérer et faire apparaître des émotions et des modalités de communications autrement bloquées ou inexprimées. C'est ainsi qu'on fait ressortir la représentation symbolique du système pris en compte (système familial, système-groupe de formation). Les triangulations, les alliances et les conflits se situent alors dans la sphère sensorielle et symbolique dans laquelle il y a plus de possibilités de communiquer les émotions. Pour pouvoir sculpter, il est nécessaire d'exprimer sa propre créativité, ce qui apparaît souvent comme difficile et troublant; mais, tôt ou tard, chacun arrive à représenter de façon originale les relations significatives qui le lient aux autres et qui lient aussi les autres entre eux. Cette technique, mieux encore que d'autres, favorise la connaissance réciproque et permet d'augmenter la cohésion à l'intérieur du système de formation. Les membres du groupe commencent ainsi à penser au groupe et à la famille en termes d'unités systémiques; il y a donc un passage d'une position d'observateur à une position d'acteur de ses propres vécus. La visualisation des systèmes dont on fait partie, constitue le premier pas dans l'analyse de ses propres processus de changement; mais cela représente aussi le premier pas dans la compréhension de l'histoire² et de l'évolution du système de formation.

Une autre technique, la *simulation* de situations thérapeutiques, permet à notre avis le passage de la phase précédente, centrée sur les processus d'individuation et de cohésion du groupe, à une phase successive de confrontation avec la famille. Des situations réelles ou hypothétiques, de couples, de familles, ou même d'individus, sont mises en scène par les étudiants qui deviennent dans la *simulation* parents, fils, frères ou sœurs, thérapeutes. Les participants, en assumant des

rôles et des relations spécifiques, reproduisent de véritables rencontres thérapeutiques. Chacun a la possibilité de se confronter au rôle de thérapeute; tous, dans la position d'observateurs, analysent les séquences jouées: communications non-verbales, contradictions entre les objectifs du thérapeute et les stratégies choisies, règles du système thérapeutique, discordances entre le langage verbal et analogique, dynamiques entre sous-systèmes, hiérarchies de pouvoir; voilà un certain nombre de tâches proposées à l'observation. Les objectifs de la *simulation* sont limités et précis: redéfinir un contexte d'accusation pour une mère, ou de protection pour un patient désigné(5); restructurer des situations de non-confrontation entre un père et sa fille ou entre les deux partenaires d'un couple(13); faire exprimer des émotions à certains membres de la famille, de telle façon que rage, affection, solitude, douleur, espoir, satisfaction, méfiance, humour, deviennent des affects que l'on peut "toucher" et "faire toucher".

Très souvent, nous enregistrons sur vidéocassette les simulations afin de permettre une analyse ultérieure de séquences particulières(1) et une recherche collective de nouvelles stratégies d'intervention. Le fait de se revoir dans l'enregistrement est en soi extraordinairement incisif et instructif. Dans quelle mesure un étudiant peut-il se reconnaître en observant ses comportements réels enregistrés, par rapport à ce qu'il voudrait savoir faire idéalement? Très peu, dans cette phase de la formation. Le fait de se revoir représente pour l'étudiant ce que représente pour le musicien le fait de réécouter les fausses notes de son exécution: une confrontation courageuse entre ce qu'on voudrait faire et ce qu'on fait réellement.

Nous avons pu voir que le bagage technique de chaque thérapeute en formation s'enrichit peu à peu grâce au vécu et à l'analyse d'expériences agies directement à l'intérieur du système de formation. Cela se vérifie en dirigeant l'attention d'abord sur les membres du groupe et sur leurs relations, ensuite sur les systèmes familiaux de chacun. Dans une phase ultérieure seulement le travail de formation des équipes va se baser sur les expériences cliniques observées par les étudiants dans leur pratique institutionnelle. Des situations familiales diverses, comme les relations entre celles-ci et les dynamiques internes à l'équipe deviennent des occasions d'élaboration théorique et pratique dans l'approfondissement de notre méthode thérapeutique. L'étudiant est maintenant capable d'observer avant d'intervenir; il lui est devenu plus facile de regarder, avec des yeux relationnels, la réalité dans laquelle il peut alors lire ses actes en faisant recours à une *grammaire systémique*.

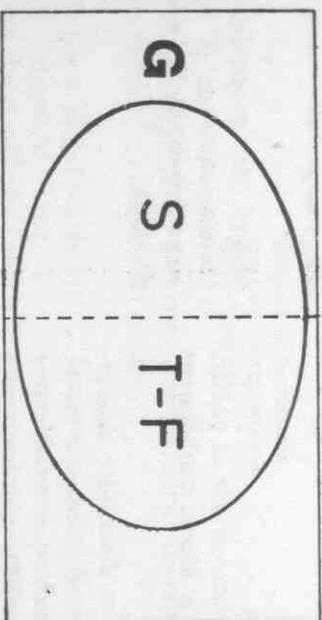
FORMATION DU THERAPEUTE ET THERAPIE : DEUX PROBLEMES PARALLELES

Nous sommes graduellement parvenus au moment où chacun, après avoir expérimenté des situations d'interaction dans le *groupe*, affronte dans le rôle de thérapeute une première expérience avec la *famille*, aidé en cela par la supervision directe (12,16) du formateur. Nous nous sommes souvent demandés pourquoi la rencontre avec la famille provoque une si grande attente et une pareille anxiété. La constatation qu'un grand nombre d'étudiants ont déjà vécu des expériences thérapeutiques avec des groupes familiaux à l'intérieur de l'institution, nous amène à écarter l'hypothèse que l'anxiété soit uniquement liée à un problème d'initiation. Nous en arrivons plutôt à croire qu'une réponse plausible ressort de l'analyse de la rencontre entre système de formation (formateur-étudiants) et système thérapeutique (superviseur-thérapeute-famille). Le thérapeute qui entre en séance sent entre deux feux sans possibilité d'abandonner le champ. L'étudiant est en effet obligé de s'exposer avec la famille en même temps devant le superviseur et le groupe d'observation; son rôle de thérapeute le situe en position d'intermédiaire, au niveau de la communication, entre deux systèmes séparés dans l'espace par le miroir sans tain; il fera ainsi partie, à tour de rôle, de l'un et de l'autre. Si le thérapeute se trouve fortement engagé, le formateur-superviseur ne l'est pas moins, car c'est bien sur ce dernier que pèse entièrement la responsabilité de la famille en thérapie et des étudiants en formation. Il doit en fait assurer au thérapeute et à la famille une structure à l'intérieur de laquelle ils puissent se confronter et interagir. En recherchant un équilibre entre l'impulsion de se substituer au thérapeute et le désir de lui laisser l'entière responsabilité du processus thérapeutique, le formateur doit aussi se confronter avec sa propre flexibilité. Nous avons constaté que la réussite d'une thérapie est proportionnelle à l'entente entre superviseur et thérapeute; si les deux sont capables d'affronter ouvertement les problèmes relationnels qui se constituent entre eux, la famille sera sollicitée à en faire autant.

Etudiants, thérapeute et superviseur expérimentent, entre deux séances, les processus de changement en acte et les fonctions qui s'y opposent. A l'aide d'analyses d'enregistrements sur vidéo-cassettes, de sculptures et de simulations de séquences d'interréactions, le groupe apprend et en même temps garantit la continuité entre formation et thérapie. Le miroir sans tain représente un diaphragme perméable entre le système thérapeute-famille et le système superviseur-groupe qui, étant moins impliqué sur le plan émotionnel, maintient une vision plus objective des séquences en déroulement (4). Pendant les séances, le

superviseur peut communiquer avec le thérapeute par l'interphone (schéma 1) et lui fournir des conseils ou des propositions immédiats⁴ D'autre part, le thérapeute peut sortir — spontanément ou sur demande du superviseur — de la salle de thérapie (schéma 2); cela permet soit un échange d'informations, soit l'interruption d'une phase improductive, soit l'élaboration d'une intervention stratégique. L'entrée du thérapeute à l'intérieur du système superviseur-observateurs provoque en lui une prise de distance momentanée par rapport à son implication dans la séance. Dans d'autres situations, il se peut que le superviseur quitte pendant un moment la salle d'observation pour entrer dans le système thérapeute-famille (schéma 3a-3b) et provoquer un changement de contexte. Mais la famille aussi peut être engagée à se déplacer d'un endroit à l'autre : un ou plusieurs membres de la famille peuvent être invités à passer derrière le miroir et se joindre au superviseur et au groupe d'observateurs (schéma 4); cette subdivision de l'espace favorise l'exploration de séquences spécifiques au niveau des sous-systèmes (6). Nous donnons, ci-dessous, cinq exemples qui illustrent les schémas mentionnés plus haut.

Schéma 1



G : groupe
S : superviseur
T : thérapeute
F : famille
système de formation
système thérapeutique
miroir sans tain

⁴ Le choix d'une supervision de ce type se base sur la constatation que toutes les familles peuvent aspirer le thérapeute à l'intérieur de leurs modes habituels d'interaction, en lui enlevant toute possibilité de provoquer des changements; c'est-à-dire que le thérapeute risque de se comporter avec la famille de façon à renforcer les modalités mêmes de transaction qui l'ont amenée en thérapie (16).

Le thérapeute est engagé avec Maria, patiente anorexique âgée de 16 ans. La jeune fille est assise entre les parents. La séance est supervisée par le formateur, en présence du groupe.

MARIA... je ne peux pas accepter une position de femme, parce que je refuse l'image adulte... féminine, je veux dire. C'est inutile d'espérer que je puisse désirer ce que j'ai refusé depuis si longtemps déjà !

"Il est inutile d'espérer..." Maria communique à tous ceux qui désirent qu'elle guérisse, qu'ils perdent leur temps. Le refus de la sexualité d'une part et de la nourriture de l'autre, représentent un symptôme et en même temps une zone de pouvoir. Le langage est cérébral et détaché du contexte affectif.

S. (il appelle le thérapeute à l'interphone)
 Provoque Maria sur le plan sexuel. Déplace le sexe de la tête dans le corps; cherche à le rendre tangible. Utilise un langage incisif.

La proposition de provoquer la jeune fille dans l'espace où elle déient le pouvoir — le choix sexuel — exige de T qu'il change brusquement de contexte, grâce à une utilisation sans scrupules du canal verbal.

T : Très bien
 (il revient s'asseoir sur sa chaise, et s'adresse à Maria, visiblement gêné)

Malgré la proposition de S, l'intervention de T reste purement intellectuelle, comme celle de Maria.

Je voudrais te demander maintenant que tu me parles... c'est-à-dire, j'aimerais que tu décrives tous les éléments qui font qu'à ton âge... les filles subissent des changements sexuels.

MARIA (d'un ton très ferme et décidé)

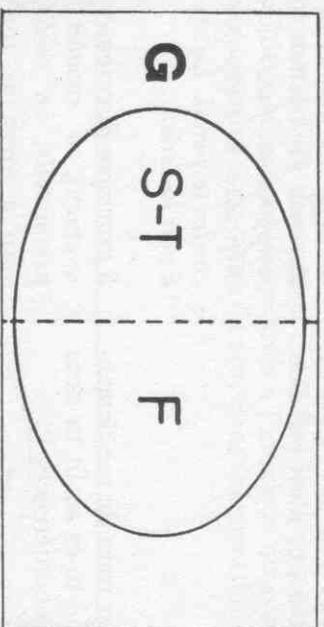
Je n'ai pas compris, voulez-vous vous expliquer plus clairement ?

T (traide, bloqué sur sa chaise, les bras croisés) Oui... je voulais dire... les caractéristiques plus évidentes du changement physique qui se produit à partir d'un certain âge...

La gêne de T et la stérilité du contexte rendent souhaitable une interruption de la séquence.

Le superviseur appelle le thérapeute par l'interphone et lui demande de sortir.

Schéma 2



G : groupe
 S : superviseur
 T : thérapeute
 F : famille
 système de formation
 système thérapeutique
 miroir sans tain

La discussion qui suit a lieu entre superviseur et thérapeute dans la salle d'observation, en présence du groupe.

S. Je ne t'ai pas demandé de tenir une leçon magistrale sur la reproduction des papillons à une petite fille de 5 ans.

S ne ménage pas l'embaras de T; au contraire, il le provoque ouvertement. Entre les deux se développe une séquence reflétant en miroir celle qui devrait se passer entre le thérapeute et Maria.

T. (mal à l'aise) Je ne crois pas pouvoir obtenir que Maria me réponde sur un sujet tellement délicat pour elle...

En défendant la gêne de Maria, T protège la sienne; il soutient ainsi le pouvoir de la jeune fille.

S. (l'interrompt) Je voudrais que tu changes le contexte, trop rigide et abstrait; essaye de sortir

Jeune fille et parents constituent un "bloc unique" qui limite les interventions de T. S suggère

Maria de la position "fermée" entre les parents. Parle de fesses, de nésés ... et pousse Maria à en parler aussi.

T. (*avec un sourire figé*) Facile à dire ... et puis, ce n'est pas dans mon style.

S. J'étais en train de me demander si quand tu es au lit tu tiens toujours des conférences !

alors une restructuration spatiale. Il utilise maintenant le même langage provocateur que T devrait utiliser avec la jeune fille.

Le style est maintenant confondu avec l'inhibition. T est tout simplement face à sa propre difficulté à s'exposer dans un contexte pareil. Le style n'a rien à voir là-dedans.

S provoque directement T. Apparemment, il envahit sa sphère personnelle, en réalité il l'aide ainsi à sortir de son embarras. Ceci provoque maintenant une gêne croissante à l'égard de sa propre inhibition.

Si le fait d'intervenir sur la relation avec le thérapeute est plus complexe que le fait de décrire tout simplement une stratégie, c'est en même temps plus efficace pour le thérapeute d'une part (formation), et pour la famille de l'autre (thérapie).

T. (*de plus en plus irrité*)
Je ne vois pas le rapport, de toute façon je vais y retourner (*sort de la pièce*)

La provocation subie par le thérapeute va maintenant l'inciter à braver la jeune fille. Le ton, les gestes, le choix des mots deviennent un élément décisif et provocateur. Un langage qui va bien au-delà de celui qu'on emploie d'habitude dans un contexte thérapeutique (7), permet d'obtenir un effet de soulagement et de détente entre thérapeute et patiente.

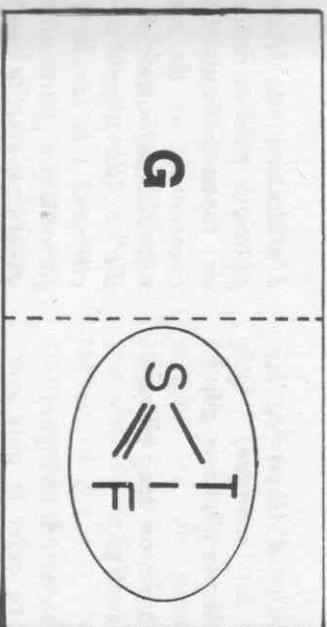
Schéma 3

L'unification dans l'espace du système thérapeutique dans sa totalité permet que toute confrontation entre deux sous-systèmes, (par

ex. T-F) se passe en présence du troisième (S); cela met tout le monde dans un état d'"*exposition*", particulière, notamment T qui ressent des attentes ambivalentes vis à vis de S : d'une part T désire être aidé par S, de l'autre il craint que son pouvoir soit ainsi réduit face à la famille.

Ce schéma comporte deux variantes possibles (3a-3b), qui sont utilisées souvent dans une même séance, mais à des moments différents. Les deux permettent au thérapeute et à la famille de voir sous un angle plus objectif leurs fonctions respectives à l'intérieur du système et les interrelations constituées au cours du processus thérapeutique.

Schéma 3a



- G : groupe
 - S : superviseur
 - T : thérapeute
 - F : système de formation
- système thérapeutique
miroir sans tain

Dans cette première variante, le superviseur interagit essentiellement avec la famille en prenant temporairement la place du thérapeute. Cela permet à ce dernier d'observer "*in vivo*" la famille pendant qu'elle interagit avec un autre thérapeute; en même temps, le fait que la famille soit présente à cet échange offre au thérapeute la possibilité d'entrer à son tour en interaction soit avec le superviseur, soit avec la famille, en présence du "troisième".

L'exemple suivant nous permet de mettre en évidence à quel point l'entrée du superviseur dans le système thérapeutique peut transformer un contexte, dominé par un sentiment diffus d'impuissance, en situation relationnelle; dans cet exemple la fonction du "*symptôme*" du patient désigné, héroïnomane, est mise en relation avec celle des autres membres de la famille.

Le superviseur provoque directement le patient en amenant à la séance un objet métaphorique, la seringue, objet qui va représenter tout le long de la séance le pivot autour duquel tourne la communication du système.

Albert, le patient désigné, a gardé le silence pendant toute la première moitié de la séance manifestant des sentiments de culpabilité et de honte; il a de ce fait empêché ses parents et sa sœur aînée de détourner un seul moment l'attention de sa personne. Chacun, le thérapeute y compris, est influencé et quasi-paralysé par son comportement. Après avoir demandé au thérapeute et à la famille, à travers l'interphone, la permission d'intervenir, le superviseur entre dans la salle de thérapie pour essayer de débloquer une situation absolument improductive (schéma 3a).

S. (*s'approche d'Albert en lui montrant la seringue*) Qui penses-tu aider le plus avec elle ?

ALBERT (*après un long silence*) Je ne comprend pas.

S. (*en lui donnant la seringue*) Qui penses-tu aider le plus avec elle ?

(*va s'asseoir à côté du thérapeute. Dans la salle tombe un silence tendu qui se prolonge un bon moment.*)

ALBERT Mon père

PERE Ah bon ! C'est ainsi que tu m'aiderais moi ? !

S. (*prend la seringue des mains d'Albert et la donne au père*) Comment ?

PERE (*irrité*) Comment quoi ?

S. Votre fils vient de dire qu'il pense vous aider ainsi; comment

L'utilisation de l'objet métaphorique permet à S de changer de façon radicale le contexte émotionnel et de renforcer la nouvelle définition de la "maladie" d'Albert, qu'il donne implicitement à la famille à travers la formulation particulière de ses questions; ainsi le comportement du patient désigné ne peut plus être considéré comme illogique et involontaire mais tout au contraire comme logique et volontaire.

La définition de la situation n'est plus maintenant partagée par tous les membres de la famille; père et fils commencent à manifester ouvertement une méfiance jusque-là niée.

imaginez-vous que votre fils cherche à vous aider ?

PERE Je ne crois vraiment pas avoir besoin de son aide ! ...

S. (*en donnant la seringue à la mère*) Je crois que votre mari m'en veut ... il n'a aucune intention de m'aider à comprendre.

PERE Mais non, au contraire ...!

S. (*lui coupant la parole*) Ce n'est plus votre tour ... C'est à votre femme maintenant de parler.

MERE Peut-être ... qu'Albert pense que mon mari ... vous savez, à la maison, c'est moi qui ait toujours dû m'occuper de tout ... lui, il ne m'a jamais comprise, même pas quand j'avais besoin de lui ... (*commence à pleurer*)

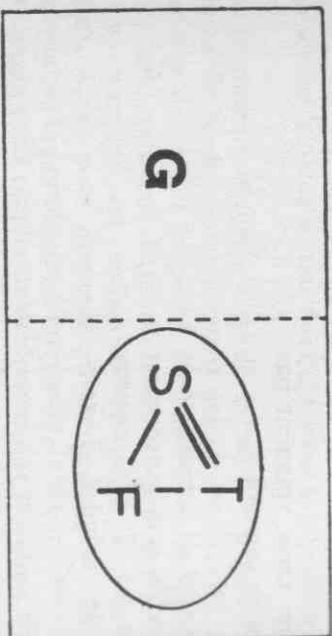
S. (*en donnant la seringue à la sœur*) A toi maintenant.

SOEUR (*agite tout haut la seringue*) En premier lieu, il aide papa en essayant de lui faire comprendre que quand il se pique avec ça ... c'est exactement pareil à lui, à papa quand il se saoule !

S. empêche le père d'intervenir dans le but de faire monter la tension à l'intérieur du système familial et de pousser ainsi chacun à "s'exposer" en donnant une nouvelle définition de soi par rapport à ses conflits avec les autres membres de la famille.

Maintenant la fonction de "symptôme" du patient désigné peut être clairement reliée à un autre "symptôme" jusque-là protégé par tous les membres de la famille: l'alcoolisme du père. A partir de ce moment, Albert commence à perdre les "privileges" de sa "maladie".

Dans cette deuxième variante, la provocation destinée en réalité à la famille est dirigée apparemment sur le thérapeute en présence de la famille. Cela a pour but de faire augmenter encore plus le niveau du



G : Groupe
 S : superviseur
 T : thérapeute
 F : famille
 système de formation
 système thérapeutique
 miroir sans tain

stress à l'intérieur du système thérapeutique et d'offrir en même temps un exemple de confrontation directe.

L'exemple suivant dépeint comment il est possible d'interrompre une situation improductive à travers la provocation directe du thérapeute, en présence de la famille.

Le couple Calo se dispute ouvertement en séance depuis un moment. La cause de cette bagarre est Marc, l'aîné, âgé de 5 ans, qui présente depuis une année un comportement bizarre : il prétend s'habiller tantôt en pantalon, tantôt en jupe; joue avec les poupées et veut aller au lit avec le pyjama de sa maman.

Est-ce la faute à maman ou à papa ? Voici la logique que les parents s'acharnent à défendre et dans laquelle ils semblent être inexorablement enfermés, peut-être pour éviter de se confronter à une autre possibilité, sans doute plus menaçante : quelle fonction le symptôme de Marc a-t-il dans leur relation conjugale et par rapport à l'identité que chacun s'est construit au fil de son existence ? En essayant inutilement de se soustraire au rôle d'arbitre que le couple lui impose, la thérapeute se retrouve enfermée dans le rôle de "baby sitter" qui s'occupe des enfants, pendant que le couple continue à se bagarrer. Après un quart d'heure de cris et d'insultes, la thérapeute ne se rend toujours pas compte que sa neutralité apparente renforce leur dispute.

Le rôle central qu'elle tient dans cette première séance, la met à la place du patient désigné, dans le rôle que celui-ci détient d'habitude, afin de permettre aux parents de garder leur comportement habituel. Prise par l'effort louable d'éviter toute alliance avec l'un ou l'autre, elle ne s'aperçoit pas de la complicité existante dans le couple pour ne pas entrer dans une réelle confrontation. Les deux parents adressent de temps en temps des petits sourires et des regards interrogatifs à la thérapeute comme pour lui signifier : "que faisons-nous ici vu que celle-là ne semble pas capable de faire autre chose que jouer avec les enfants ?". Le superviseur entre alors, sans aucun préavis, dans la salle de thérapie, salue brièvement le couple et s'assied en face de la thérapeute. Ses regards et ses mimiques sont dirigés exclusivement sur la thérapeute et excluent le couple (schéma 3b).

S. Je ne peux pas accepter pour bonne la définition selon laquelle eux (*indique le couple tout en regardant la thérapeute*) sont ici parce qu'ils ne s'accordent pas. Mon problème toutefois n'est pas avec eux, mais bien avec toi qui accepte passivement cette définition.

MARI Mais nous ...

S. Je ne veux pas discuter avec vous, je veux discuter avec la Dsse Conforti.

T. Je suis tout à fait d'accord avec toi, seulement, c'est très difficile ...

Le problème est ainsi déplacé de la dispute du couple à l'utilité de ce dernier en fait pour dissimuler l'entraide et la dépendance réciproques. Le premier message s'adresse au couple mais il est communiqué à T qui devient alors la "porte d'entrée" pour parler au mari et à sa femme. S attaque les renforcements que T fournit à la définition du problème donné par le couple, en voulant tenir une position de médiateur neutre.

L'exclusion temporaire du couple permet de favoriser un changement du mode de participation tout en évitant d'entrer en polémique.

La ligne de conduite stratégique est renforcée par le désaccord agi entre S et T, et qui se montre aussi efficace qu'imprévu.

S. Tu n'es pas d'accord avec moi ! Autrement tu n'accepterais pas qu'ils remplissent (*en indiquant le couple*) la salle de rage et de rancune, qu'ils s'en voient comme des boomerangs.

T. Il me semblait qu'il y avait une possibilité ... de parler différemment.

S. Tu vois donc que tu n'est absolument pas d'accord ? Moi, jusqu'à maintenant, je n'ai entrevu aucune possibilité, peut-être qu'il y avait trop de chaos dans la pièce.

T. (*s'adressant à S*) Comment pourrais-je éviter que ça se produise ?

S. Change, prends une autre voie et essayes de voir si tu est capable de trouver une bonne raison pour qu'ils reviennent ici, à la place de perdre ton temps avec les histoires d'horaires et de vacances.

T. Mais eux (*en indiquant le couple*) lient leurs difficultés à des problèmes contingents, c'est pour cela que c'est difficile.

S. Oui, pour eux je le comprends ... (*s'adressant au couple*) depuis combien d'années êtes-vous mariés ?

FEMME sept ans !

S. Sept ans ! Ça fait sept ans qu'ils mènent ce jeu, ils ont donc

S passe ici de la provocation à l'offre d'alternatives. T doit maintenant canaliser l'agressivité accumulée à l'égard de S, afin d'interrompre les séquences théâtrales et tout à fait inutiles.

tous les droits de la faire. Ce que je ne peux par contre accepter, c'est que *toi* tu l'acceptes ! Eux, ils ont le droit de faire comme ça leur plaît, mais pas toi (*il se lève et sort de la pièce*)

une provocation très forte, d'autant plus que ceux-ci sont niés au thérapeute.

L'entrée inattendue du superviseur et son désaccord manifeste avec la thérapeute, agi devant le couple, provoquent un changement brusque de contexte qui va obliger la thérapeute et le couple à s'exposer : la première sera forcée de devenir l'élément de rupture du système de protection du couple (la dispute) au lieu de le renforcer; ces derniers seront obligés d'interrompre leur jeu stérile pour amener des demandes plus substantielles de changement. Dans ce cas, la provocation, pour agir sur la famille, doit passer par l'intermédiaire de la thérapeute. Du fait que la thérapeute ne semble pas en état de secouer les défenses de la famille, car elle les a reliées aux siennes, le superviseur essaie de casser les défenses de la thérapeute afin de lui permettre, dans une sorte de réactions en chaîne, d'en arriver à défaire celles de la famille. Les "inputs" envoyés à la thérapeute ont en effet la même logique que ceux qu'elle devrait transmettre à la famille, c'est-à-dire que S-T-F nous apparaissent comme trois anneaux d'une même chaîne de communication.

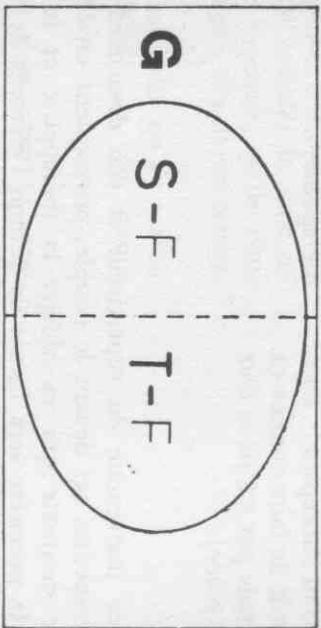
La situation qui aurait pu être inadéquate pour un thérapeute débutant, devient ici très efficace, avec une thérapeute expérimentée, capable de rendre productif le stress provoqué par le défi du superviseur.

Dans cet exemple enfin, ressort de façon évidente la stricte dépendance entre efficacité thérapeutique et formation ultérieure du thérapeute qui expérimente cette efficacité.

Les parents d'Anne-Lise, petite fille de dix ans, ont découvert dernièrement que leur fille fait des petits vols à la maison et dans un grand magasin. Déjà à la première séance, les parents affichent un avis différent l'un de l'autre; le père considère que ces vols sont un fait assez grave, alors que la mère les minimise. Elle dit être peu sûre d'elle dans ses fonctions d'éducatrice et incapable de se confronter à son mari qui, semble-t-il, intervient tout le temps dans ses décisions. Celui-ci nous paraît incapable de reconnaître que sa femme ait des capacités quelconques.

Superviseur et thérapeute s'accordent pour séparer la famille en deux groupes : la mère, Anne-Lise et le petit frère Ruggero, dans la salle de thérapie, vont organiser un jeu collectif; le père dans la salle de

L'acceptation apparente des "droits" du couple représentée



G : groupe
 S : superviseur
 T : thérapeute
 F : famille
 système de formation
 système thérapeutique
 miroir sans tain

supervision, doit observer comment la mère organise ses relations avec les enfants. Très excités par la proposition, la mère et les enfants proposent tout de suite un jeu. Elle et la thérapeute seront deux clientes qui vont dîner au restaurant, les enfants serviront à table et à la fin du repas, chanteront et danseront pour amuser les clients. Les enfants s'amusez assez pendant le jeu avec leur mère qui, de son côté, est tout-à-fait rayonnante. Le mari est obligé par la force des choses de reconnaître l'aisance et les capacités de sa femme dans cette situation; derrière le miroir, il bredouille des mots d'étonnement. Thérapeute et superviseur renforcent les effets de la séparation physique de la famille : la thérapeute, qui s'amuse à jouer avec la famille, encourage la mère à "se laisser aller" malgré le regard critique du mari; le superviseur, qui déjà par sa présence à côté du mari, donne une plus grande valeur à l'observation, provoque le mari en le félicitant pour avoir choisi une femme si valable comme épouse. Dans la deuxième partie de la séance, la famille est à nouveau réunie; on observe alors le changement du contexte : la femme adopte une attitude de moins grande soumission au mari; celui-ci pour sa part, est maintenant obligé de se confronter à elle au lieu d'intervenir toujours contre.

Dans ce cas, la scission en deux du système thérapeutique permet à la thérapeute d'utiliser entièrement sa souplesse. Elle aussi, de même que la mère, doit "se laisser aller" sous le regard du sous-système superviseur-groupe d'observateur-mari. Cette expérience fait découvrir au thérapeute en formation qu'il est possible de s'amuser même en conduisant une thérapie et le stimule à mettre en cause l'image stéréotypée du "thérapeute sérieux" auquel toute expression des émotions est absolument interdite.

ANALYSE CRITIQUE DE QUATRE ANS DE TRAVAIL DE FORMATION

Nous allons fournir maintenant quelques données tirées de la comparaison entre l'évolution des équipes en formation et celles du groupe-contrôle; cela nous paraît confirmer une bonne partie des hypothèses formulées au départ. Nous pouvons affirmer que la formation a été acquise plus vite et de façon plus complète dans le premier cas; cela tient, d'après nous, plus aux caractéristiques intrinsèques des groupes au aux potentiels de chaque individu. En fait, les processus de différenciation et de confrontation vécus pendant la formation à l'intérieur du groupe, de même qu'avec les familles traitées, ont permis aux équipes institutionnelles de trouver par la suite des vérifications dans leur travail journalier. Ceci a finalement créé une "culture d'équipe" constituée par un premier temps de réflexion et d'élaboration (la Formation) et par un deuxième temps d'activité thérapeutique (le Travail en Institution), les deux étant strictement liés. Le groupe-contrôle n'ayant, au contraire des équipes, bénéficié d'aucune situation concrète dans laquelle mettre en commun les expériences vécues en cours de formation, ne pouvait guère profiter des facteurs favorisant une "culture" commune; cela l'amenait à demander sans cesse des indications pour résoudre tel ou tel autre problème, aussi bien qu'à investir très intensément le lieu et le temps de formation⁵. Si d'une part, le groupe-contrôle était amené à analyser des situations diverses et multiformes, d'autre part, les membres pris individuellement allaient se retrouver dans un contexte où leurs attentes allaient croître sans cesse. Moins il était possible de retrouver à l'extérieur l'appui d'un groupe, permettant de vérifier les acquisitions communes, plus devenait pressante la demande de solutions pratiques et définitives. Cela allait de pair avec l'incapacité à entrer dans une optique plus large. Les membres

⁵ Les différences entre les deux types de groupes que nous venons de décrire, nous renvoient à celles existant entre thérapie familiale et thérapie de groupe.

du groupe-contrôle, n'ayant pas une histoire commune à partager, utilisaient alors certains contenus spécifiques pour revendiquer une identité ou des privilèges particuliers. Nous avons pu nous rendre compte, en observant le processus de définition du leadership interne au groupe, que certains d'entre eux utilisaient le matériel de leur propre travail à l'extérieur du groupe, pour s'exhiber dans des dissertations doctes et brillantes qui n'avaient guère pour but de communiquer quelque chose de substantiel au groupe, mais plutôt de briguer le leadership du groupe même.

Nous étions frappés par l'observation que ce genre de manipulations, aussi bien que les tentatives de coalition ou d'exclusion, étaient le plus souvent camouflées et agies à un niveau souterrain, alors qu'ils étaient niés fermement sur le plan verbal. Nous ne voulons pas dire que ceci n'est pas arrivé dans les groupes institutionnels, mais simplement que cette dynamique s'est articulée de façon très différente. Dans ces cas, les relations internes étaient à ce point définies et rigidifiées par les rôles et les fonctions institutionnelles, qu'il devenait bien plus difficile d'en modifier la trame relationnelle. Souvent, nous avons eu le sentiment d'être impuissants devant la complexité des problèmes auxquels nous étions confrontés, et ce malgré la quantité d'énergie dépensée — par nous-mêmes et par les membres du groupe — dans l'effort de dénier un contexte fort intriqué. Nous avons été soutenus par les premiers résultats concrets obtenus par les différentes équipes au sein de leurs institutions respectives. Plus elles démontraient avoir acquis une plus grande compétence thérapeutique et une meilleure cohésion interne et plus elles obtenaient de la part des Directions et des Administrations des Institutions toute une série de facilités concrètes : par exemple, l'autorisation d'inclure le temps de formation dans l'horaire de travail; une contribution aux frais de déplacements, parfois même le financement de tout le programme de formation. Toutes les équipes ont, à la fin, réussi à obtenir une dotation suffisante — locaux, équipement technique — pour travailler avec les familles et poursuivre une élaboration collective de leurs expériences. Nous avons été surpris en bien par les réponses concrètes des institutions, alors que nous craignons l'habituelle inertie du système psychiatrique traditionnel, n'allant que très rarement au-delà de propos vagues et formels.

Nous avons cependant dû reconnaître que nos groupes n'arrivaient pas à changer vraiment la logique interne de leurs institutions et qu'ils n'avaient pas un pouvoir contractuel suffisant pour apporter des changements radicaux, tant sur le plan thérapeutique que sur celui de l'enseignement. Cela n'a pas empêché que des sous-groupes d'une équipe, ou quelque membre isolé, commencent à transmettre à d'autres intervenants de leur Institution les notions théoriques et les expériences

vécues au cours de leur propre formation. Nous en arrivons à croire qu'il est nécessaire de disposer d'un temps plus long et d'une plus large participation des institutions pour obtenir des changements de contexte plus profonds. L'impact relativement réduit d'une équipe formée à la thérapie familiale par rapport à l'ensemble de l'Institution d'appartenance n'enlève rien à la valeur des acquisitions personnelles des membres des équipes. En fait, l'effort de créer un groupe cohérent à l'intérieur de la structure psychiatrique, capable de fonctionner dans un processus dynamique, a permis à tous les membres de l'équipe de s'enrichir à travers leur formation de thérapeutes.

L'élaboration de cet article nous a permis de tirer un premier bilan de notre modèle d'enseignement, issu de notre propre évolution de thérapeutes et de formateurs. Tout en passant par des phases d'expérimentation qui ont pu nous faire commettre bien des erreurs, nous en sommes arrivés à définir les aspects essentiels de notre méthode d'enseignement et de thérapie. Nous pensons que la thérapie familiale risquerait de devenir l'équivalent d'un traitement pharmacologique — du moins dans ses effets pragmatiques — si, elle ne correspondait à rien de plus qu'à l'administration d'un médicament nouveau à la famille, et si on demandait seulement à celle-ci de l'avaler. L'utilisation de "substances stratégiques" pourrait amener à des résultats immédiats, mais resterait une expérience assez limitée si l'on n'offrait pas à la famille et au thérapeute l'occasion de devenir les acteurs de leur propre expérience de changement (3). Si la famille peut assumer un rôle de protagoniste dans la recherche des solutions à ses problèmes, le thérapeute en formation peut lui aussi s'engager dans un processus dynamique en refusant d'avaler passivement des techniques abstraites; pour cela, il est très important que le formateur évite aussi de les lui fournir toutes faites. Dans cette optique, il devient alors possible, pour l'un comme pour l'autre, de faire appel à leur créativité afin de rechercher ensemble une identité leur permettant d'évoluer plutôt que de les enfermer.

RESUME

Les auteurs décrivent les aspects essentiels d'un modèle de formation en thérapie familiale, expérimenté depuis quatre ans au Centre d'Etude de la Communication dans les Systèmes de Rome. Ils exposent les raisons qui les ont amenés à choisir de préférence, pour la formation, des équipes déjà constituées travaillant dans un contexte social.

Ils présentent ensuite les étapes principales du processus de formation. Dans un premier temps, les membres du groupe sont amenés à expérimenter sur un plan personnel le processus de différenciation de chaque membre au sein du groupe. Les auteurs mettent en évidence un certain nombre d'interventions permettant une nouvelle définition des attentes des étudiants qui ne sont, en général, pas préparés à admettre leur propre implication dans le système thérapeutique. Dans un deuxième temps, les formateurs utilisent essentiellement les techniques de supervision des thérapies menées par les étudiants comme moment privilégié pour acquérir une compétence de thérapeute. Les auteurs proposent un modèle d'enseignement basé sur l'analyse de la relation superviseur-thérapeute-famille et sur l'utilisation de l'espace thérapeutique.

SUMMARY

The authors describe the essential aspects of a family therapy training model, experimented for the past four years at the Center for the Study of Systems Communication, in Rome.

They explain the reasons why they have given preference to the teaching of equipes working in the community.

They describe the main steps followed during the formation process. In an initial phase, the group's members experience on an individual level a way of learning intended to differentiate each person within the group. The authors describe some of the ways in which they redefine the learning expectations of those who are usually not prepared to see themselves as an integrant part of the therapeutic system. In a second phase, peer groups supervision becomes the main way to convey a therapeutic competence. They describe a way of teaching that stresses the analysis of the supervisor-therapist-family relationship and the utilisation of the therapeutic space.

Traduction :

Dr. Roberto Pilla

Service Médico-Pédagogique
16-18 bd. St-Georges
Genève

BIBLIOGRAPHIE

1. ALGER., "Techniques audio-visuelles en thérapie familiale" in D. Block (ed.) : "Techniques de base en thérapie familiale" (trad. G. Ausloos - Y. & A.M. Colas), Paris, Delarge, 1979.

2. ANDOLFI, M. ; STEIN, D. ad SKINNER, J., "A system approach to the child, school, family and community in an urban area", *American Journal of Community Psychology*, Dec. 1976.
3. ANDOLFI, M. & MENGHI, P., "La terapia con la famiglia", *Neuropsychiatria Infantile*, 180, 1976.
4. ANDOLFI, M., *La terapia con la famiglia*, Roma, Astrolabio 1977.
5. ANDOLFI, M., "La ridefinizione in terapia familiare", *Terapia Familiare*, 1, 1977.
6. ANDOLFI, M., "A structural approach to a family with an encopretic child", *Journal of Marriage and Family Counseling*, Jan. 1978.
7. ANDOLFI, M. ; MENGHI, P. ; NICOLO, A.M. e SACCU, C., "L'interazione nei sistemi rigidi : un modello di intervento nella famiglia con paziente schizofrenico", *Terapia Familiare*, 3, 1978.
8. APONTE, H.L., "The family-school interview : an ecostructural approach", *Family Process*, 15, 1976.
9. AUERSWALD, E.H., "Interdisciplinary vs. ecological approach", *Family Process*, 7, 1968.
10. CANGRINI, L., *Bambini "diversi" a scuola*, Tomo, Boringhieri, 1974.
11. FLOMENHAFT, K. & CARTER, R., "Family therapy training : a statewide program for mental health centers", *Hospital and Community Psychiatry*, 25, 1974.
12. HALEY, J., *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, trad. J. & M. Wajeman), Paris, Delarge, 1979.
13. MENGHI, P., "L'approccio strutturale nella terapia con la famiglia", *Terapia Familiare*, 1, 1977.
14. MINUCHIN, S., "The use of an ecological framework in the treatment of a child". In *The Child in his Family*, a cura di editore Anthony J. & Koupernik C., New York, Wiley & Sons. Inc. 1970 (trad. it. in *Terapia Familiare*, 1, 1977).
15. MINUCHIN, S., *Famiglie en Thérapie*, (trad. M. du Ranquet & M. Wajeman), Paris, Delarge, 1979.
16. Montalvo, B., "Aspects of live supervision", *Family Process*, 12, 1973.
17. NICOLO, A.M., "Tecniche di azione in terapia familiare : la scultura", *Neuropsychiatria Infantile*, 190, 1977.
18. PAPP P. SILVERSTEIN, O. and CARTER, E., "Family sculpting in preventive work with well families", *Family Process*, 12, 1973.
19. ZWERLING, I., "Terapia familiare e psichiatria di comunità", *Terapia Familiare*, 3, 1978.

INFORMATION

Le Groupe Jurassien d'Etude de la Famille organise en 1981-1982 un second cycle de formation à la Thérapie Familiale de deux ans.

GROUPE

Il rassemblera dans un souci de pluridisciplinarité un maximum de quinze travailleurs sociaux professionnels appartenant à des structures de soins publiques ou privées (psychiatres, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, infirmiers psychiatriques, conseillers conjugaux).

OBJECTIFS

La première année a pour but de familiariser avec les méthodes d'analyse de l'interaction et de former au point de vue systémique. Elle associe théorie et ateliers de la communication.

La deuxième année approfondit les connaissances et utilise le matériel clinique fourni par les participants pour développer les méthodes d'évaluation systémique et favoriser la pratique des entretiens collectifs et de la thérapie familiale. Elle fera appel pour le travail de contrôle à des formateurs extérieurs.

ORGANISATION

La première année s'étend sur l'année civile 1981 à raison de huit samedis de travail. La première journée est fixée au 10 janvier à 9 h. 30.

La formation a lieu dans les locaux du CREAL de Franche-Comté à Besançon.

RENSEIGNEMENTS

Docteur Frédéric BRIDGMAN
7, rue de Besançon
39100 DOLE

Tél. : (84) 72-42-29.

PSYCHOSE INFANTILE ET PARENTIFICATION A PROPOS D'UN CAS DE THERAPIE FAMILIALE

F. BRIDGMAN, A. MALDANT, J.P. RIGOLLET, S. TASSAN

INTRODUCTION

Nous avons choisi de présenter un cas familial que nous avons suivi pendant plus de trois ans dans le cadre des consultations d'hygiène mentale infantile du secteur. Un certain nombre de prises en charge ont été effectuées avec plus ou moins de succès, tant individuelles que collectives et institutionnelles, et c'est cet itinéraire, ponctué d'échecs renvoyant à de nouveaux projets qu'il nous a paru intéressant de retracer ici. D'autant que cet itinéraire a pour nous un début et une fin. Le début c'est l'enfant malade que l'un de nous a reçu en consultation de psychiatrie pour des troubles dont le diagnostic paraissait établi. La fin c'est le changement radical du système familial qui bouleverse les relations de ses éléments et leurs évolutions individuelles.

Entre ces deux temps, à partir de ce que la famille nous a montré, nous sommes passés d'une optique monadique des troubles de l'enfant à une conception pluridimensionnelle dans laquelle la psychose non seulement a reçu un sens mais aussi une fonction dans le système de communication de la famille élargie. En conséquence, la tâche thérapeutique a abandonné progressivement une action directe sur les troubles pour porter son attention et ses efforts sur l'ensemble du système transactionnel et cherché ainsi à induire indirectement un changement.

Nous avons affaire à une famille dans laquelle l'externalisation représentait le mécanisme habituel pour essayer de satisfaire les besoins pulsionnels et conjurer les menaces narcissiques. Chacun des membres du système investissait l'autre comme objet partiel et était lui-même l'objet de projections morcellantes. Toutefois ce système projectif multifocal n'était pas symétrique et c'était l'enfant, par un mécanisme de parentification, qui permettait par la dyade alternante qu'il formait avec chacun de ses parents au prix de ses symptômes de maintenir

l'homéostasie familiale. Nous verrons en effet que la déparentification de l'enfant a placé en prise directe les identifications projectives du couple parental dans un processus d'escalade sans issue et amené la rupture conjugale.

Nous entendons par parentification pathologique, au sens de Boszormenyi-Nagy, une distorsion permanente de la relation qui consiste à investir le conjoint ou un enfant comme parent. Cet investissement provient d'un manque de maturité et d'un espace d'individualisation insuffisant à l'égard de ses propres parents. L'enfant représente alors l'objet partiel des identifications projectives. Ce mécanisme favorise la formation d'une dyade symbiotique. Nous utiliserons cette notion tout au long de notre travail et nous la préciserons au chapitre de l'analyse et des références théoriques.

L'Enfant Symptôme

Le premier contact entre l'équipe d'hygiène mentale infantile et la famille T s'est fait à la suite du signalement d'une assistante sociale de secteur faisant état de "bleus et de marques de coups" sur Virginie T. remarqués par l'institutrice de l'enfant. L'enquête sociale met alors en évidence l'état pathologique de la sœur aînée, Valérie, qui est d'emblée décrite comme "prépsychotique".

La famille nucléaire se compose de Monsieur T. plombier dont le père alcoolique est décédé, de Madame T. sans profession dont la mère est morte de maladie inconnue quand elle avait six mois et qui a été maltraitée par sa belle-mère pendant son enfance, et de trois filles : Valérie, Virginie et Carole âgées respectivement à cette époque de 6, 4 et 3 ans.

À la suite du signalement, une prise en charge psychothérapique de Valérie est décidée à laquelle la psychothérapeute associe quelques entretiens avec la mère, le père et les deux sœurs. Cet épisode thérapeutique semble mettre un terme aux violences à l'égard de Virginie et s'interrompt sur la décision de Madame T. quand semble-t-il Valérie commence à aller mieux.

Plus tard, à la demande du milieu scolaire, la mère vient consulter auprès de l'un de nous pour Valérie qui a maintenant 7 ans et qui présente une instabilité turbulente, des conduites alternantes de symbiose et d'opposition à la mère, un retard important du langage et de l'apprentissage, une énuésie et une encoprése nocturnes permanentes, mais en contraste un développement très supérieur des fonctions perceptivo-motrices. Nous évoquons un diagnostic de dysharmonie évolutive, d'autant que Valérie a réussi à se maintenir jusqu'à maintenant dans une scolarité où ses performances semblent meilleures que dans le cadre familial.

Au cours de la consultation, Madame T. montre et confirme sans difficultés la dyade qu'elle forme avec sa fille; mais dit que son mari et elle s'occupent de Valérie également et la prennent plusieurs fois au cours de la nuit entre eux dans le lit conjugal. Valérie ne supporterait pas d'être séparée d'elle et fréquenterait une grande classe de maternelle à mi-temps avec difficulté. Il semble que Valérie ne soit plus maintenant tolérée à l'école en raison de son comportement, mais la mère refuse avec fermeté un placement spécialisé car elle pense que Valérie ne supporterait pas la séparation bien que huit jours en classe de neige se soient bien passés selon l'institutrice.

L'Orientation Systémique

Parallèlement la Commission départementale de l'éducation spéciale intervient en cours d'année scolaire et nous demande notre avis sur l'orientation de Valérie en établissement spécialisé. Nous décidons de temporiser car nous commençons à penser dès cette époque que les troubles de Valérie sont réactionnels ou mieux symptomatiques d'un dysfonctionnement du système familial et qu'un placement dans des conditions de contrainte risquerait de rompre prématurément une homéostasie pour le maintien de laquelle la présence physique de Valérie semble indispensable et de placer ainsi les deux autres enfants à leur tour dans le rôle de patient désigné. Nous proposons conjointement : — Une scolarité aménagée sur place dans la classe du Foyer de l'Enfance (ce qui à partir de notre hypothèse connote le souci de la mère et maintient l'homéostasie actuelle) — Une prise en charge en thérapie relationnelle et comportementale auprès de l'un de nous. — Des entretiens collectifs réguliers dans le cadre du service.

Ces entretiens sont assurés par la thérapeute individuelle de Valérie et le médecin permanent de l'équipe. Ils ont pour but, au sens où nous l'avons défini dans un autre travail, de resituer les symptômes de Valérie dans le système familial et d'être attentifs aux rétroactions provoquées par le travail individuel de façon à essayer d'éviter les ruptures qui s'étaient déjà produites dans les démarches thérapeutiques antérieures.

Madame T. et Valérie participent régulièrement à ces entretiens, Monsieur T. plus rarement. Nous relaterons ici le dernier entretien collectif qui a précédé la thérapie familiale proprement dite. Il a regroupé Monsieur et Madame T., Valérie et les deux cothérapeutes.

Cet entretien comme les précédents a permis un échange d'informations concernant le comportement de Valérie dans le cadre familial, éducatif et scolaire. Quelques éléments intéressants sont apparus :

— Madame T. pense que son mari a une attitude trop permissive avec les trois enfants, en particulier quand il est seul avec elles.

— Madame T. rapporte qu'au cours des achats alimentaires, Valérie s'empare souvent de nourriture dans les magasins et qu'elle la mange.

Madame T. n'intervient pas et paie ce qu'elle a consommé. La même conduite n'est pas tolérée de la part des deux sœurs de Valérie.

— Madame T. dit que Valérie et elle seule a accès au lit conjugal et qu'elle y vient tous les matins, en s'installant d'abord entre ses parents puis à la place de sa mère qui peut alors se lever.

— Monsieur T. ne parle presque pas mais montre une mimique tour à tour absente, lasse ou amusée. En particulier quand son épouse parle, il détourne la tête et regarde en dehors du champ de l'interaction.

— Madame T. s'adresse uniquement aux thérapeutes et semble chercher surtout l'alliance avec le thérapeute femme. Elle répond à la place de son mari quand celui-ci est directement sollicité.

— Valérie passe sans cesse des genoux de son père à ceux de sa mère en fixant les thérapeutes. Elle montre alors des comportements agressifs à l'égard de celui qu'elle vient de quitter. A un moment, des genoux de sa mère elle lance : "Il est con mon Papa" et donne des coups de pied au thérapeute homme. Elle brouille la communication par des bruits et des expressions sans significations apparents, particulièrement quand les thérapeutes tentent d'établir une interaction entre ses parents. Ceux-ci n'interviennent pas.

Les thérapeutes décident une pause, sortent de la pièce et relèvent quelques modèles de communication qui semblent donner un sens aux conduites de Valérie :

1. Madame T. est seule à poser des demandes à l'équipe d'hygiène mentale et à décrire les conduites déviantes de Valérie. Elle se met elle-même en scène sur un mode de relation dyadique avec sa fille; elle parle de ses comportements d'assistance et les donne à voir que ce soit au niveau de l'habillage ou du soutien pour la marche, ce que le développement psychomoteur à peu près normal de Valérie qui a maintenant 8 ans ne nécessite pas. Sa demande ne nous paraît pas correspondre à un désir de changement mais à une recherche de confirmation de l'homéostasie actuelle dans ses tentatives de coalition avec les thérapeutes.

2. Monsieur T. montre une réticence à venir aux entretiens et à y participer autrement que sur un mode analogique. Il parle peu, ne s'oppose jamais verbalement à son épouse, mais semble exprimer par son comportement à la fois qu'il ne semble pas partie prenante dans une demande d'aide, que la déviance de Valérie est en rapport avec les conduites de sa mère et que de toutes façons il n'a pas le droit ou ne veut pas tenir son rôle de père. Son absence de demande et de participation aux entretiens nous paraît elle aussi correspondre à une

recherche de position haute tout en maintenant implicitement le statu quo.

3. Valérie semble être la garante de cette homéostasie dans ses tentatives de brouillage des entretiens. Elle occupe une place qui pourrait être celle de la communication entre ses parents. Nous relevons dans ce sens les conduites alternantes d'alliance et d'agression confirmées par la place qu'elle occupe dans le lit conjugal. Comme objet de communication, elle situe à un niveau analogique les interactions de ses parents qu'elle médiate à sa guise. En référence au schéma de relation triangulaire de BOWEN, la communication se fait sur un mode de coalition fixe alternante dans laquelle Valérie est située en permanence à un des pôles de la coalition alors que le second est occupé tour à tour par l'un des parents, l'autre étant l'outsider. En fait Valérie, comme objet transactionnel de ses parents est parentifiée ce qui transforme le schéma de tridirectionnel en bidirectionnel (cf. sch. 1 et 2). Nous savons en effet que Monsieur et Madame T. ne parlent jamais des problèmes que peuvent leur poser les enfants et particulièrement Valérie, ou de leur propre relation.

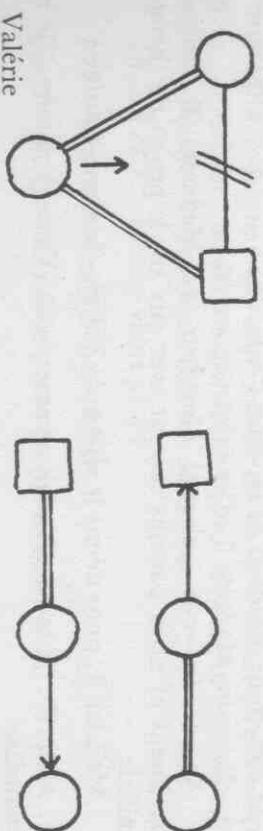
Mme T.

M.T.

Mme T.

Valérie

M.T.



Schema 1

Schema 2

Nous décidons de proposer aux parents de les voir seuls, au moins pour un temps, dans le cadre d'une thérapie familiale proprement dite parallèlement à la prise en charge individuelle de Valérie. Nous écartons Valérie qui nous paraît pour l'instant être la clé de voute de l'homéostasie familiale dans son statut d'enfant parentifié et son rôle d'objet transactionnel. Nous comptons porter notre effort sur l'interaction directe entre Monsieur et Madame T. dans le but de restaurer les alliances horizontales et les frontières intergénérationnelles.

La Thérapie Familiale

La thérapie familiale est mise en oeuvre selon les habitudes de l'équipe d'hygiène mentale infantile. Les entretiens durent une heure en moyenne et se répètent à raison d'un par mois environ. Ils sont enregistrés sur magnétophone après en avoir informé la famille et avoir obtenu son accord explicite. Chaque entretien est précédé d'une préparation et suivi d'une analyse. Au cours de l'entretien des pauses peuvent être aménagées. Les deux cothérapeutes reçoivent l'aide d'un ou de deux contrôleurs en dehors de la séance proprement dite.

1er Entretien

Préparation

Notre hypothèse de travail est d'être attentif à Monsieur T. et d'orienter l'entretien sur une exploration transgénérationnelle de sa filiation.

Séance

A la date prévue, Madame T. se présente seule. Elle ignore si son mari viendra; ils n'ont eu aucun échange à ce sujet depuis que nous les avons vus. Nous décidons de reporter l'entretien à une date ultérieure et nous chargeons Madame T. d'en informer son mari.

Au rendez-vous suivant, Monsieur et Madame T. arrivent séparément et nous passons contrat avec eux sur le projet de thérapie familiale.

Madame T. nous décrit le séjour de Valérie chez une cousine :

Mme T. : Je me demandais comment elle (Valérie) va faire... Je me demandais.

Je me demande comment ça se passe ailleurs quoi. Puis on me dit ça se passe comme ça, ben j'ai du mal à le croire.

Th. 1 : Mais vous pendant l'absence de Valérie ?

Mme T. : On est tranquilles, hein... On peut pas dire hein... (toussoirement gêné de Monsieur T. qui est sollicité à ce moment) C'est calme.

Th. 1 : Mais vous êtes inquiète ?

Mme T. : Ah bien oui, oui oui, moi je suis... Je me demande ce qu'elle fait. Je voudrais bien voir ce qu'elle fait sans qu'elle me voie. Quand on me dit que ça va, je me dis je n'y crois pas, hein. Enfin on me l'a dit, je ne peux pas le croire.

Th. 1 : Et vous Monsieur T. vous avez du mal à le croire ?

M.T. : Oui oui pareil (rire).

Madame T. décrit ensuite le comportement de Valérie à la maison où elle embête tout le monde, en particulier ses deux petites sœurs, très tôt le matin.

Th. 1 : Mais il me semble, si je me souviens bien, qu'à une certaine période elle allait vous retrouver ?

Mme T. : Dans notre lit, oui oui, elle nous embêtait.

Th. 1 : Vous avez demandé à Valérie de ne plus venir dans votre lit ?

Mme T. : Oui, oui, je l'ai envoyée promener un coup, je l'ai fais tomber du lit... qu'elle me montait dessus, elle poussait et elle est tombée. Je lui ait dit... Elle s'est mise à pleurer. J'ai dit tant pis... Enfin elle ne s'était pas fait mal. Elle n'est plus revenue. Elle n'est pas revenue, je l'ai fait tomber, ah oui exprès hein... hop... Elle ne s'était pas fait mal, elle est tombée sur les fesses pff... Je lui ai dit ça t'apprendra, mais elle n'est pas revenue.

Th. 2 : Elle venait s'installer entre vous ?

Mme T. : Oui oui elle me montait dessus et il fallait qu'elle soit au milieu... Alors un jour je me suis fâchée, je lui ait dit "tu vas descendre non ?"... Puis je l'ai poussée... Elle est descendue.

Th. 2 à M.T. : Elle ne vient plus ?

M.T. : Marmonnement inaudibles.

Th. 2 à M.T. : Elle ne vient pas de votre côté ?

M.T. : Oui oui (rires).

Madame T. décrit les conditions de la naissance de Valérie. Les médecins lui disent que Valérie va mourir; elle est réanimée trois fois, hospitalisée trois mois. Sa mère ne la voit qu'à travers une vitre.

Mme T. : A sa sortie de l'hôpital, je me suis dit "je l'ai, je la garde". J'avais toujours peur pour Valérie. Les autres enfants je n'en voulais pas, je n'en voulais plus. Je m'occupais plus de Valérie que de Virginie. Valérie avait son biberon la première. Virginie je la laissais se débrouiller. Je la mettais dans une pièce loin pour qu'elle ne me casse pas les oreilles. Je ne l'aimais pas. Je ne voulais par qu'il (Monsieur T.) la touche, même maintenant.

Silence.

Th. 2 : Et vous Monsieur ?

M.T. : Oh moi, je ne faisais pas de différence.

Th. 1 : En avez-vous parlé ensemble ?

M.T. : Le soir on se disputait. Maintenant si j'ai Valérie sur les genoux elle ne dit rien, mais si c'est les autres elle les fait descendre.

L'accord entre les parents apparait quand Madame T. parle de ses conduites de préférence à l'égard de Valérie. Elle bat Virginie à la place de Valérie ce que confirme Monsieur T.

Mme T. : Je sais que je ne fais pas bien, mais je ne peux pas m'en empêcher.

Le thérapeute 2 tente un changement de niveau en demandant à Madame T. de parler de son enfance. Sa mère est morte quand elle avait six mois dans des circonstances obscures qu'elle n'a jamais pu éclaircir avec son père. Elle est alors placée en pension chez une tante puis chez des Soeurs. Son père se remarie et la reprend à 12 ans. 'J'ai pas aimé ça'. Elle est chargée des enfants du second lit et souvent battue par sa belle-mère mais jamais par son père qu'elle décrit comme soumis à sa seconde femme. Elle a été jalouse de sa demi-sœur qui a bénéficié d'avantages qu'elle n'a pas eus.

La thérapeute 1 aborde les circonstances de la rencontre du couple.

Th. 1 : Comment avez-vous connu votre mari ?

Mme T. : Je ne sais pas.

Th. 1 : Et vous Monsieur ?

M.T. : Le dimanche en se promenant.

Le couple semble d'accord pour donner à leur première rencontre un caractère aléatoire sans implications affectives.

Nous décidons d'arrêter la séance sur ce thème et nous fixons la date de l'entretien suivant.

Analyse

Nous avons renoncé à notre hypothèse initiale de travail en laissant s'établir l'interaction du couple qui montre une escalade symétrique dans le sens d'un déni de leurs messages réciproques et d'une disconfirmation mutuelle.

Monsieur T. s'exprime essentiellement sur un mode analogique par des comportements qui marquent l'indifférence, le doute ou l'ironie à l'égard du discours de sa femme. Il établit toutefois une brève

complémentarité verbale en connotant la dyade mère-fille et les conditions inaffectives de la rencontre du couple.

Madame T. mène sa symétrie en cherchant la coalition avec les cothérapeutes au prix d'une position basse apparente par rapport à eux, de messages obscurs et contradictoires souvent induits par les questions que nous lui proposons.

Les cothérapeutes ont l'impression d'avoir accepté la coalition avec Madame T. en la reconnaissant comme principale émettrice de messages. Notre interaction avec elle nous a paru s'établir de façon complémentaire : nous les spécialistes qui l'interrogeons, elle la cliente qui nous répond mais qui est seule à répondre.

En fait, nous avons le sentiment d'avoir été parentifiés et d'avoir occupé le rôle d'objet transactionnel pour le couple, un peu comme Valérie, et d'avoir ainsi participé temporairement au maintien de l'homéostasie actuelle.

Nous posons comme objectif pour les séances suivantes de rechercher une position basse par rapport à Madame T. dans le but de tarir les bénéfices de la coalition qu'a établie Madame T. avec nous et de susciter des rétroactions de la part de Monsieur T. Notre tâche est de retrianguliser la communication en nous mettant nous-mêmes en position d'outsider.

2ème ENTRETIEN

Préparation

Nous décidons d'orienter l'entretien sur l'exploration des filiations de Monsieur et Madame T. de façon à favoriser leur interaction à propos de leurs familles propres et réciproques et à éclaircir les réseaux d'alliances et de conflits tout en essayant d'estomper le rôle transactionnel que nous avions occupé dans l'entretien précédent.

Séance

Monsieur et Madame T. se présentent ensemble à l'heure convenue. La thérapeute s'assied à côté de Madame T., le thérapeute à côté de Monsieur T. dans le but de leur offrir des possibilités d'alliances en miroir et d'essayer de faire apparaître la métacommunication des cothérapeutes en parallèle avec leur interaction de couple.

L'entretien débute sur la mort de la mère de Madame T. qui reste toujours aussi obscure et sur le remariage du père. Monsieur T. intervient plus souvent de façon complémentaire par rapport à sa

femme. Puis la symétrie réapparaît, mais cette fois sur un mode verbal, à propos de la bonne relation qu'il entretient avec son beau-père qu'il trouve "rigolo" alors que Madame T. accuse son père d'avoir été responsable de la mort de sa mère et d'avoir été incapable de la soutenir contre sa belle-mère. La coalition entre Monsieur T. et son beau-père se précise.

Mme T. : C'est toujours les étrangers qui sont mieux... (aimés?)

M.T. : Mais je ne suis pas un étranger.

Mme T. : Tu n'es pas un étranger... Non mais enfin... Nous ses propres enfants on est moins bien vu que les autres.

Le père de Madame T. n'aime pas Valérie qu'il trouve "marteau".

Mme T. : Il la traite de salope. Il dit : "Des gosses comme ça, ça ne devrait pas venir au monde".

L'entretien revient à la mère de Madame T.

Mme T. : Mon père m'a dit une fois : "Ta mère c'était une salope".

Le père de Madame T. lui aurait déclaré récemment qu'il ne rachèterait plus la concession du cimetière où est enterrée sa mère : "Ça fait trente ans". Madame T. lui a répondu : "J'ai pas trente ans, çà fait pas trente ans".

Il semble se dessiner une coalition transgénérationnelle entre Madame T. elle-même exclue par son père, sa propre mère et Valérie toutes les deux qualifiées de "salopes" par celui-ci. Madame T. dans cette hypothèse pourrait être la garante d'un engagement de loyauté à l'égard de Valérie comme à celui de sa mère, en conflit avec la règle du père pour qui : "Ce sont toujours les étrangers qui sont mieux... (aimés?)". Les étrangers, ce seraient pour Madame T. la deuxième femme de son père et son propre mari.

L'entretien aborde maintenant la famille de Monsieur T. Il est le troisième d'une fratrie de six issus du second lit paternel. Il a aussi été un enfant battu mais par son père mort récemment au soulagement général de la famille d'une cirrhose et d'un cancer du foie.

M.T. : Il buvait, il a toujours bu. Je me souviens des râclées. On était tous battus.

Le père de Monsieur T. n'aimait pas non plus Valérie. Il la repoussait pour prendre Virginie. La mère de Monsieur T. "n'a pas eu la vie heureuse. Elle ne sortait jamais". Elle a élevé l'ensemble des enfants dont les deux premiers issus du premier mariage (la première femme est

elle aussi morte dans des circonstances obscures). Monsieur et Madame T. s'accordent pour décrire cette famille comme très unie.

Mme T. : Ils se fréquentent tous.

M.T. : On se voit tous les dimanches.

Mme T. : Oh oui, on se voit presque tous chez sa mère. On est tout le temps là. Chez moi on y va plus.

Les cothérapeutes décident d'arrêter la séance sur cette complémentarité. La date du prochain entretien est fixée.

Analyse

Les cothérapeutes ont l'impression qu'au cours de cet entretien la relation symétrique du couple est apparue de façon plus claire sur le mode d'un conflit transgénérationnel. D'un côté Madame T., comme nous l'avons vu, établit une coalition avec sa propre mère et avec Valérie, de l'autre Monsieur T. est avec son beau-père. Mais ce schéma dyadique Madame T. — Valérie ne nous satisfait pas; il ne rend pas compte du comportement à bascule de Valérie coalisée alternativement avec l'un de ses parents pour agresser l'autre, comportement qui nous avait frappé lors de l'entretien préliminaire. Quant à Monsieur T., il pourrait obéir lui aussi à une règle transgénérationnelle de son côté en demandant à sa femme de reproduire l'image de sa propre mère dans son rôle maternel et familial.

3ème ENTRETIEU

Préparation

Nous décidons de conserver l'hypothèse que Valérie occupe le rôle d'objet transactionnel du couple parental et nous nous fixons comme objectif d'explorer la relation horizontale de Monsieur et Madame T.

Séance

Madame T. se présente à l'heure convenue. Monsieur T. ne vient pas. Cette absence est-elle une rétroaction au dernier entretien ? L'exploration transgénérationnelle a-t-elle été prématurée en dévoilant les réseaux d'alliance et les mécanismes de conflit ? A-t-elle été perçue comme préliminaire à une analyse de l'interaction du couple, objectif que nous avions en effet pour aujourd'hui ?

Nous pensons que l'absence de Monsieur T. représente une tentative pour maintenir l'homéostasie familiale. Nous décidons de

reconnaître cet effort et de faire le troisième entretien avec Madame T. seule.

L'entretien début sur l'absence de Monsieur T. Madame T. pensait qu'il viendrait de son côté et nous apprend qu'ils n'ont pas discuté du rendez-vous d'aujourd'hui depuis la dernière fois. Elle accepte sans difficulté notre proposition de travailler à trois.

Madame T. parle de Valérie et d'un projet de colonie de vacances en s'inquiétant de sa relation avec les autres enfants. Puis elle se plaint de ce que sa famille et celle de son mari lui conseillent de "placer Valérie". Or elle ne veut pas placer Valérie dans un établissement pour enfants inadaptés : "J'irai bien voir, mais c'est tout". Elle reconnaît toutefois que Valérie se débrouille mieux ailleurs que dans la famille parce-qu'à la maison "elle sait que sa mère va l'aider". Monsieur T. l'aide aussi, à s'habiller en particulier. "On est bien pareils tous les deux" dit-elle.

Nous essayons sans succès d'aborder la relation de Valérie et de son père.

Mme T. : On ne parle pas de Valérie avec mon mari, jamais".

Elle évite de regarder les émissions de télévision sur les enfants handicapés.

Madame T. décrit comment elle protège Valérie. Elle a toujours peur qu'elle tombe, "qu'elle descende du trottoir; je l'empoigne tout le temps". Valérie se débat, la pince, cherche à s'échapper.

Mme T. : Avec des amis, je ne fais pas attention à ce qu'on me dit. Je regarde toujours Valérie. J'ai du mal à croire ce qu'on me dit de Valérie parce que je ne vois rien que Valérie.

Th. 2 : Votre mari n'a pas la même inquiétude ?

Mme T. : Non il dit : "Elle est bien comme ça, elle est tranquille, elle ne nous embête pas".

Les cothérapeutes font une pause puis reviennent en connotant positivement les efforts que font Monsieur et Madame T. pour s'occuper de Valérie. Ils fixent avec Madame T. la date du prochain entretien et lui remettent une lettre cachetée adressée à son mari dont le texte est le suivant :

Monsieur;

L'entretien prévu aujourd'hui a eu lieu.

Votre épouse vous communiquera la date de notre prochain rendez-vous.

Veillez...

Cette prescription a pour but de marquer au couple l'importance que nous attachons à la présence de Monsieur T. et de les inviter à communiquer sur les entretiens.

Analyse

L'aisance de Madame T. au cours de la séance nous confirme dans notre hypothèse, à savoir que l'absence de Monsieur T. représente un des symptômes de la communication familiale. Les cothérapeutes ont le sentiment d'avoir eu du mal à maintenir l'optique systémique en face de Madame T. seule. Celle-ci semble avoir surtout cherché à confirmer sa coalition avec Valérie et à parentifier de nouveau les thérapeutes.

4ème ENTRETIEN

Cet entretien est séparé du précédent par les vacances d'été. L'un des cothérapeutes a quitté l'équipe nous décidons de le remplacer par le contrôleur qui a participé à la préparation des entretiens, à l'élaboration des prescriptions et à l'analyse des séances précédentes.

Préparation

L'objectif reste le même : établir une communication horizontale entre Monsieur et Madame T. qui leur permette de se désengager de leurs familles respectives et croisées, et en corollaire de départifier Valérie.

Séance

Monsieur et Madame T. sont venus ensemble à l'entretien avec Valérie, ce qui ne leur avait pas été demandé. Après s'être concerté les thérapeutes décident de travailler avec le couple et Valérie.

Le changement d'un des deux cothérapeutes est d'abord annoncé et expliqué.

D'emblée Madame T. exprime que Valérie est infernale, prenant son mari à témoin, et demande à la placer. Elle lie le comportement de Valérie au fait "qu'il y a des problèmes entre nous deux et que Valérie les ressent". Elle demande le soutien de son mari quand Valérie l'agresse.

Monsieur T. refuse la relation de cause à effet entre les difficultés du couple et le comportement de Valérie.

Les cothérapeutes connotent le double problème du placement et des difficultés du couple en essayant d'éclaircir les points de vue contradictoires de Monsieur et Madame T.

Mme T. à M.T. : c'est vrai. Pour le lit tu lui dis : "Viens là". Au lit, on est trois maintenant.

Madame T. annonce qu'elle travaille et qu'elle a pris sa décision sans en parler à son mari.

M.T. : Quand on a des enfants, on s'occupe de ses enfants.

Mme T. : Je ne vais pas rester toute la journée avec les enfants.

Th. 2 : Je comprends votre position, mais je comprends Monsieur T., en tant qu'homme, qui s'est trouvé sur la touche.

M.T. : C'est ce qui se passe. Je n'ai même pas le droit à la parole. Alors je n'ai rien dit. Alors maintenant je ne dis plus rien.

Th. 1 : Alors qu'est-ce qui ne va pas?

Mme T. : Ben tout. Rien ne va.

M.T. : Ça va de mal en pis. Avant c'était deux heures par semaine (travail de Madame T.). Maintenant c'est tous les jours.

Th. 2 : J'ai l'impression que Monsieur T. n'est pas d'accord pour que sa femme travaille.

Mme T. : Il ne veut pas que je travaille dans un café.

M.T. : Il y a des endroits où une femme qui a trois enfants ne peut pas mettre les pieds.

Th. 2 : Vous avez l'impression qu'un café c'est un bordel ? (rires).

M.T. : Il y a de ça.

Mme T. : Il y a même beaucoup de ça.

M.T. : Quand on a fini de travailler on ne reste pas une heure de plus.

Le couple discute un moment sur cette question.

Th. 2 : J'ai l'impression que votre mari est jaloux.

Mme T. : Je ne sais pas, il ne me l'a jamais dit.

Th. 1 : Je crois que c'est évident.

Mme T. : Je ne sais pas, je ne sais jamais ce qu'il pense.

Monsieur T. explique que pendant ses vacances, Madame T. travaillait le matin et sortait l'après-midi en le laissant seul à la maison avec les enfants. Le couple discute un moment sur les sorties. Le dimanche ils ne vont plus dans la famille de Monsieur T.

M.T. : Elle ne veut plus y aller.

Mme T. : Je n'y vais plus.

Th. 2 : J'ai l'impression que votre ménage est en train de casser. Votre femme est en train de changer : elle ne va plus dans la famille, elle ne veut plus s'occuper des enfants à la maison.

A ce moment Valérie qui ne s'est pas encore manifestée fait comprendre qu'elle veut aller aux toilettes. C'est Monsieur T. qui lui répond.

M.T. : Va et tu reviendras quand tu auras fini. Puis il sort avec elle et l'accompagne.

Il revient sans Valérie et une discussion s'engage dans le couple pour préciser qui de Monsieur ou de Madame T. a dit à leurs filles que Monsieur T. n'était pas leur père. Le conflit s'interrompt au retour de Valérie. L'entretien réborde la question du placement de Valérie.

Mme T. : Elle a besoin d'être prise en main autrement.

Th. 2 : Il faut que vous puissiez en parler ensemble de ce placement.

à *M.T.* : Est-ce que le placement de Valérie ne vous embête par pour autre chose que le simple fait d'être placée ? Vous n'avez pas envie que Valérie soit placée à cause de votre femme ? Pour l'empêcher d'avoir des amants ?

M.T. : Oui.

Mme T. : Oui.

Il y a accord du couple sur le fait que si Valérie n'est plus là, rien n'empêchera plus Madame T. de partir. Madame T. exprime son droit à mener la vie qu'elle désire et laisse entendre qu'elle pourrait changer de partenaire.

Les thérapeutes prennent alors une position basse pour maintenir l'interaction du couple, en refusant par anticipation les demandes d'alliance.

Th. 2 : On peut vous aider à faire le point mais pas vous conseiller.

Vous êtes seuls à savoir ce que vous voulez.

Un silence s'établit. Puis Monsieur T. parle de sa réticence à aller au bal avec sa femme. Madame T. n'accepte de sortir avec son mari que s'ils sont accompagnés de leurs enfants, alors que Monsieur T. aimerait être seul avec sa femme à la maison.

Th. 2 : Vous vous êtes connus comment ?

Mme T. : J'ai pris le premier qui s'est présenté. Je voulais partir de chez mes parents.

L'entretien aborde de nouveau le placement de Valérie. Madame T. désire ce placement et reprendra Valérie aux week-ends. Monsieur T. donne un accord réticent.

M.T. : On peut essayer, ça ne peut pas lui faire du mal.

Th. 2 : Le placement c'est votre affaire, on peut seulement vous aider.

Les cothérapeutes marquent la fin de l'entretien en offrant au couple de revenir s'il le désire pour parler de leurs difficultés et fixent un nouveau rendez-vous.

Analyse

L'entretien a paru conflictuel, chacun des membres du couple exprimant assez clairement sa conception de la vie familiale et individuelle.

Les cothérapeutes ont le sentiment que Monsieur et Madame T., pour la première fois depuis le début des entretiens, ont formé une dyade et ont éclairci leur relation en se désengageant de leurs familles qu'ils ne vont plus voir et en déparentifiant leurs enfants, au prix d'un conflit explicite.

Le comportement de Valérie a complètement changé. Elle n'a pas cherché à brouiller la communication entre ses parents même quand il s'est agi de son placement. Monsieur et Madame T. ont de façon nouvelle fonctionné comme couple et comme parents. Valérie occupe maintenant la place d'outsider dans le schéma de relation triangulaire, ce que confirme le désir de ses parents de la placer. A partir d'une transformation radicale de la communication, cet entretien semble avoir été un bilan qui montre des changements fondamentaux dans le système familial et qui conclue pour l'instant la démarche thérapeutique. Ce sont les raisons pour lesquelles les cothérapeutes s'abstiennent de faire une connotation ou une prescription en se contentant de donner le pouvoir au couple parental en ce qui concerne

leurs propres difficultés et l'organisation du placement de leur fille. Dans cette optique et après coup, nous pensons que fixer un autre rendez-vous était contradictoire. Effectivement le couple n'est pas venu au cinquième entretien prévu.

LA SUITE DE L'HISTOIRE

Nous n'avons plus vu la famille. Nous avons appris que le couple avait fait les démarches nécessaires au placement de Valérie. Elle a été admise en semi-internat dans un I.M.P. à une cinquantaine de kilomètres de la ville où résident ses parents et est prise en internat par une famille d'accueil.

L'intégration de Valérie dans l'établissement s'est faite facilement et son évolution comportementale et relationnelle est très favorable.

La nourrice de Valérie est divorcée avec une fille de trois ans. Elle se montre très satisfaite de Valérie qui s'est adaptée très rapidement tant en ce qui concerne les conduites d'autonomie, elle se lave, mange et s'habille seule, que dans les comportements relationnels, aidant sa nourrice dans les tâches ménagères et prenant un rôle de protection à l'égard de la petite fille. L'encoprésie nocturne a disparu en une semaine, seule subsiste une énurésie de la nuit dont Valérie s'occupe elle-même. Elle utilise de plus en plus un langage adapté, contrôle ses conduites, accepte l'autorité de l'adulte et les frustrations. Elle est décrite comme ayant un comportement normal.

Monsieur T. vient la chercher le vendredi soir et la ramène le dimanche soir. A l'arrivée de son père, Valérie montre un comportement d'excitation; commence à baver et ne communique plus avec l'entourage. Son père est obligé de l'habiller pour le départ. Au retour du dimanche soir, l'excitation persiste jusqu'au départ du père. Puis Valérie reprend son comportement habituel.

La relation entre la nourrice et les parents est bonne, mais ceux-ci se montrent incrédules quand la nourrice décrit Valérie. En-effet dans sa famille, Valérie reprend son comportement antérieur : elle bat ses socurs, présente une instabilité permanente et des réveils nocturnes fréquents.

ANALYSE ET REFERENCES THEORIQUES

Le premier contact en consultation d'hygiène mentale infantile de cette famille avait posé le diagnostic de psychose de l'enfant. A cette époque une évaluation psychodynamique avait souligné le lien

schizophrénogène de la dyade mère-fille appuyé sur une forclusion du père et orienté l'intervention thérapeutique sur une psychanalyse. La tâche consistait en pareil cas à canaliser progressivement les identifications projectives et à aménager un espace transitionnel qui conduise à la relation d'objet et à la structuration du moi. Mais c'était oublier comme l'écrit RACAMIER que "dans les cas de symbiose accomplie, la relation par identification projective est réciproque et réversible". Les quelques entretiens ponctuels faits avec les parents au cours de la psychanalyse n'ont pu déjouer une rupture brutale de la part de la mère quand l'enfant commençait à établir un espace d'individualisation. Seul un placement en institution à ce moment ou plus tard quand la Commission départementale de l'éducation spéciale a demandé notre appui technique pour une orientation sur un établissement aurait pu peut-être permettre de poursuivre la structuration de la personnalité que la cure psychanalytique avait ébauchée. Nous avons renoncé devant la sténicité inébranlable du refus de la mère, la réticence du père et le risque pathogène reporté sur les deux autres enfants.

Nos propositions concrètes de temporisation nous ont ouvert une autre perspective d'évaluation et nous a orienté sur une approche systémique des troubles de l'enfant.

L'entretien collectif qui a précédé la thérapie familiale et en a posé l'indication a montré que l'enfant par son jeu projectif, qu'il soit fusionnel ou agressif établissant à sa guise une coalition alternante avec l'un des parents contre l'autre, occupait le rôle d'objet transactionnel à valeur de communication pour le couple. Le système était figé par sa règle implicite qui interdisait la métacommunication, c'est-à-dire pour les parents de pouvoir parler de leur propre relation ou de Valérie et de ses difficultés. Chacun des éléments du système était lié à cette homéostasie et la défendait soutenu par ses propres bénéfices actuels ou par un engagement de loyauté transgénérationnelle. Le père trouvait en Valérie la garantie de sa jalousie et du respect de son modèle familial. La mère dans sa recherche de coalition avec Valérie confirmait sa relation avec sa propre mère.

BOSZORMENYI-NAGY dans son ouvrage "Invisible Loyalties" écrit : "L'attachement symbiotique d'un parent à son enfant vient d'un manque de maturité de ce parent et d'une absence de frontière avec ses propres parents. Le désir inconscient de rester avec ses parents par le moyen magique de l'indifférenciation et de l'immaturité durable conduit à une possession symbiotique des enfants. L'état d'indifférenciation de la personnalité et la tendance au surengagement dans la relation actuelle vont de pair". C'est aussi ce que BOWEN soutient quand il dit qu'il faut trois générations au moins pour faire un

schizophrène. Ce mécanisme de projection transgénérationnelle BOSZORMENYI-NAGY l'appelle parentification qu'il définit comme : "Une distorsion subjective de la relation de telle sorte que le partenaire ou même les enfants sont investis comme parent".

Selon MASSON, FIVAZ et CIOLA : "Dans cette situation l'enfant est poussé dans la fonction de complément narcissique (parentification). Cette constellation, plutôt que de permettre le développement de relations objectives, confine enfant, mère et souvent aussi le père dans une relation d'objet partiel, chacun étant l'objet partiel de l'autre".

Ces points de vue éclairent à la fois la symptomatologie de Valérie et la dynamique relationnelle du système familial. Valérie est parentifiée par sa mère en quelque sorte comme objet partiel substitut actuel de sa grand-mère morte et à ce titre engagée doublement dans la loyauté transgénérationnelle de sa mère à l'égard de sa propre mère et dans le conflit horizontal latent du couple parental.

A partir de ces considérations, la tâche thérapeutique consistait en désengageant les parents de leurs familles propres et réciproques à déparentifier Valérie. Comme l'écrit HALEY : "Si un couple apprend à tracer une frontière entre générations dans une direction, en faisant alliance par rapport aux enfants, ils semblent également capables de faire alliance par rapport aux belles-familles".

Mais comme nous l'avons vu, Valérie forme une dyade alternante avec chacun de ses parents "surimpliqués". Comme l'écrit HALEY : "Quand cela arrive d'avoir deux dyades, comme c'est le cas avec les enfants les plus gravement atteints, les méthodes simples ne sont plus valables. On ne peut pas simplement passer d'un parent à l'autre puisqu'ils sont tous deux étroitement impliqués... Avec deux dyades, chaque parent peut être ferme ou indulgent mais il prendra la position inverse de son conjoint. Ce pattern se répète, les parents étant interchangeables pour le perenniser". C'est la raison pour laquelle, Valérie nous paraissant une trop puissante garante de l'homéostasie, nous l'avons d'abord écartée des entretiens de façon à offrir un champ d'interaction directe au couple. Dans un deuxième temps, l'exploration transgénérationnelle a éclairci les réseaux d'alliances et de conflits moins dans la recherche d'un insight individuel que dans le but de faire fonctionner la communication du couple à un niveau moins dangereux que leur interaction propre. L'absence de Monsieur T. au troisième entretien a montré que cette investigation avait néanmoins été perçue comme trop menaçante pour l'équilibre actuel du système en mettant en évidence que l'existence du couple tenait plus à des mécanismes de prescriptions et de règles supragerationnelles qu'à un investissement affectif réciproque.

Le quatrième entretien a permis d'éclaircir et semble-t-il de confirmer ces hypothèses. Les parents viennent spontanément avec Valérie qui fonctionne maintenant comme enfant déparentifié. Ils se sont désengagés de leurs familles respectives et croisées : ils ne vont plus dans la famille de Monsieur T. et Madame T. demande le placement de Valérie en quelque sorte libéré de son engagement de loyauté. Ils sont alors à même d'éclaircir leur propre relation.

Au delà de la restauration des frontières intergénérationnelles se posait maintenant le problème de l'alliance horizontale du couple dont Valérie avait alors médiatisé la communication à sa manière. L'expérience nouvelle de digitalisation de leur relation au cours du quatrième entretien laissait assez peu d'espoir sur leur avenir conjugal immédiat. Nous avons appris depuis que le couple est en crise et qu'un projet de divorce par demande mutuelle est en cours.

CONCLUSION

Nous allons maintenant tenter d'évaluer les résultats de notre itinéraire thérapeutique que nous aurions aimé situer à un double niveau : d'abord le niveau du symptôme c'est-à-dire celui de la psychose de l'enfant pour laquelle nous avons été sollicité initialement, puis le niveau métaphorique qui est celui de la communication en terme de comportements interindividuels. Le premier appartient au domaine digital et peut être traduit par des appréciations cliniques diagnostiques et évolutive objectives, le second est de nature analogique et à ce titre devrait être rendu par une évaluation qui explore le changement dans la communication du système. Or cette dernière évaluation est subjective parce que les thérapeutes ont fait partie du système transactionnel tout au long de la thérapie familiale et qu'il n'existe pas encore, comme le déplore HALEY, de modèles conceptuels qui permettent de rendre compte objectivement des comportements interactionnels.

Malgré notre réticence méthodologique nous serons donc obligés d'associer ces deux niveaux d'appréciation en restant toutefois très prudents sur leurs conclusions.

Valérie initialement patiente désigné et considérée comme psychoïque semble évoluer très favorablement à distance de sa famille, elle est capable d'investir sur une famille substitutive et sur une institution médico-éducative. A partir de notre analyse, nous pouvons penser que cette évolution satisfaisante est liée à une déparentification qui la libère de ses engagements transgénérationnels et transactionnels horizontaux. Il nous est toutefois impossible de porter un appréciation pronostique à long terme.

Monsieur T. montre maintenant un comportement d'individualisation : il a quitté le domicile familial et semble avoir établi une liaison extra-conjugale. Il fait une demande de divorce et s'occupe seul de Valérie pendant les week-ends. Il exprime toutefois des affects positifs à l'égard de sa femme mais ne supporte plus leur mésentente.

Madame T. affirme son autonomie socio-professionnelle récente. Elle reconnaît maintenant son mari comme un bon père et montre le désir de reprendre la vie commune avec lui.

Les deux sœurs de Valérie semblent être actuellement les victimes de la crise familiale. Leur mère, incapable de s'en occuper seule, demande l'aide des services sociaux.

En somme, le dysfonctionnement pathogène antérieur du système a disparu au prix de l'éclatement familial. Chacun des éléments fonctionne maintenant pour son propre compte. Nous pensons qu'à partir de cette individualisation respective que favorise la dispersion actuelle, de nouvelles homéostases vont se mettre en place. Si le couple reprend la vie commune, la période de crise introduira des inputs dans le système qui provoqueront de nouvelle rétroactions. Ce changement de niveau obligera le couple, à présent désengagé de ses familles, à établir plus clairement les conditions de son alliance et sa relation avec les enfants. Ils peuvent aussi reconstituer pour leur compte un foyer avec d'autres partenaires sans qu'il soit évidemment possible à partir du choix d'un nouveau conjoint de préjuger des homéostase qui s'établiront.

Adresse de l'auteur :

Dr. F. L. Brideman

Psychiatre des hôpitaux
7, rue de Besançon
F - 39100 Dôle

RESUME

Dans un cas de psychose infantile pris en charge pendant trois ans par l'équipe d'hygiène mentale infantile, l'orientation systémique a inversé l'évaluation du trouble en le saisissant dans le système interactionnel de la famille et a permis, semble-t-il, grâce à la thérapie familiale de changer le niveau de communication libérant rapidement les potentialités évolutives de l'enfant et améliorant le pronostic. Dans cet effort de pensée circulaire, le concept de parentification de Boszormenyi-Nagy a offert une base théorique aux hypothèses qui ont souvent orienté nos objectifs d'entretiens.

SUMMARY

During three years of various and deceptive therapies on a case of infantile psychosis, the systemic way put the trouble in the family communication and showed the child parentification after Boszormenyi-Nagy. The family therapy just cleared the parental interaction and disengaged the child with a rather good further prognosis according to the primary state.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOSZORMENYI-NAGY, I. et SPARK, G.M. : *Invisible Loyalties*. Harper and Row ; New York, 1973.
2. BOWEN, M. : *Family in Clinical Practice*, Jason Aronson, New York, 1978.
3. HALEY, J. : *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. Delarge, Paris, 1979.
4. KAUFMAN, L. : *Psychiatrie der Gegenwart*. BDIII, 2. Aufl., 1975.
5. MASSON, D., FIVAZ, E., GIOLA, A. : *Expérience d'hospitalisation conjointe mère-enfant dans un Centre de Traitement Psychiatrique de jour (Hôpital de jour) pour adultes*. Archives Suisses de Neurologie. Neuro-chirurgie et Psychiatrie, Vol. 120, fasc. 1, 1977.
6. MINUCHIN, S. : *Familles en thérapie*. Delarge, Paris, 1979.
7. RACAMIER, P.C. : *Les schizophrènes et leurs familles du point de vue psychanalytique*. L'Evolution Psychiatrique. T.X.L., fasc. II, 1975.

CRITERES ET PROCESSUS DE SELECTION DES FAMILLES D'ACCUEIL : PROPOSITION D'UN INSTRUMENT DE TRAVAIL

Jacques SOUCY

INTRODUCTION

La sélection adéquate des familles pouvant assumer les responsabilités de familles d'accueil pour enfants et adolescents cause de nombreuses difficultés aux conseillers sociaux et aux travailleurs sociaux qui oeuvrent dans ce secteur particulier des affaires sociales. Et en dépit des efforts consciencieux et de la compétence professionnelle manifestés par ces travailleurs de la famille, combien de fois se sont-ils heurtés à des situations contraignantes et à des résultats peu encourageants qui les ont forcés à déplacer des enfants d'un foyer à un autre !

Et cette situation n'est pas spécifique à telle région ou à tel groupe de travailleurs ou de familles. Nos nombreux contacts avec la France, particulièrement avec les organismes comme la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) ou l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ainsi que notre expérience de travail dans les Centres de Services Sociaux du Québec et du Nouveau-Brunswick (CSS) nous ont amenés rapidement à constater une grande similarité dans les problèmes rencontrés.

Aussi, c'est dans le but de venir en aide à ces nombreux agents familiaux que nous présentons cet instrument de travail qui est déjà utilisé comme méthode de sélection des familles d'accueil dans de nombreux Centres de Services Sociaux du Québec et du Nouveau-Brunswick.

L'expérience vécue de cinq années d'application ainsi que les suggestions qui nous ont été faites durant ces mêmes années par les utilisateurs de la méthode nous permettent aujourd'hui de présenter une méthode qui a subi le rodage du temps¹. Il va sans dire que l'utilisation de cette méthode ne règlera pas tous les problèmes et par le fait même qu'elle n'est pas une panacée à toutes les situations rencontrées.

¹ Cf. *Critères et processus de sélection des familles d'accueil : proposition d'un instrument de travail*. Revue Service Social, Vol. 24, No 3 juillet-décembre 1975. Presses de l'Université Laval, Québec. Jacques Soucy.

Critique expérimentale d'une méthode de sélection des familles d'accueil. Id. Vol. 28, No 1, janvier-juin 1979. Réal Parenteau.

PRESENTATION DE LA METHODE

1. L'esprit de la méthode

Ce qui caractérise cet instrument et lui donne son originalité, c'est que, dans son processus même, (durant l'entrevue de sélection) il suscite l'interaction entre les différents membres de la famille et offre ainsi un portrait dynamique de la famille.

En d'autres mots, cette méthode permet d'observer la famille en action et d'avoir accès à une tranche de son vécu particulier. En fait, contrairement à d'autres méthodes de sélection qui n'amassent que des données statiques sur la famille : aspect extérieur et intérieur de la maison, aspect éducatif, social, intellectuel des parents, dates de mariage, âges des époux et des enfants, situation matérielle et financière, salaire du mari, niveau de scolarisation des conjoints, etc. . . cette méthode permet d'avoir accès à une tranche de vie de la famille. Celle-ci révèle ainsi une partie importante de son visage et permet au praticien d'avoir une bonne idée de son fonctionnement et de ses composantes.

En résumé, la perspective dans laquelle nous dirige cette méthode n'est pas documentaliste, mais dynamique. Evidemment, nous ne pouvons négliger l'apport des données statiques ; nous en tenons compte, mais celle-ci n'ont qu'une place secondaire face aux renseignements et observations obtenues durant l'entrevue. Il est important de préciser ici que cette rencontre de sélection est toujours suivie d'une visite à domicile de toutes les familles acceptées afin de les voir vivre dans leur milieu. Cette visite nous permet de vérifier également certaines hypothèses qui se présentent au cours de l'entrevue de sélection et de confirmer ou d'infirmer nos perceptions.

2. Nouvelle mentalité à créer

La mise en application de cette méthode requiert souvent un changement de mentalité chez ceux qui l'utilisent. Ces travailleurs, ces praticiens doivent accepter de voir les choses selon un modèle systémique par opposition à un modèle linéaire. Ainsi l'individu à l'intérieur de la famille ne sera considéré que dans et par sa référence au tout, au système que compose la famille. Pour y parvenir, et l'expérience du Québec est là pour le prouver, les différents agents de sélection doivent être rompus à l'apprentissage théorique et pratique de la méthode de la thérapie familiale qui en devient un des schémas de base.

Cet article comprend deux volets aussi importants l'un que l'autre. Dans une première partie, nous examinerons les critères choisis pour servir de paramètres durant le processus de sélection ; dans la seconde partie, nous présenterons de façon très détaillée le déroulement d'une entrevue avec toutes les implications qu'elle comporte et tous les

réajustements que nous avons apportés grâce à ces cinq années d'utilisation.

PREMIERE PARTIE : CRITERES DE SELECTION

Les critères de sélection que nous proposons permettent en quelque sorte d'approcher la famille à partir de postes d'observation différents et complémentaires. Ce sont eux qui nous serviront de guide dans le processus de sélection, d'où leur importance. Ils constituent donc la cheville ouvrière grâce à laquelle la méthode prend son efficacité.

Par critère, nous entendons ici une qualité d'être, une attitude, une valeur qu'il importe à une famille de posséder pour fonctionner normalement en tant que famille. Il va sans dire que nous n'exigerons pas que chaque famille réponde à cent pour cent à chacun de ces critères, mais qu'elle en possède quelque chose. Nous savons fort bien, par ailleurs, que la famille idéale n'existe que dans les livres !

Les critères sur lesquels nous ferons porter notre attention sont les suivants :

1. Ouverture et perméabilité du système familial
2. Modes de communication
3. Autonomie, indépendance et liberté
4. Typologie de la relation parentale
5. Image de soi
6. Expression des sentiments positifs et négatifs
7. Frontières
8. Ouverture aux parents naturels
9. Motivation de la demande

Dans les pages qui suivent, nous expliquerons chacun de ces critères afin de les rendre très compréhensibles et d'éviter par le fait même toute confusion. Il nous semble important d'ajouter ici que chaque critère ne doit pas être vu et considéré seul en lui-même, mais dans sa relation avec les autres.

1. Ouverture et perméabilité du système familial

Les caractères du système ouvert sont :

- l'acceptation du changement,
- la libre expression des sentiments,
- la bienvenue aux informations venant de l'extérieur,
- la flexibilité des règles et des rôles,
- l'acceptation des différences,
- le réajustement continu des façons de voir, de faire et d'être.

L'opposé du système ouvert est le système fermé avec tout ce qu'il contient de rigidité et de fixation au niveau des règles et des rôles, des secrets et des tabous, de la politique du silence, du contrôle de l'information. Les conséquences du système fermé sur l'enfant sont immédiates car la plupart de ses besoins individuels ne sont pas considérés.

Notre expérience des familles d'accueil nous montre qu'il arrive souvent que celles qui vivent en système fermé demandent à plus ou moins brève échéance, le transfert de l'enfant placé dès que celui-ci commence à exprimer de façon ferme ses besoins individuels et particuliers.

2. Modes de communication

La communication est un des aspects de la vie familiale qui requiert une grande attention, car c'est par elle que les membres entrent en relation les uns avec les autres ; aussi importe-t-il de voir durant l'entrevue comment elle se fait.

Les questions à garder en tête sont de l'ordre suivant :

Les messages sont-ils clairs ou voilés ? sont-ils directs ou par personne interposée ?

— dans la famille, est-il facile à chacun de parler à qui il veut et comme il veut, ou bien la communication se fait-elle en sens unique ? Est-ce toujours les mêmes qui parlent, qui dirigent la conversation ? Chacun des individus peut-il s'exprimer librement ?

— les gens se parlent-ils seulement à propos des choses à faire, communication instrumentale, ou peuvent-ils communiquer à

un autre niveau, sur leur vécu personnel, communication affective ?

— Que penser de la communication non-verbale de cette famille ? Les signes et tout le langage non-verbal ont-ils plus de place que la communication verbale ?

Voilà autant de points à observer sur le style de communication d'une famille. Nous pouvons ajouter en dernier lieu qu'il y a une relation très étroite entre le système familial et la communication : ordinairement le système familial fermé va de pair avec une communication ambiguë et à sens unique.

3. Autonomie, indépendance et liberté

Pouvoir devenir soi-même est un droit que l'on reconnaît à tout individu, au moins théoriquement. Mais qu'en est-il de façon concrète ?

Pour y parvenir, il est nécessaire de développer un climat familial qui permette cette autonomie et cette indépendance. Une des façons de savoir si ces qualités sont possibles est de voir comment se vivent les différences : différence d'idées, différence d'évaluation sur les personnes et les événements, différence de comportements. Là où il y a nivellement, il y a lieu de s'interroger sur la possibilité des individus d'être autonomes et de s'épanouir dans un tel milieu.

4. Typologie de la relation parentale

Les relations parents-enfants peuvent être de trois types comme nous le montre Thomas Gordon dans son livre *Parents efficaces*². Les deux premiers relèvent d'un modèle d'autorité en ce sens qu'ils sont tous deux situés selon une ligne verticale où l'un des éléments se retrouve en situation de gagnant face à l'autre qui vit une situation de perdant. Le troisième modèle, le seul vraiment acceptable, en est un d'interrelation. Il est situé selon un plan horizontal où ni l'un ni l'autre des éléments (parents ou enfants) ne se retrouve en situation de perdant.

Le premier modèle est celui où l'enfant est considéré comme "empereur" et où les parents sont permisifs. C'est la route du laisser-faire ouverte à "ce pauvre petit qu'il ne faut brusquer, ni frustrer d'aucune manière". Dans ce cas, les parents doivent se subordonner et faire comme si... de peur que leur enfant ne soit trop affligé de complexes. L'enfant fait à sa guise, aux dépens de ses parents, car il est

² Gordon, T. : *Parents efficaces*, édition du jour, 1976.

conçu comme le point de départ et d'arrivée de toute action. En général, les parents qui utilisent ce mode d'agir ont démissionné devant leur tâche éducateurs et deviennent asservis à leurs enfants. Il va sans dire que ce modèle n'est pas à encourager comme critère d'une typologie parentale à développer. Il est également à prévoir que la relation parentale vécue d'après ce modèle ne peut être saine, car seuls les besoins de l'enfant y sont satisfaits.

Le second modèle est celui où l'enfant doit être moulé à l'image et à la ressemblance de ses parents dont l'autorité et le pouvoir se font sentir pour régler toutes les questions. L'image qui nous revient en tête, c'est celle du parent autoritaire qui donne des ordres, montre du doigt les choses à faire et écrase. Tout est orienté ici selon la pensée convergente des parents et la seule échelle de valeurs qui existe est la leur. Eux seuls connaissent la vérité et ce qui est bon pour leur enfant. Celui-ci n'a rien à dire. Peu leur importe que l'enfant devienne hostile, agressif et négativiste dans un tel climat : il n'a qu'une chose à faire, c'est de "passer par là". Dans ce modèle, il n'y a pas de place pour des échanges et des compromis. Les parents sont alors rapidement perçus et qualifiés de tyrans et de policiers.

Le troisième modèle, celui que nous favorisons comme critère de la relation parentale à développer dans une famille d'accueil, est basé sur l'interaction et le dialogue entre parents et enfants. Les parents, tout en gardant leur place de parents et en ne se démettant pas de leur tâche éducateurs, rendent celle-ci possible et plus facile à accepter grâce à leur capacité d'écoute et de compréhension. La relation entre parents et enfants n'en est donc pas une d'exclusion, ni d'antagonisme. Parents et enfants peuvent être des amis plutôt que des adversaires dans des luttes quotidiennes pour la conquête du pouvoir. En fait, leur relation avec l'enfant en est une de complémentarité et de fécondation. Dans ce modèle, le processus de décision se déroule dans une logique d'interaction où les uns et les autres ont le droit de dire leur mot et où la coopération se fait sentir. La paternité et la maternité prennent alors le caractère d'une opération de développement. Les parents cherchent à développer chez leurs enfants un sentiment de compétence face à leur responsabilités et à promouvoir des démarches autonomes et créatrices. Pour ceci, ils fournissent à leurs enfants des conditions d'existence excellentes au point de vue émotif et intellectuel. Même si cette situation semble "trop belle pour être vraie" nous avons été à même de la percevoir dans bien des familles que nous avons interviewées.

5. Image de soi

L'image de soi est un pivot crucial du comportement de l'individu et un élément essentiel à sa capacité de croître et de se différencier. Il y

a longtemps déjà que la psychologie a montré que les individus jouissant d'une "valorisation personnelle" (self-esteem) plutôt faible ou inexistante ont de la difficulté à aider, dans leur processus de croissance, les êtres qui leur sont confiés. Dans une large mesure, une image positive de soi est responsable du bon fonctionnement d'un individu, d'où l'importance de savoir quelle image de soi les membres de la famille ont d'eux-mêmes, particulièrement les parents ? Et cette image d'eux-mêmes reposent-elle vraiment sur ce qu'eux-mêmes pensent d'eux-mêmes ou sur ce que les autres pensent d'eux. Tant et aussi longtemps qu'un individu n'a pas une idée personnelle de ce qu'il est et de ce qu'il vaut, il est difficile pour lui de se différencier des autres.³

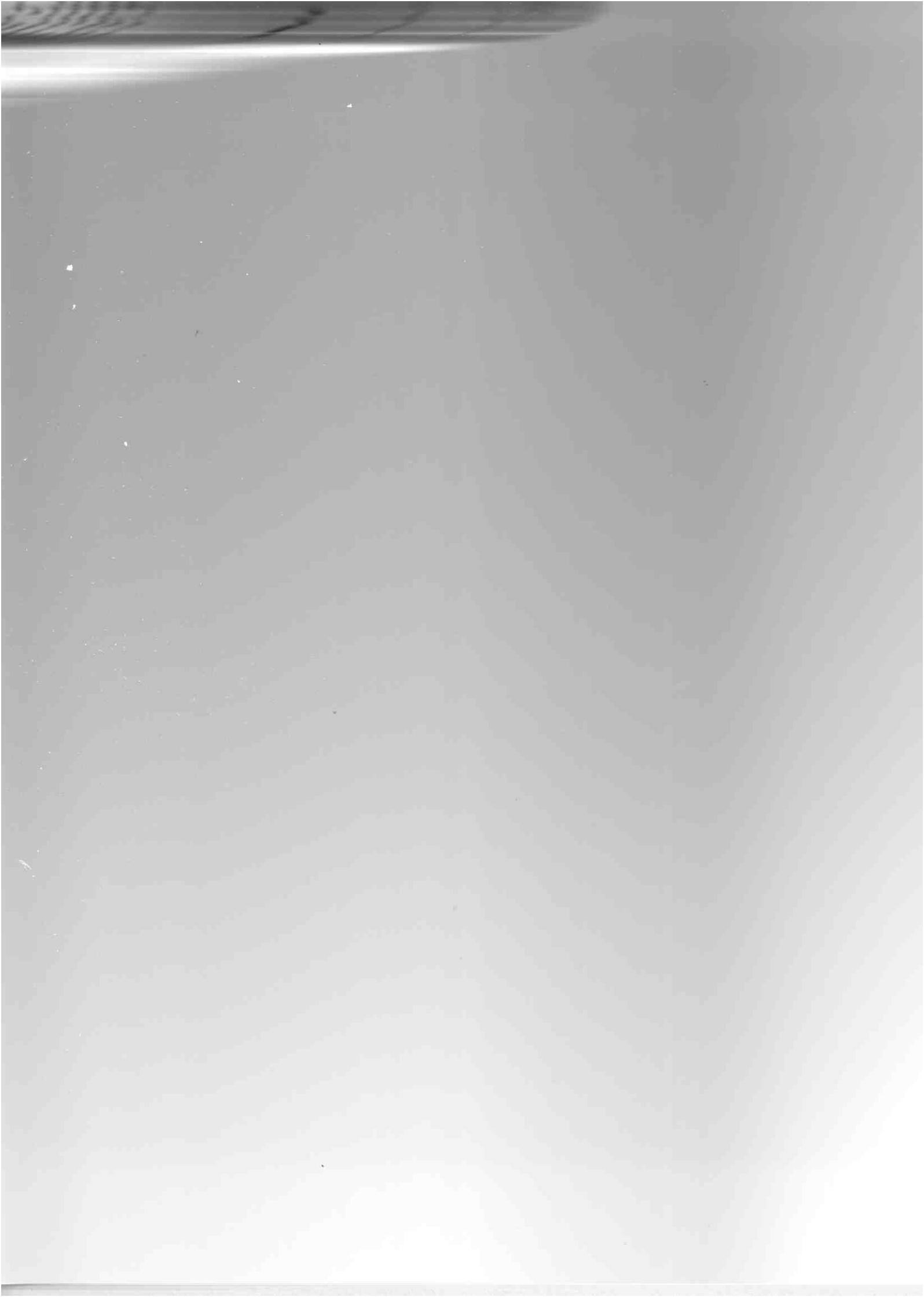
6. Expression des sentiments positifs et négatifs

L'expression des sentiments tant négatifs que positifs a pour effet de faciliter l'établissement de relations plus profondes et plus équilibrées entre les différents membres de la famille, tout comme d'améliorer la communication et de la rendre plus directe et plus vraie. Cette expression est également l'un des facteurs importants du respect de l'individu à l'intérieur de sa famille. Voilà pourquoi il est important de savoir comment s'expriment les sentiments et les émotions à l'intérieur de la famille interviewée. Dans bien des familles, l'expression des sentiments positifs tels que la joie, l'amour, le plaisir, la tendresse, la sympathie, est permise, dans une certaine mesure au moins ; quant aux sentiments négatifs,⁴ tels que la colère, l'anxiété, la peur, la dépression et même la peine, l'expression en est radicalement défendue. Si, par exemple, quelqu'un a le malheur, je dis bien le malheur de se fâcher, il doit s'en aller dans sa chambre jusqu'à ce qu'il soit "défâché", etc. On ne soulignera jamais trop l'influence mauvaise qu'a sur beaucoup d'individus cette négation d'une partie de leur vie affective⁵. Voilà pourquoi il est important de tenir compte de la liberté avec laquelle peuvent être exprimés les sentiments à l'intérieur de la famille.

³ "Self-esteem is a basic need of man, a cardinal requirement of his mental health and psychological well-being. There is no value-judgment more important to man than the estimate he passes on himself" *The Dishonored Self*, Branden, Nathaniel, Chap. 2, Self-Acceptance and Self-Awareness, New York, Ed. Bantam Books, 17502, p. 78, 1968.

⁴ Perls, F.S. : *Rêves et existence en gestalt-thérapie*. Paris, Editions de l'Épi, 1972. pp. 44 ss.

⁵ Janov, A. : *Le cri primitif*, chapitre 7, Paris, Ed. Flammarion, 1975, pp. 7 ss.



7. Frontières

Comme le dit si bien Minuchin⁶, "la clarté des frontières est un paramètre utile et même nécessaire pour l'évaluation du fonctionnement familial". Par frontières, nous entendons une limite imposée par une personne ou un groupe de personnes dans le but de protéger l'intégrité de son être et de déterminer son autonomie personnelle. Il nous apparaît essentiel qu'une famille comme un individu érigent des frontières à l'intérieur desquelles elle ou il puisse sentir son identité propre, son sens de lui-même (own sense of me) différent des autres et son autonomie.

Dans le langage de la thérapie familiale, nous parlons de *frontières externes* lorsque nous voulons désigner celles qui doivent exister entre une famille et les autres familles. Pour désigner celles qui doivent exister entre les différents sous-systèmes à l'intérieur même de telle famille, soit les trois sous-systèmes parental, conjugal et de la fratrie, nous parlons de *frontières internes*. Et finalement, pour désigner celles qui doivent exister entre chacun des membres d'une même famille ou d'un groupe, nous parlons de *frontières individuelles*.

Ces trois types de frontières (externes, internes et individuelles) peuvent cependant se situer à trois niveaux différents si nous les regardons en terme d'intensité : nous parlerons alors de *frontières diffuses*, de *frontières rigides* et de *frontières normales*. Une frontière diffuse c'est celle qui se confond avec les autres ; c'est quasiment comme si elle n'existait pas. Nous disons d'elle alors, qu'elle est poreuse, qu'elle laisse entrer n'importe quoi et n'importe qui, qu'elle est perméable et favorise la fusion. Au contraire, une frontière rigide se caractérise par le manque de flexibilité au point qu'elle conduit à un manque de contact et que ce qui vient de l'extérieur est considéré comme menaçant. Quant à la frontière normale, elle favorise le contact dans le respect de la personnalité de chaque être, elle est ouverte à l'information venant de l'extérieur, elle permet la différenciation, sans contrainte spécifique et sans menace particulière.

8. Ouverture aux parents naturels

La place que les parents des foyers d'accueil veulent accorder aux parents naturels nous aidera à voir s'ils ont des préjugés à l'égard de ces enfants et/ou de leur famille et s'ils sont réceptifs à l'endroit des parents naturels.

Les spécialistes des familles d'accueil savent comment l'enfant qui est séparé de sa propre famille pour être placé dans une autre famille vit déjà une situation de tension qui rend d'autant plus difficile son

adaptation à la famille d'accueil. Il a souvent au fond de lui-même un sentiment de rejet qui engendre la baisse de l'estime de soi et/ou un sentiment de culpabilité, pensant souvent qu'il a lui-même contribué à la séparation d'avec sa propre famille. Également, il peut éprouver de l'hostilité envers ses parents naturels. A tout ceci peuvent s'ajouter les sentiments de crainte de l'abandon et de crainte de l'inconnu. Cet aspect d'ouverture ou de fermeture des parents de famille d'accueil face aux parents naturels aura une influence marquante sur la façon dont les premiers prendront soin de l'enfant.

Il est fondamental de se souvenir que l'arrivée d'un nouvel être s'inscrit dans un changement automatique du système familial des gens en place. En effet, les principes de la thérapie familiale disent que lorsqu'un nouvel être s'insère dans un groupe déjà formé, le groupe lutte pour garder l'équilibre ("homéostasie") déjà existant dans son système et qui peut être bouleversé par le nouvel être qui y arrive. L'enfant placé devient alors une menace pour le système familial. Si cette menace persiste et si la famille d'accueil qui la subit n'a pas les ressources nécessaires ou n'est pas aidée directement par les spécialistes de la famille pour faire face à ce problème, il est à peu près certain que la famille elle-même demandera le transfert de famille d'accueil. Il y a souvent aussi, dans la pratique, ségrégation ou exagération de l'attention donnée à l'enfant placé vis-à-vis des enfants du foyer quant à son acceptation à l'intérieur de cette famille. Partant de là, il nous apparaît doublement important de nous interroger sur l'ouverture des familles d'accueil à l'endroit des parents naturels.

9. Motivations des parents

Il nous semble capital de connaître les raisons qui motivent les parents à faire des démarches en vue de prendre des enfants en familles d'accueil. Ainsi, une démarche sera considérée de façon différente selon que les parents veulent avoir un enfant pour combler leur solitude, pour procurer à leur(s) enfant(s) naturel(s) un compagnon de jeu, pour s'assurer un certain revenu ou pour donner un foyer stable à celui dont le foyer souffre d'instabilité conjugale et/ou familiale à cause de la désunion des parents ou pour toute autre raison. De plus, il est important d'apprécier les familles d'accueil plus pour leurs valeurs personnelles, pour ce qu'elles sont en tant que personnes, que pour la situation socio-économique à l'intérieur de laquelle elles vivent.

Nous avons constaté à maintes reprises qu'une demande de réception d'enfants en famille d'accueil est souvent un appel "au secours", un cri de détresse de la part du couple qui fait cette demande. Le praticien ou l'interviewer se doit d'être attentif à cet appel lors de l'entrevue de sélection. D'autre part, dans certains cas, la demande de

⁶ Minuchin, S. : *Familles en thérapie*, Ed. Jean-Pierre Delarge, Paris, 1979.

recevoir des enfants en foyer d'accueil devient pour le foyer en question un moyen de nier ou de reporter à plus tard la solution de certains problèmes familiaux, conjugaux ou personnels souvent présents. Placer des enfants dans un tel foyer équivaldrait à permettre à la famille ou au couple d'éviter de faire face à ses propres problèmes, d'en reporter la solution à plus tard, et quelquefois, de les faire éclater au détriment de l'enfant placé.

Dans cette première partie, nous venons de présenter les critères qui doivent guider l'interviewer dans sa démarche de sélection. Ceux-ci constituent une grille de lecture, ainsi que des paramètres qui lui permettront d'être attentif aux valeurs les plus fondamentales de la vie familiale. Si une famille possède dans une bonne proportion les traits que nous avons relevés précédemment, il est évident qu'elle doit pouvoir assurer à chacun de ses membres un milieu vital propre à sa croissance et à son épanouissement. Il va sans dire que des changements imprévisibles, des événements importants et des circonstances spéciales peuvent toujours et à n'importe quel moment briser l'harmonie qui existe, mais notre confiance dans les ressources humaines nous font penser que ces gens qui possèdent la plupart de ces critères, et l'expérience est là pour le prouver, ont ce qu'il faut pour faire face à l'inconnu.

DEUXIEME PARTIE : PROCESSUS DE SELECTION⁷

L'expérience nous a appris qu'il y a trois moments privilégiés à l'intérieur desquels se déroule ce processus de sélection : *avant l'entrevue*, *pendant l'entrevue* et *après l'entrevue*.

Si nous insistons sur l'importance de ces trois moments principaux, c'est que nous croyons avec fermeté que chacun sont des temps forts et propices à nous apporter des renseignements sur la dynamique des familles en question.

1. AVANT L'ENTREVEUE

A. Soirée d'information

Nous considérons que cette soirée est la première étape du processus de sélection et nous en faisons alors une conduite *sine qua non* et obligatoire pour tous les parents aspirant à constituer une famille

⁷ Les modifications apportées au processus initial de sélection sont dues aux observations adéquates de Monsieur Réal Parenteau (Maîtrise en Service Social, Université McGill, Montréal) principal collaborateur et agent multiplicateur de la Méthode de Sélection, dans les Centres de Services Sociaux du Québec.

d'accueil. Lors de cette soirée qui groupe un certain nombre de ces parents (cinq ou six couples), nous en profitons pour leur fournir tous les renseignements nécessaires à une prise de décision éclairée. La programmation de cette rencontre se fait ordinairement selon le schéma suivant :

- a) notre philosophie de la famille d'accueil et de placement
- b) nos attentes face à la famille d'accueil et le rôle de l'Agence
- c) les rôles et les responsabilités de la famille d'accueil
- d) les procédures et modalités du placement
- e) les honoraires et coûts de pension
- f) le déroulement de l'entrevue de sélection
- g) réponses aux questions des parents

Le cadre de cet article ne nous permet pas d'explicitier davantage chacun des thèmes de cette soirée. Cependant nous voulons insister pour dire que nous en profitons pour sensibiliser les parents à l'importance de la présence de chacun des membres de la famille à l'entrevue de sélection et sur le lieu de la rencontre de sélection qui se déroule toujours au Centre pour les motifs suivants : plus grande facilité à y réunir, à la même heure, tous les membres de la famille, économie de temps et d'énergie et meilleur climat de concentration et de productivité (cf. article de M.R. Parenteau cité plus haut).

A cette occasion, nous apportons également des informations sur la durée maximale de la rencontre de sélection (une heure et demie) et sur l'utilisation du magnétoscope ou tout au moins du magnétophone, au cours de cette rencontre.

A la suite de ces informations et des réponses données à toutes les questions des gens, l'expérience nous montre une baisse remarquable du phénomène de résistance face à la mise en place de ce nouveau processus de sélection même chez les familles qui ont déjà connu un autre processus de sélection : ce qui est le cas de toute réévaluation.

B. Contact avec la famille

La façon de prendre contact avec la famille est très importante. De manière habituelle, le contact devrait se faire par l'intermédiaire du praticien responsable des familles d'accueil ou encore par le praticien

qui a déjà établi certaines relations, certains contacts avec la famille en question. Ici, il m'apparaît important également de noter qu'il n'est pas très sain que plusieurs praticiens s'occupent de la même famille comme responsables de plusieurs enfants placés, car des conseils souvent contradictoires, ou tout au moins contraires, peuvent être donnés à cette famille. De plus, comme il arrive souvent malheureusement, certaines familles en période de conflit se feront un plaisir de manipuler ces différents praticiens, les montant les uns contre les autres et les mettant en situation de se faire trianguler.

Il est très important que le contact du praticien se fasse avec le père plutôt qu'avec un autre membre de la famille, comme par exemple, la mère. Cette démarche permet de donner au père de famille une certaine importance dans la décision à prendre et de l'intéresser de plus près au geste qui sera accompli par le couple. En communiquant directement avec le père de famille, le praticien aura l'occasion de voir comment celui-ci se sent engagé dans la décision à prendre.

L'expérience nous apprend que le terme d'entrevue d'évaluation fait peur à beaucoup de gens qui craignent de se faire juger. A ce terme, nous avons préféré celui d'entrevue de sélection. Pour expliciter ce terme, nous pouvons ajouter des mots comme "faire le point, connaître la famille, voir un peu comment ces gens fonctionnent en tant que couple ou famille".

Il est bon de leur mentionner que certaines questions leur seront posées, mais sans entrer davantage dans le détail. De plus, nous avons trouvé utile d'insister sur le fait que nous désirons voir tous les membres de la famille et que tous auront droit de parole à tour de rôle. En effet, tous les membres de la famille doivent être invités à cette entrevue de sélection, même les petits enfants, les bébés. Ce mode d'agir nous donne l'occasion de voir comment les membres de la famille fonctionnent avec les petits en entrevue : qui s'occupe de qui et fait quoi.

C. Choix et qualités des responsables de sélection

Après expérience, il nous apparaît qu'un trop grand nombre de professionnels-praticiens à l'entrevue de sélection cause énormément de stress et d'anxiété et devient rapidement une menace pour la famille.

Voilà pourquoi nous demandons de limiter le nombre de personnes à deux : un interviewer, ordinairement le responsable du service d'accueil et un praticien, de préférence celui ou celle qui sera désigné comme la personne-contact, celle qui se verra attribuer le cas de façon concrète. Le rôle de cette dernière personne durant l'entrevue sera soit celui de cameraman si l'on utilise le magnétoscope (ce qui est fort à conseiller, vu la capacité de cet instrument de recueillir de multiples

renseignements : langage verbal et non-verbal de la famille), soit celui d'observateur du système familial.

Indépendamment de qui sont ces deux personnes, il semble important qu'elles comprennent bien leurs rôles. En effet, ces personnes doivent avoir un sens développé d'observation de la dynamique familiale, avoir en tête les différents critères de sélection que nous avons exposés en première partie de cet article, et agir de façon à influencer le moins possible le vécu significatif de la famille. Comme le dit si bien M. Réal Parenteau dans son article "afin de respecter 'l'en-soit' du groupe familial et d'en accroître l'objectivité et la compréhension, l'observateur prendra une distance planifiée et ne se laissera pas aspirer par le système en évitant de faire coalition avec quelque personne ou quelque clan de la famille. Il devra être différencié émotionnellement⁸ pour ne pas confondre ce qu'il vit dans sa propre famille avec ce qui se passe dans celle qui est devant lui : il évitera ainsi la projection⁹ de sa part et l'introjection¹⁰ par la famille de ce qui ne lui appartient pas. Il n'accordera d'importance au contenu verbal qu'à travers le contexte de la vie socio-affective du groupe ; il sera continuellement présent non seulement à une personne mais à la vie entière de la famille.

La validité de l'observation se trouve accrue par la pertinence des différents phénomènes observés à l'insu de la famille et par la spécificité des manières d'être adoptées discrètement par l'observateur.

A cet égard, Mucchielli enseigne que c'est "la transparence" personnelle intégrale de l'observateur ou du chercheur dans le domaine de la dynamique des groupes qui lui permettra de "voir" des phénomènes qui, se produisant dans le filigrane des contenus verbaux ou des faits enregistrables, nécessitent une attention spéciale à un "sens" jamais clairement offert, et, de plus, non conscient pour les membres du groupe observé¹¹.

L'urgence des besoins et les limites des ressources incitent souvent le responsable à prendre rapidement des décisions, c'est-à-dire après une seule entrevue familiale. Cette rapidité ne doit cependant pas s'exercer du détriment du caractère judicieux de la décision. Il importe donc que le responsable vérifie constamment auprès des membres de la famille les

⁸ Bowen, M., "Toward the Differentiation of a Self in One's Own Family", (Differentiation of Self Scale, pp. 117-122) in *Family Interaction*, Framo, J.L., (Ed.) Springer Publ. Co. Inc., New York, 1972, pp. 117-122, 140-142.

⁹ Perls, F. : *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*, Bantam Books, New York, 1973, pp. 35-38.

¹⁰ Ibid., pp. 32-35.

¹¹ Mucchielli, R., *La dynamique des groupes*, E.S.F., Paris, 1971, p. 22.

messages envoyés afin que soit écartée toute interprétation odieuse et que soit supprimée du rapport d'évaluation toute forme d'impression personnelle comme des "je pense que", "j'ai l'impression que", "je crois que".

La vérification immédiate des hypothèses qu'il construit en cours d'entrevue, à partir de ce qu'il voit et entend, consolidera la valeur de sa perception de la famille.

Sur la base de notre expérience, nous pouvons identifier certaines qualités et habilités que le responsable de sélection doit posséder pour bien accomplir sa tâche : souplesse d'esprit, patience, respect, franchise, habilité à suivre un processus émotionnel, habilité à éviter les impasses, sens aiguisé d'observation, esprit de synthèse, connaissance de soi et confiance en soi".

D. Entrevue de sélection et non entrevue thérapeutique

En dernier lieu, il nous semble important d'insister sur le fait que cette entrevue de sélection ne doit pas revêtir le caractère d'une entrevue thérapeutique. L'interviewer doit alors bien distinguer son rôle de celui du thérapeute, même s'il demeure responsable en partie du moins des émotions parfois profondes qui peuvent surgir ou encore des désirs de restructuration clairement exprimés par certains membres de la famille. Evidemment, dans de telles circonstances, il doit apporter son support et manifester de l'empathie par son aptitude à résonner à l'ensemble du vécu de la famille, tout en se gardant bien de transformer cette entrevue en séance de thérapie conjugale ou familiale.

2. PENDANT L'ENTREVUE

A. Le contenu (questions et objets de l'échange)¹²

Nous proposons que soit inscrit tel quel sur un tableau placé bien à la vue des membres de la famille les items suivants :

- a) qui êtes-vous ?
- b) ce que je souhaiterais voir différent dans ma famille !
- c) ce que je souhaiterais voir différent en moi !
- d) ce que j'aime le plus à propos de moi-même !
- e) parlez-nous de vos amis ? (pour parents sans enfants)

¹² Ces thèses et questions ont déjà fait l'objet d'un type d'évaluation familiale. Cf. *Family Assessment via videotaped interviews*, Frederick R. Ford, M.D. and Joan Herrick, M.S.S., *World Journal of Psychoanalysis*, vol. 33, No 9, sept. 1971.

f) quel usage faites-vous de l'alcool ? (incidence soupçonnée de ce côté là)

Vous remarquerez que les items mentionnés ici et qui constituent la marche principale sur laquelle les gens auront à s'exprimer, revêtent parfois la forme de question (1, 5, 6), parfois la forme d'un énoncé. Toute question a pour but d'engager une communication entre le responsable de l'entrevue et les personnes présentes, tandis que tout énoncé vise à favoriser un dialogue à l'intérieur des membres de la famille et entre eux.

Dans la première publication de notre méthode, tous les items étaient rédigés sous forme de questions. Or nous avons réalisé que cette première façon ne favorisait les échanges qu'entre le responsable de l'entrevue et les membres de la famille et que finalement, nous apprenions bien peu sur leur manière de communiquer entre eux. Vu dans une perspective systémique, nous avons alors l'impression que cet aspect de la communication très important pour la connaissance de la dynamique familiale n'était qu'escamoté. Voilà pourquoi nous avons modifié notre façon de faire.

Il est important de noter ici avant d'aller plus loin que ces questions et ces énoncés et tout ce qu'ils susciteront de réactions n'ont pour objectifs que de nous informer sur la façon dont la famille remplit ou non les critères de sélection dont nous avons parlé dans la première partie.

Le déroulement de l'entrevue revêt alors la forme suivante. Après avoir souhaité la bienvenue aux membres de la famille et requis leur signature concernant l'autorisation d'enregistrer l'entrevue¹³, l'animateur demande la première question à chacun des membres présents sans ordre de préséance établi auparavant (il en sera de même au sujet des énoncés sur lesquels chaque personne sera appelée à se prononcer) ; lorsque tous ont répondu, nous suggérons que le responsable ainsi que l'autre personne qui participe à l'entrevue à titre d'observateur ou de cameraman se présentent eux aussi.

Une fois la première question terminée, l'animateur explique aux gens les trois énoncés qui apparaissent au tableau, et les invite à partager entre eux la matière proposée par ceux-ci. Le responsable spécifique à la famille que c'est là la façon qu'il choisit pour faire connaissance avec la famille entière. Demeurant un peu en retrait, l'animateur-responsable de l'entrevue pourra alors intervenir pour¹⁴ :

¹³ Des feuilles spéciales d'autorisation sont préparées avec le papier de l'Agence et comportent les conditions spécifiques d'enregistrement soit sur magnétoscope ou magnétophone. Les parents sont requis de donner leur autorisation en signant une de ces formules.

¹⁴ Parenteau, R., op. cit., p. 163.

1. demander des précisions
2. vérifier la compréhension de ce qui se passe
3. vérifier les messages
4. vérifier des hypothèses
5. supporter la famille dans les moments difficiles
6. se situer personnellement face à la famille ou à un ou l'autre de ses membres".

Le responsable devra bien mesurer chacune de ses interventions qui pourront facilement relever de points chauds de son propre vécu familial et devenir ainsi des contre-transferts possibles. Il est important de rappeler que chaque fois que nous travaillons avec une famille, celle-ci peut servir de miroir à notre propre vécu familial et les risques de projections sont grands et toujours présents.

a. Qui êtes-vous ?

Une autre façon de verbaliser cette question consiste à ajouter : "J'aimerais que chacun des membres de la famille se présente et m'apprenne de lui ce qu'il veut bien, afin que je le connaisse un peu plus". Cette première question semble celle qui permet le mieux de connaître le degré d'auto-évaluation de chacun des membres du système familial.

Les réponses à cette question sont également très variées et permettent de vérifier certains critères d'évaluation mentionnés plus haut. Parmi ceux qui reviennent plus souvent, mentionnons les numéros 1 : ouverture et perméabilité du système familial, 3 : autonomie, indépendance et liberté, 4 : typologie de la relation parentale et 8 : motivation des parents dans leur demande de devenir famille d'accueil. Répondant à cette question, les individus fréquemment se définissent en fonction de leurs tâches, de leurs fonctions, de leurs rôles, de leurs occupations, plutôt qu'en fonction de ce qu'ils sont comme personne.

En écoutant cette réponse, il nous est possible d'observer la dynamique familiale : une mère qui dirige les questions et qui dit à chacun des membres de la famille qu'il a le droit de parole, que c'est maintenant son tour ; des enfants qui réagissent aux dires des parents et vice-versa. Dans certaines familles, moins autonomes et où la liberté est moins grande, nous pouvons entendre la même formule stéréotypée. Nous apprenons aussi quel ordre de priorité existe au sein de la famille et souvent comment les parents considèrent leurs enfants. Le degré de

présence ou d'absence du père à sa famille et le rôle qu'il a, nous ont souvent été révélés dans la réponse à cette question ; de même, nous pouvons avoir une idée du degré de socialisation de la famille. Nous apprenons également ici dans quel système vit la famille : ouvert ou fermé, matriarcal, patriarcal, etc. . .

b. Ce que je souhaiterais voir différent dans ma famille !

Une autre façon d'explicitier cet énoncé est d'ajouter : "pourrais-tu dire à quelqu'un ce qui pourrait se faire de façon différente dans ta famille et qui te rendrait plus heureux".

Beaucoup de personnes parlent ici de leurs préoccupations principales, de leurs tensions, de leurs besoins. Nous apprenons également beaucoup sur la façon dont la famille fonctionne, sur les règles de vie de la famille. Nous prenons conscience du vécu familial et social, des aspirations et des désirs de chacun des membres, de leurs motifs pour demander la venue d'un enfant dans leur foyer. Il est curieux toutefois d'observer que la plupart des gens interviewés insistent plus sur ce qu'ils font que sur ce qu'ils sont en réalité. De plus, peu de familles parlent directement de leur situation économique, mais plusieurs la mentionnent en insistant sur la capacité qu'elles ont de recevoir un membre nouveau qui s'ajoutera à leur groupe. C'est également en réponse à cette question que nous en apprenons le plus sur les relations que les parents et la famille tiennent ou ne tiennent pas à avoir avec les parents de l'enfant qu'ils veulent recevoir.

c. Ce que je souhaiterais voir différent en moi !

Une façon de faire saisir le sens de cet énoncé est d'ajouter particulièrement pour les enfants, mais pas exclusivement : "imagine que tu as en mains un bâton magique et que tu l'utilises pour transformer quelque chose en toi, dis à quelqu'un dans ta famille ce que tu voudrais changer en toi".

Deux types de réponses nous arrivent par le biais de cet énoncé. Chez les enfants d'une part, nous avons constaté que beaucoup ne répètent que la perception que les parents leur renvoient d'eux-mêmes, celle-ci étant basée en général sur les attentes parentales. A cette occasion, l'enfant s'adressera d'ailleurs directement à un parent avec une demande d'approbation. Le côté négatif de leur personne sera le plus souvent mentionné alors que le point de vue de leurs ressources tombera dans l'ombre. D'autre part, les parents nous renseigneront sur le statut de leur famille, sur le rôle respectif de ses membres et enfin sur le type d'éducateurs qu'ils sont.

d. Ce que j'aime le plus à propos de moi-même !

Une façon de faire comprendre cette question est de lui ajouter : "Dis à quelqu'un de ta famille trois choses que tu apprécies beaucoup chez toi ou en toi".

Dans les commentaires sur cet énoncé, nous avons remarqué que beaucoup de personnes se sentent mal à l'aise ou ont beaucoup de difficultés à parler d'elles-mêmes en termes positifs. Cette partie de l'entrevue d'ailleurs est certainement celle qui provoque le plus d'anxiété.

Derrière ce phénomène nous percevons l'influence sociale et religieuse où les gens ont appris que parler positivement d'eux-mêmes, se trouver des qualités, c'était se vanter et alors ils ne devaient pas faire ainsi. Ces facteurs d'ailleurs ont contribué souvent à leur donner une faible "image de soi".

Dans les dires des personnes interviewées, il est remarquable que les éléments apportés soient plutôt des qualités que les autres personnes trouvent en eux ou aiment en eux ; autrement dit, les qualités mentionnées semblent avant tout déterminées par l'extérieur plutôt qu'être la révélation de ce que les personnes pensent réellement d'elles-mêmes.

e. Parlez-moi de vos amis ?

Cette question posée aux couples sans enfant permet de connaître comment le couple sans enfant est ouvert à la vie qui l'entoure et comment également il a ou n'a pas de frontières interne et externe.

Elle vient suppléer au manque de renseignements qui auraient dû être apportés par les enfants et qui permettraient de constater particulièrement comment s'effectue la socialisation du couple et de la famille. L'expérience nous a appris que cette question nous éclairait également sur les préoccupations socioculturelles du couple, sur ses capacités d'évoluer, sur son degré de vitalité et enfin sur les ressources personnelles des conjoints et sur leurs possibilités d'établir ou non des contacts avec le monde extérieur.

f. Quel usage faites-vous de l'alcool ?

Comme le dit Réal Parenteau¹⁵, nous ne croyons pas que l'alcoolisme en soi puisse toujours porter préjudice à la qualité d'une famille, et nous acceptons la thèse voulant que des personnes alcooliques n'en demeurent pas moins de bons éducateurs pour les enfants. Cependant, nous sommes pleins de réserves à cet égard, et il nous

apparaît important de constater ce que nous ont révélé les autres facteurs de sélection avant d'accepter comme famille d'accueil, celle où l'un des parents serait marqué au sceau de cette incidence.

En terminant cette section sur le contenu de l'entrevue, nous sentons le besoin d'insister pour dire que l'échange sur les questions et les énoncés ne prend véritablement de sens que dans la mesure où il aide à saisir la dynamique familiale à travers et grâce aux critères de sélection développés antérieurement.

Voilà pourquoi nous suggérons que le responsable de l'entrevue ainsi que son compagnon aient devant les yeux durant l'entrevue, la liste de ces critères, comme les membres de la famille ont la liste des questions et des énoncés.

B. Partage et réactions

a. Réactions à l'entrevue

Lorsque tous les membres de la famille ont terminé leurs échanges aux énoncés et leurs réponses aux questions, nous arrêtons l'enregistrement : le magnétoscope ou le magnétophone et nous leur demandons ce qu'ils pensent de l'entrevue et comment ils l'ont vécue ?

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ces dix minutes d'échange et de partage sur l'entrevue et nous les voyons comme processus de ventilation. Nous avons constaté que ce moment était très propice pour réduire l'anxiété et les tensions engendrées par l'entrevue ; également, nous avons appris là des choses importantes sur la famille et sur chacun.

Pour favoriser l'expression, nous donnons ici aussi l'opportunité à chacun de s'exprimer, même si c'est bref.

b. Visionnement et/ou écoute

Avant de terminer tout, nous donnons la possibilité aux gens de se regarder et de s'entendre (une dizaine de minutes). Nous avons été généralement surpris du grand intérêt que les gens manifestent à se voir et à s'entendre mutuellement, mais nous sommes encore plus émerveillés sur la précision de la perception qu'elles se font alors de leur dynamique familiale.

Enfin, nous avons constaté que ce temps de visionnement servait également à ventiler le reste de leur émotion.

¹⁵ Ibid., p. 164.

3. APRES L'ENTREVEU

A. Discussion de l'entrevue

Il nous apparaît important de discuter de la dynamique de la famille que nous avons rencontrée, dès que celle-ci nous a quittés, car nous avons tous, fraîchement en mémoire ce que nous venons d'entendre et de voir.

Les deux personnes qui ont participé à l'entrevue sont les mieux placées pour ce travail, mais elles peuvent faire appel à une troisième personne qui travaille dans ce secteur, surtout en cas de doute ou de mésentente. De plus, il ne faut pas oublier que ces personnes ont à leur disposition, grâce à l'enregistrement, tout le matériel ramassé durant l'entrevue. Ils peuvent au besoin revoir les sections en vue d'approfondir et d'objectiver leur analyse critique de la situation dans le but d'arriver à une meilleure prise de décision.

B. Remise des résultats

A la fin de l'entrevue de sélection, la famille est prévenue qu'une décision lui sera communiquée dans les jours à venir et ordinairement le nom du praticien qui entrera en contact avec elle est mentionné.

Il y a trois différentes façons de communiquer les résultats :

- le courrier
- l'appel téléphonique
- ou
- une entrevue.

Notre expérience nous amène à prendre la position suivante.

Lorsque nous avons à transmettre une acceptation, un coup de téléphone ou une lettre (lorsqu'il est difficile de contacter les gens par téléphone) semblent appropriés et bien reçus, mais il n'en va pas de même dans la transmission d'un refus¹⁶.

La seule méthode que nous croyons appropriée pour transmettre un refus, consiste en une entrevue avec les parents. Durant cette rencontre, nous sommes à la fois précis et nuancés, leur expliquant les forces et les faiblesses de leur système familial ainsi que les raisons principales motivant le refus.

Cette rencontre n'est ni facile pour la famille, ni intéressante pour le praticien, mais nous croyons que "l'atmosphère de franchise et de confiance que nous cherchons à créer, comme le constate Réal Pariseau dans son article, dispose la famille refusée à porter intérêt à nos remarques, à découvrir ses forces, à reconnaître ses faiblesses" et souvent même, à faire appel à des services de thérapie conjugale et familiale pour améliorer leur situation. A la fin de cette entrevue, il est bon également de prévoir une période de ventilation afin de donner aux parents l'opportunité de réagir, de rétablir les faits au besoin, ou encore de corriger les perspectives qui leur semblent inexactes.

Voilà. Nous avons décrit dans le détail les différentes étapes d'une méthode de sélection des familles d'accueil qui a déjà été utilisée avec plus de cinq cents familles. Nous croyons que notre schéma est un instrument valable, mais nous sommes également conscients de ses limites, limites qui peuvent être augmentées également par celui-là, même, qui l'utilise.

Nous avons cru bon de la proposer afin de faciliter le travail des praticiens qui remplissent la très difficile fonction de procéder à la sélection des familles d'accueil et des foyers de groupe. Si quelqu'un utilise cet instrument, nous insistons sur le fait qu'il est important de l'appliquer avec l'esprit dans lequel il a été planifié, c'est-à-dire en le considérant non pas comme un instrument qui procure des informations ou des renseignements statiques sur la famille, mais comme un instrument qui permet de saisir la dynamique familiale en action.

Jacques SOUCY

Lorient, Bretagne, France
août 1980

¹⁶ Ibid., pp. 158-159.

INFORMATION

First International Conference of the Mental Research Institute

INNOVATION IN PSYCHOTHERAPY AND FAMILY MEDICINE

Nice, France. 25-27 juin 1982

*Langues : Français, Anglais, Allemand
(traduction simultanée pour chacune des trois langues)*

Pour toute information :

Diana Sullivan Everstine
Mental Research Institute
555 Middlefield Road
Palo Alto, California 94301
U.S.A.

* * *

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Journées annuelles d'Etude : 6 et 7 mars 1981 à Paris sur le thème : *Diversité de l'abord familial en psychiatrie.*

Conférenciers principaux : S. LEBOVICI (Paris) et Ph. CAILLE (Oslo).

Communications brèves et échanges entre les participants à propos des divers champs d'emploi des interventions familiales.

Renseignements, programmes et inscriptions :

Madame TRINIAC — Secrétaire
Association Française de Psychiatrie
23, rue Pradier — 92410 VILLE D'AVRAY

FANTASMES ORIGINAIRES, ORGANISATEURS DE L'HOMÉOSTASIE FAMILIALE*

E. GILLIERON

INTRODUCTION

Les idées que je présenterai ici sont extraites d'un exposé public présenté en 1973 (La famille, fantôme ou réalité ?) dont quelques passages ont été publiés. (6).

La confrontation de ma pratique psychanalytique individuelle et de thérapies dites conjointes m'avait induit à accorder une place centrale aux fantasmes originaires dans l'examen du fonctionnement de la famille. Il s'agissait alors de conclusions issues d'une expérience clinique. Laplanche et Pontalis, en 1964, ont amplement discuté le problème de la place des fantasmes originaires dans l'œuvre de Freud (2). Cernant l'ambiguïté de cette notion, ils ont débattu des rapports de ces formations tant avec la réalité externe qu'avec la réalité biologique. Cependant, il convient de ne pas oublier que c'est à partir de l'expérience, que l'on a développé l'appareil conceptuel psychanalytique et l'on a déjà souvent relevé l'importance du "cadre" de la cure dans le développement du transfert (voir Lagache, par exemple (8) ou le rôle actif de l'analyste dans la "construction de l'espace analytique" (Viderman (15) ; de plus, l'analyste doit passer par un mouvement d'identification pour comprendre le patient avant de lui renvoyer son image. En ce faisant il voit "à travers les yeux des analysés", la même "réalité" qu'eux, tant psychique qu'externe, *moment* crucial où il ressent ce que l'autre ressent, perçoit ce que l'autre perçoit. Il peut ainsi accéder à la *réalité psychique* ; mais, lorsqu'il s'intéresse aux rapports de son patient à l'entourage, il risque de se trouver un peu comme l'homme du mythe de la caverne de Platon : il en décele surtout les ombres. Il le sait parfaitement d'ailleurs, ce qui le conduit à une technique rigoureuse visant à ne pas faire intervenir la réalité externe dans ses interventions. Pourtant, ainsi que Laplanche et Pontalis l'ont rappelé, il est très difficile de définir le fantasme sans faire appel à ce que l'on dénomme "réalité".

* Conférence présentée au 6th International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia — Lausanne — 28 et 30 septembre 1978.

Pour ma part je me suis demandé ce que l'on pourrait percevoir du fantasme en *changeant de cadre*, à savoir en examinant la famille dans son *ensemble*, le patient et son entourage. Il s'agirait de voir la rencontre des fantasmes de l'enfant et de ceux des parents, d'un point de vue *inspiré par la psychanalyse*, mais dans un cadre différent. Mon point de vue sera avant tout groupal et systémique. "Groupal" dans la mesure où je tenterai d'examiner les fantasmes *partagés* par le groupe familial. "Systémique" dans la mesure où je tenterai de voir la *dynamique* des échanges. Le point de vue systémique me semble d'ailleurs avoir été très proche de l'optique de Freud : il n'est que de voir la facilité avec laquelle Anzieu, par exemple, ou Racamier ont pu intégrer la dimension du paradoxe dans la pratique psychanalytique (1, 11).

On peut considérer, ainsi que d'aucuns l'ont fait (13, 14) la famille comme un petit groupe aux caractéristiques particulières (par exemple : structure hiérarchisée par la présence de deux générations au moins — intensité des liens affectifs *quotidiens* — à la différence des groupes dits thérapeutiques, etc.). Or, on sait que les groupes assurent leur cohésion en partageant certains fantasmes et je me suis demandé si un phénomène apparent n'apparaissait pas dans les familles. Influencé par les positions de Winnicott (16), j'ai commencé par admettre l'hypothèse d'un "espace intermédiaire familial", point de rencontre des fantasmes de chacun des membres.

Or les familles que nous, thérapeutes, sommes amenés à examiner, se trouvent d'ordinaire confrontées à des conflits insurmontables, stagnant dans le marécage de fantasmes inhibiteurs, le patient présentant les symptômes, en étant simplement le révélateur. Elles se trouvent alors dans une position cohésive extrême, que l'on pourrait dénommer "homéostatique forcée" selon la terminologie systémique. Cette homéostasie, d'ordre névrotique ou psychotique, paraissait liée, à l'instar de ce qui se passe dans les groupes, à une problématique fantasmatique profondément enfouie dans l'inconscient familial.

Dans la théorie freudienne, le symptôme fut tout d'abord considéré comme le symbole mnésique d'un *traumatisme* pour être ensuite progressivement décrit comme la mise en scène d'un *fantasme* sous-jacent. Cependant la question de l'origine du fantasme demeurerait ouverte et Freud ne semble pas avoir totalement renoncé à le fonder sur une réalité historique (Totem et Tabou, par exemple). Pour ma part il m'a semblé qu'on pouvait reprendre cette idée freudienne, sans recourir à une explication génétique faisant appel à la préhistoire de l'humanité, mais en étudiant la dialectique s'installant entre les actes concrets des individus en présence dans une *famille* et les *fantasmes*, en somme la *dialectique fantasme — symbole — expérience réelle*, car si l'individu

adapte ses actes principalement à ses conflits pulsionnels internes, les membres d'une famille réagissent surtout au *comportement* des autres. On ne saurait se contenter d'étudier le fonctionnement familial du seul point de vue du fantasme ; il s'agit plutôt d'examiner la *rencontre des actes et des fantasmes*.

La vie fantasmatique est structurée, on le sait, par le complexe d'Oedipe — triangle autour duquel s'articulent les *fantasmes originaires*, fantasmes qui, selon Laplanche et Pontalis, seraient une fiction, une construction freudienne prétendant donner une représentation "du temps même du surgissement du désir [...]. J, moments mythiques de la disjonction [...]. J entre les deux temps de l'expérience réelle et de sa reviviscence hallucinatoire, entre l'objet qui comble et le signe qui inscrit à la fois l'objet et son absence" (9). Cette définition fait donc intervenir les trois dimensions qui nous intéressent : le *mythe*, l'*expérience réelle* et le *signe* ; on peut ainsi comprendre la place importante qu'ont prise les fantasmes originaires dans mes élaborations. Je me propose de montrer, en spectateur de la famille, non seulement que la structure même de cette dernière est génératrice de ces fantasmes, ce que l'on m'accordera certainement volontiers, mais encore que le fonctionnement de l'*ensemble familial* peut viser à *empêcher leur structuration dans le monde intrapsychique de l'enfant*.

Le manque de temps m'obligera à utiliser de nombreux raccourcis que l'on voudra bien me pardonner, je l'espère. Mon propos est surtout de stimuler la discussion en vous soumettant des réflexions et non pas une théorie entièrement élaborée.

Dynamique relationnelle, fantasmes originaires et structure familiale

"Dans le trésor des fantasmes inconscients des névrosés, et probablement de tous les êtres humains, l'un est rarement absent et peut être découvert par l'analyse, à savoir assister aux rapports sexuels des parents. J'appelle ces fantasmes, avec ceux de la séduction, de la castration et d'autres, *fantasmes originaires* ; et je discuterai plus en détails ailleurs leurs origines et leurs relations à l'expérience individuelle". C'est ainsi que Freud s'exprimait en 1915, à propos d'un cas de paranoïa (5) premier texte où le terme de fantasme originaire est utilisé.

Dans l'optique présentée par Freud, les fantasmes sont donc des structures organisatrices intrapsychiques. Selon moi, lorsque l'on observe la famille, on peut voir qu'ils modulent les interactions au sein de la famille, comme dans les groupes où les fantasmes communs sous-jacents se reconnaissent au comportement verbal et non verbal des participants, de manière telle qu'il est difficile de déterminer la source

réelle du comportement des membres en présence. Pour illustrer l'esprit dans lequel j'aborde ce problème, et avant d'entrer dans le vif du sujet, je rappellerai que l'interprétation donnée par Luc Kaufmann en 1967 du mythe d'Oedipe permettrait tout aussi bien de parler du complexe de Laios ou de celui de Jocaste que de celui d'Oedipe ; mais là n'est pas mon propos ; l'optique que je présente vise à *ne pas isoler* le comportement d'Oedipe de celui de Laios ou de Jocaste, ni même de l'oracle donné (7).

De même les fantasmes originaires sont des scénarios décrivant des *structures relationnelles*, qui, selon mon hypothèse, peuvent être soit intériorisées en un individu sous forme fantasmatique soit "agies" dans la famille, dans une mise en scène où chacun prend un rôle plus ou moins défini, que seul un spectateur est capable de percevoir. Le régisseur de cette mise en scène se trouve à l'extérieur de la famille nucléaire, ce qui nécessite le recours à une généalogie à trois générations pour comprendre ce qui joue, comme nous le verrons plus loin : la trajectoire d'Oedipe ne saurait s'expliquer sans l'oracle donné aux parents et sans la réaction de ces derniers. Mais qui a émis l'oracle ? Ne serait-ce pas symboliquement les grands-parents ? Il ne semble pas nécessaire de remonter jusqu'à la horde primitive de Totem et Tabou pour expliquer la structure oedipienne.

On peut considérer, comme je l'ai dit, le mythe d'Oedipe comme un complexe relationnel dynamique aussi bien qu'un complexe structurant la vie intrapsychique. De même les fantasmes originaires. Un pas de plus me semble nécessaire : on sait que les groupes thérapeutiques ou formatifs se *soudent* autour de fantasmes communs, d'ordinaire très primitifs, en fonction de l'ébranlement des limites du Moi individuel, ébranlement provoqué par la situation groupale. Tous les échanges au sein de ces groupes peuvent s'expliquer alors en fonction de ces idées communes de base. De plus, c'est la présence du leader qui permet au groupe de se structurer et d'évoluer éventuellement. En ce sens le groupe familial se réfère aussi à une loi extérieure symbolisée par la présence silencieuse des grands-parents dans la famille.

Il s'agit d'ajouter un autre aspect : la famille, à la différence des groupes cités plus haut, est *déjà structurée de manière très particulière* : elle comporte bien un aspect *groupal*, favorisant l'appartenance de fantasmes très primitifs, mais elle comporte aussi un aspect *déjà hiérarchisé*, où chacun a une fonction très définie : en effet, toute famille nucléaire est composée à l'origine de trois membres biologiquement distincts : un homme, une femme et un nouveau-né très immature. Ce sont là les trois éléments *externes* de la structure oedipienne : père — mère — enfant forment un triangle caractéristique composé de deux adultes forts, théoriquement capables d'indé-

pendance, de sexe différent et d'un enfant incapable d'assurer sa survie sans le concours des autres. Sur le plan *biologique*, la nature affective de la relation des parents est sous-tendue par la *sexualité* ; celle de l'enfant aux parents par contre est sous-tendue par la *dépendance*. Les forces en présence sont contradictoires. Chacun à sa manière, l'enfant surtout bien sûr, a *besoin* des autres. Mais chacun aussi doit pouvoir s'en *séparer* : l'enfant doit acquérir sa maturité et son indépendance mais les liens des parents aussi sont faits d'un mélange d'acceptation d'une certaine *dépendance* réciproque et d'une certaine *liberté* de mouvement. Cependant dès le départ l'attente principale des parents est sous-tendue par la sexualité, celle de l'enfant par la dépendance. Avec l'évolution liée à la maturation, la nature des liens de l'enfant aux parents sera de plus en plus marquée par la sexualité. On rejoint là bien sûr la notion freudienne d'étayage des pulsions sexuelles sur les pulsions du Moi. Je ne peux m'y étendre. Je pense que cette simple situation de fait suffit à expliquer la structuration des fantasmes originaires de l'enfant.

Mettre l'accent sur l'aspect biologiquement structuré de la famille revient à se demander quel est *l'impact* de cette réalité sur l'appareil psychique des individus en présence. Or la réalité biologique, qui impose la problématique de la dépendance et de la complémentarité sexuelle, comporte un aspect "antinarcissique" évident. Ce qui a permis à Racamier de dire qu'elle est "d'emblée de l'ordre de la blessure..." (11). A la naissance, l'appareil psychique du nourrisson risquerait d'être soumis à un excès très traumatisant d'excitation liée à la réalité brute. Ce qui a poussé Freud à postuler l'existence d'un système de pare-excitation protégeant l'enfant, en attendant la constitution progressive de l'appareil psychique lui permettant d'intégrer les excitations. Dès la "Traumdeutung", en 1899, Freud a relevé l'importance de la dialectique entre *expérience* de satisfaction et frustrations pour la constitution de cet appareil. Plus récemment, D. Braunschweig et M. Fain ont admis que c'était surtout la mère qui jouait le rôle de pare-excitation à l'origine. Par la suite, au fur et à mesure de la constitution de son Moi, l'enfant reprend à son compte ce rôle, aidé en cela par la mère, qui désinvestit l'enfant et réinvestit la relation sexuelle au père, exerçant ainsi, sur les pulsions de l'enfant, une censure progressive dénommée "censure de l'amante" (4). Cette description toutefois fait peu allusion au *rôle actif* du père, dont le pénis semble attendre patiemment que la mère veuille bien s'y intéresser ! De fait, le père, de par son action, peut aussi, soit trop favoriser la relation fusionnelle mère — enfant, soit s'entremettre violemment dans cette relation, créant ainsi une brèche dangereuse dans le système pare-excitation décrit.

L'organisation fantasmatique de l'enfant, issue des contacts avec les premiers objets, va dépendre tant de la mère que du père, pour des raisons différentes certes ; et je crois que personne ne me contredira, si je dis que le sein sera donné bien différemment à l'enfant, selon que la relation mère — père sera bonne ou mauvaise. J'ai connu une mère qui vivait un important conflit avec son mari au moment de la naissance de son enfant ; peut-être un peu plus sincère que d'autres, elle avait dit plus tard à ce dernier : "Tu as bu du lait empoisonné !", résumant ainsi les conséquences sur l'enfant de son conflit conjugal. L'avenir de l'enfant dépendra donc des relations parentales. Or leur entente, fondée en particulier sur la complémentarité sexuelle, va dépendre fortement, selon moi, de leur possibilité d'affronter la problématique des origines, c'est-à-dire les fantasmes originaires : c'est soit en partageant inconsciemment certains fantasmes, soit en luttant contre eux, que la famille assure sa cohésion, au risque parfois de passer de la simple cohésion à une homéostasie dangereuse, susceptible d'empêcher toute évolution. Les fantasmes originaires sont donc des *structures frontières entre la réalité biologique et la réalité psychique*, à la fois *formées par l'équilibre familial et à la fois chargées d'assurer cet équilibre*.

Schizophrénie et fantasmes originaires

En ce qui concerne le thème de ces journées, nous pouvons nous pencher sur la manière dont les fantasmes originaires sont traités dans les familles de schizophrènes. L'observation de ces dernières m'a permis de percevoir un phénomène que je crois caractéristique et spécifique, les distinguant clairement des autres formes de pathologie : à savoir une *terreur* de la différenciation sexuelle, une terreur du fantasme de castration. Toutes les *transactions* au sein de ces familles visant à *lutter contre l'apparition de ce dernier* et à entretenir le mythe kleinien du "parent-combiné". Voici un exemple assez illustratif : j'interroge les parents d'Esther, qui souffre cliniquement depuis des années de décompensation schizophrénique de type paranoïde : "Lequel de vous a désiré le plus la venue de votre fille ?". Père et mère se tournent l'un vers l'autre avec un sourire extatique et disent dans un bel ensemble : "Les deux !". Et le père de poursuivre : "pour preuve, je me réjouissais tellement d'avoir un enfant que j'avais dit, un mois avant le mariage déjà, que *même si j'avais cinq garçons, je ne donnerais mon prénom à aucun !*". La mère se montre très approbatrice et, sur un grognement de la fille, ajoute : "Il y a d'ailleurs une anecdote assez drôle qu'Esther n'aime pas : peu après le mariage, j'avais rencontré ma belle-sœur, enceinte de quatre mois et je lui avais dit que j'avais très peur, moi, d'être enceinte ; c'était amusant, *car je l'étais déjà !*". Le père un peu surpris alors fait remarquer à sa femme : "Mais tu ne me l'avais jamais

dit !", remarque qu'elle écarte d'un geste négligent accompagné d'un "cela a si peu d'importance". Dans le cas particulier, l'histoire du père montrait ses raisons de ne pas vouloir être père : ainsi, une jeune sœur, Sophie, était morte à cause de la négligence du frère aîné, Jaques dont on connaissait la jalousie à l'égard de Sophie. Jaques était aussi le prénom de son père, grand-père de la patiente. En famille chacun connaissait la responsabilité de Jaques, mais on n'en avait jamais parlé : l'ordre implicite des grands-parents était : "Il ne faut pas parler de Jaques !".

Le père d'Esther paraissait vivre dans l'idée qu'être le *représentant de son père* risquait de provoquer la mort. Il devait donc éliminer en soi toute ressemblance à ce père. Ainsi tout en affirmant faire tout pour sa fille, il n'avait jamais pu supporter que cette dernière s'attache tant soit peu à lui. Ce qui se traduisait par des comportements éminemment contradictoires, par exemple, exiger qu'elle fasse des études et refuser de les lui payer, la déclarer grande et indépendante dès le plus jeune âge et lui reprocher de ne pas s'intéresser à la famille, etc., etc. La mère, pour d'autres raisons que le père, avait une attitude absolument symétrique niant toute valeur au père. Les parents n'avaient jamais la moindre divergence d'opinion, mais ne montraient aucun geste de tendresse l'un vis-à-vis de l'autre. A l'égard d'Esther ils *exigeaient* d'elle qu'elle soit indépendante.

Cet exemple n'est là que pour montrer les positions originelles des parents : "*l'idée*" partagée par le couple pourrait se résumer ainsi : en ce qui concerne le père : il est très dangereux qu'un désir quelconque de ma fille se porte sur moi. En ce qui concerne la mère : il est très dangereux de s'attacher sexuellement à un homme. Dans son passé, cette mère n'avait pu compter sur un père gravement dépressif. Les conséquences de cette conception partagée par les deux parents, sont faciles à déduire : les transactions familiales visaient à écarter du champ sémantique familial toute "idée" portant sur la différence des sexes, sur les échanges sexuels et la scène primitive, sur la séduction : la séduction ne peut pas avoir lieu, par exemple, puisqu'il n'y a pas de différence sexuelle. Il n'y aura donc pas de tabou de l'inceste, les contacts sexuels ne seront pas vécus comme des échanges de deux sexes différents. Les transactions typiques et bien connues des familles schizophréniques, la pseudo-mutualité, (17) le double bind, (3) la lutte pour la définition de la relation, (12) doivent à mon avis être comprises en ce sens : elles ont pour but et pour fonction d'écarter constamment du champ sémantique familial les fantasmes originaires, en particulier celui de la castration. Tous les fantasmes originaires, de par l'entretien d'un mythe, celui du "parent-combiné", sont ainsi rejetés, c'est-à-dire maintenus hors du champ symbolique familial. Cette nécessité de les tenir "à distance" est

si forte qu'elle conduit à une homéostasie, parfois orageuse certes, mais d'une stabilité rarement trouvée ailleurs. Il va sans dire que très rapidement l'enfant apprendra à entretenir cette homéostasie, par une sorte de structure vide, de fantasmes qui sont l'envers des fantasmes, des échanges qui ne sont pas des échanges, des idées qui ne sont pas des idées. Et en ce sens, je crois rejoindre les thèses de P.-C. Racamier sur "les paradoxes des schizophrènes" (10). Les fantasmes originaires restent en quelque sorte bloqués dans la famille des *grands-parents*, ce qui ne laisse pas d'avoir des conséquences pratiques importantes sur le plan thérapeutique. Il y a longtemps déjà qu'on a évoqué l'idée que trois générations sont nécessaires pour "fabriquer un schizophrène". Il me paraît impossible de comprendre le fonctionnement symbolique de la famille du schizophrène sans recours aux grands-parents.

Que l'on me permette de revenir au mythe grec des origines : lorsque Gaia la Terre — mère toute-puissante apparut pour mettre un peu d'ordre et de stabilité dans le chaos, peut-être poussée par Eros, mais sans intervention de ce dernier, elle éprouva rapidement le besoin de mettre au monde de sa propre chair Ouranos, être à peine différencié d'elle. Tous deux restaient quasi collés l'un à l'autre et les enfants nés de cet accouplement restaient enfournés dans le ventre de la mère. Gaia se mit bientôt en colère et demanda à ses enfants de châtrer Ouranos le père, afin de mettre un peu de distance entre les deux. Chronos, le Temps, s'en chargea ; un certain espace apparut alors entre Ouranos et Gaia, qui ne se rencontraient plus qu'à intervalles plus ou moins espacés. A la confusion sexuelle succédait une certaine différenciation. Cependant, ainsi qu'on le sait, ce forfait de Chronos *provoqué par Gaia* n'avait pas eu que des effets bénéfiques et avait mis en branle toute sorte de puissances hostiles (les Erynnies, par exemple) s'opposant aux forces d'harmonie symbolisées par Aphrodite, née du sperme d'Ouranos tombé dans la mer ! Chronos ayant épousé Rhéa, la situation n'était pas encore stable puisque, par crainte de subir de la part de ses enfants le même sort qu'il avait fait connaître à Ouranos, il mangeait ces derniers. Ce n'est qu'à l'apparition de Zeus, protégé par sa mère des méfaits de Chronos, qu'après des conflits titanesques, ordre, lumière et stabilité apparurent dans l'Olympe. C'est à la *troisième génération* que la lumière apparaît.

De même, que c'est fort de l'expérience vécue par ses parents Rhéa et Chronos — avec leurs propres parents — Gaia et Ouranos — que Zeus put établir une certaine harmonie dans l'Olympe, après avoir combattu victorieusement les craintes de Chronos, de même c'est de la relation de ses parents aux grands-parents que l'enfant apprendra à mettre un peu d'harmonie et d'ordre dans la constellation relationnelle interiorisée de ses imagos parentales.

De même aussi que, c'est à l'intérieur de Gaia que Chronos put atteindre son père et le séparer de sa mère, de même c'est à l'intérieur de la mère que l'enfant commence par atteindre son père pour l'en distinguer (censure de l'amante). Mais si l'enfant n'a d'autre ressource que de demeurer constamment confronté à un "parent-combiné", une mère-père, il n'a d'autre référence que le Chaos pour en expliquer l'origine. C'est le lot du schizophrène.

Du mythe au rituel

Je viens d'évoquer la dimension du mythe collectif, dans la description du fonctionnement de la famille du schizophrène. Or je crois que cela n'est pas suffisant : le mythe est, dit-on, une explication allégorique d'un problème difficilement exprimable autrement ; le fantasme, lui, étant l'expression imagée du principe de plaisir, selon la théorie freudienne. Un mythe peut ainsi être considéré comme une explication *a posteriori* d'un problème historique. Que l'histoire d'Adam et Eve soit vraie ou fausse est en somme bien égal, l'important est qu'elle donne une *explication* d'un problème dépassé. De même Totem et Tabou. Dans ce que j'ai décrit du fonctionnement de la famille du schizophrène, j'ai parlé d'un comportement très particulier, "ritualisé", visant à entretenir dans l'*actuel* ce qui, pour nous, spectateurs, *serait un mythe* : l'idée d'une union tellement parfaite des parents qu'elle est une négation des différences, négation de la complémentarité, négation des conflits, négation de la blessure narcissique. En ce sens je crois que le mythe, pour les acteurs, n'est pas un mythe mais bel et bien une chose sacrée, au sens où G. Bateson l'entendrait probablement (2), dans la mesure où les acteurs de la tragédie en cours *n'ont pas le droit de douter* de la réalité de ce qui est joué. On ne saurait parler non plus, dans de tels cas, d'une sorte de "tabou" de la sexualité, il s'agit plutôt d'un rite respecté par tous les membres de la famille, visant à prouver la valeur absolue, la réalité, d'une absence de différence entre les uns et les autres ; en bref un hymne à la toute puissance narcissique de chacun, à la dénégation des besoins et des désirs. Mais ceci n'est visible que pour l'œil exercé du psychanalyste désirant comprendre le sens caché de ce qui se passe sur la scène familiale. La transgression des règles, dans un tel cas, est donc extrêmement dangereuse et ne saurait qu'aboutir au rejet du transgresseur par les autres membres, à une sorte d'excommunication.

Je pense d'ailleurs que toute société, sans s'en rendre compte toujours, se soude grâce à de nombreux actes sacrés qu'il est interdit de trahir. Il n'est que de voir les réactions de chaque groupe social à toute tentative d'introduire une nouveauté, un mode de pensée nouveau

(voir Copernic, par exemple). Ce phénomène se retrouve dans les familles de névrosés, mais je ne puis m'y attarder.

A propos de l'homéostasie familiale

Le problème de l'homéostasie a été amplement discuté par les thérapeutes de famille, en particulier par l'école de Palo-Alto. Cette homéostasie se traduit par une suite de transactions sur le modèle du "jeu sans fin" bien connu. Je crois avoir montré, dans ce qui précède, que, derrière ce jeu sans fin, se cache pratiquement toujours la problématique des origines ; c'est du moins mon hypothèse. Les transactions survenant dans les familles des schizophrènes visent à empêcher l'apparition des symboles des origines dans le champ sémantique familial, en entretenant, par tout un rituel, le mythe d'un "parent-combiné". Ce qui paraît expliquer l'absence de vie intrapsychique cohérente que l'on découvre chez les *individus* schizophrènes. Ces derniers peuvent parfois dire la vérité, mais dans des moments de crise, et lorsqu'ils la disent, ils la disqualifient tout aussitôt, puisque ce n'est qu'en étant fous aux yeux des autres, qu'ils peuvent s'exprimer. Il s'agit du mouvement "d'insanisation" décrit par Racamier (10). La dédélitction totale des schizophrènes s'explique par le fait qu'ils n'ont d'autre point de référence que le chaos pour expliquer l'origine des parents.

Par opposition à ce mode de fonctionnement, les familles névrotiques ont un comportement plus différencié : ces familles semblent aussi s'organiser autour d'un mythe, d'un fantasme partagé, destiné à éviter le plein affrontement de la problématique oedipienne. Les fantasmes circulent plus librement, dans la mesure où certaines différencences sont admises, différencences de génération, différencence sexuelle, etc. Pourtant on remarque chez elles certains points de fixation critiques où se focalisent tous les conflits, mais autour desquels s'organise l'homéostasie familiale. Sous-jacente à ces zones conflictuelles, on décèle toujours la problématique des origines : l'organisation est plus souple, dans la mesure où certains fantasmes sont autorisés à circuler, mais on décèle des tendances homéostatiques organisées autour d'un des mythes des origines, variant selon le degré de maturation de la famille. Selon moi, les actes des membres d'une telle famille, visant à une homéostasie sous-tendue par une mythologie semblable, aboutissent à une distorsion de l'organisation fantasmatique des enfants par des mises en scène constamment répétées. Ceci touche évidemment le problème de la dialectique entre l'acte et la parole, celui du processus de fantasmatisation et de symbolisation dans la famille.

Conclusions

Laplanche et Pontalis lient l'avènement des fantasmes originaires à l'apparition de l'auto-érotisation chez l'enfant, moment "où la sexualité se détache de tout objet naturel, se voit livrée aux fantasmes..." (9). En tentant de montrer, d'un autre point de vue, qu'ils se forment chez l'enfant au moment où le besoin cède progressivement de la place au désir, je rejoignais cette conception.

J'ai voulu relever qu'ils sont directement liés à la manière dont parents et enfant vont se situer par rapport à la problématique des origines ; ils me paraissent transcrire : chez l'enfant, différents stades maturatifs ; dans la famille, différents niveaux d'organisation de la vie instinctuelle familiale.

J'ai voulu observer comment l'ensemble familial s'adapte d'une part à l'évolution maturative de l'enfant, d'autre part, à cette situation dynamique très particulière qu'est le noyau familial fait de trois membres aux caractéristiques nettement distinctes (différence sexuelle — dépendance). Inscrits principalement dans la structure même du triangle père — mère — enfant, les fantasmes originaires traduisent différents niveaux maturatifs tant de l'enfant que du fonctionnement de l'ensemble familial. On pourrait dire que fantasmes individuels, organisation familiale et comportements respectifs sont en rapport dynamique et que les mythes collectifs sont le produit de l'équilibre des "forces" en présence. Les actes des parents, le jeu subtil de leurs échanges vont permettre ou ne pas permettre à l'enfant de se forger son monde intérieur. Ils s'articulent avec les puissances quasi divines des grands-parents et c'est par rapport à ces grands-parents qu'ils devraient prendre leur sens véritable, ignoré de celui qui agit, en s'intégrant dans un ordre qui dépasse les individus en présence et leur échappe.

La démarche des parents est aussi active que celle de l'enfant dans la structuration des fantasmes de ce dernier. Les parents doivent être capables de retrouver en eux, au bon moment, le même fantasme que l'enfant est en train de former en fonction de l'évolution de son équilibre pulsionnel ; c'est ainsi que se forgera leur entente et leur enrichissement mutuel. Cependant les craintes provoquées chez les parents par les poussées maturatives de l'enfant, renforcées par les mouvements régressifs nécessaires à la compréhension de ce dernier et au rapprochement, semblent parfois si vives qu'elles conduisent les membres à des comportements répétés, qui n'ont d'autres buts que d'empêcher certains fantasmes d'apparaître dans l'espace qui les unit et les sépare. On aboutit alors à des situations homéostatiques liées à des mythes d'origine plus primitifs, que le mythe d'Oedipe, mythes qu'il s'agit d'entretenir et de renforcer par des actes ritualisés ce qui nuit à des échanges plus enrichissants. Dans toute famille existent au moins

deux projets, celui de l'enfant et celui des parents. Lorsque les projets concordent et qu'ils aboutissent à une bonne définition des identités de chacun, tout va bien. Mais s'ils sont conflictuels — comme dans les familles de schizophrènes, où le but des parents est de ne pas définir leurs identités sexuelles respectives, alors que l'enfant a besoin d'une telle définition — la famille devient un bouillon de culture névrotique ou psychotique.

RESUME

Cet article, issu d'une expérience tant en psychanalyse individuelle qu'en thérapie familiale, reflète quelques premières élaborations concernant l'articulation possible de certains comportements répétitifs dans la famille et la problématique fantasmatique sous-jacente. Rejoignant l'idée de Ferreira sur les mythes familiaux, l'auteur tente d'illustrer l'hypothèse qu'à chaque niveau de fonctionnement homéostatique correspond une mythologie familiale fondée sur l'aménagement de la sexualité dans la famille ! Cette mythologie est en tout point semblable, quant à sa structure, aux fantasmes originaires bien connus qui, selon Freud, traduisent une problématique sexuelle universelle. D'après l'auteur les "idées" contenues dans les fantasmes originaires peuvent traduire le niveau de maturation sexuelle de l'ensemble familial, à savoir, refléter les comportements autorisés ou interdits dans la famille, sans préjuger de l'organisation psychique individuelle des parents. Pour diverses raisons (pas toujours évidentes et parfois extérieures à la famille) les parents peuvent ne pas accepter certaines phases maturatives de l'enfant et inconsciemment créer des tabous qui dépassent de loin celui de l'inceste puisque, dans l'organisation de famille à enfant schizophrène, c'est la complémentarité sexuelle elle-même qui est déniée et la différence des générations.

Cependant, des difficultés sémantiques peuvent aboutir à des malentendus ; il conviendrait de bien distinguer le mythe familial du fantasme individuel, comme il conviendrait de distinguer le mythe que l'observateur peut déduire des comportements répétitifs de celui qui est exprimé à haute voix par les membres de la famille. Un effort de clarification devrait être fait à ce propos.

SUMMARY

This paper, based both on individual psychoanalytical experience and family therapy, reflects some first elaborations concerning the possible connections between certain repetitive patterns of behaviour and the underlying fantasies. The author agrees with Ferreira's opinion

about myths correlated to family homeostasis. He utters the hypothesis that such myths are based on the organisation of sexuality inside the family : the structure of these myths is the same as the one of the Primal fantasies that, according to Freud, express universal human ideas about sexuality. The author emphasizes the fact that the meaning of the primal fantasies seems to reflect levels of sexual maturation in the whole family : it defines both authorized and forbidden behaviours in the group, but not parents' individual psychic organisation.

Different reasons depending sometimes on external factors may prevent parents from accepting certain child's maturational phases : thus "taboos" are established that are much stronger than incest taboo : for example, in families where one member suffers from schizophrenia, it is sexual complementarity itself that is denied as well as difference of generations.

Nevertheless semantic difficulties may induce misunderstandings : it would be necessary to distinguish clearly family myth from individual fantasy, as well as myths expressed by the family itself from the ones that can only be inferred from behaviour patterns by one observer.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANZIEU, D. : *Le transfert paradoxal. De la communication paradoxale à la réaction thérapeutique négative*. Nouv. Rev. Psychanal 12, 49-72, 1975.
2. BATESON, G. : *Why a swan ?* In : Steps to an ecology of mind. Ballantine books, New York, 1972.
3. BATESON, G., JACKSON, D.D. and al. : *Toward a theory of Schizophrenia*. Behavior Sci, 1, 251-264, 1956.
4. BRAUNSCHWEIG, D. & FAIN, M. : *Eros et Anteros*. Payot, Paris, 1971.
5. FREUD, S. : *A case paranoia running counter to the psycho-analytical theory of the disease*. Collected papers, II Hogart Press, London.
6. GILLERON, E. : *Névrose et Famille*. In : Group therapy and social environment, H. Huber, Berne, pp. 189-197, 1973.
7. KAUFMANN, L. : *L'Oedipe dans la famille des schizophrènes*. Rev. franc. Psychanal., 31 : 1145-1150, 1967.
8. LAGACHE, D. : *La doctrine freudienne et la thérapie du transfert*. J. Int. Psychother., 1954.
9. LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. : *Fantasmes originaires, fantasme des origines, origine du fantasme*. Les temps modernes. 215 : 1833-1868, 1964.
10. RACAMIER, P.-C. : *Les paradoxes des schizophrènes*. Rapport présenté au XXXVIII Congrès des psychanalystes de langues romanes à Florence. PUF, Paris, 1978.
11. RACAMIER, P.-C. : *Propos sur la réalité dans la théorie psychanalytique*. Rev. franc. Psychanal., 26 : 675-710, 1962.

A propos de : "L'INVESTIGATION PSYCHOSOMATIQUE" ...

Mouvements familiaux de vie et de mort

ou

L'accès d'Adèle à la cohabitation

B. Froussart

Je vais tenter, à partir d'une observation publiée de Pierre Marty¹ de préciser les conditions familiales d'écllosion d'un désir de cohabiter avec ses conduites de réalisation chez une consultante souffrant de troubles psychosomatique bénins.

Je souhaite dégager l'apport original dû à une lecture familiale d'un texte clinique élaboré dans un cadre psychanalytique élargi² à partir d'un entretien fidèlement enregistré et soigneusement analysé hors de toute conceptualisation "familialiste".

Définir une situation familiale déclencheuse, chez un individu, de motivations, de comportements, de conduites concernant son groupe naturel, associés à une symptomatologie, tel sera l'objectif principal de cette analyse.

Tri et repartition des données d'examen

Pour la commodité du traitement familial d'un matériel recueilli dans un cadre psychothérapeutique "personnaliste" par une équipe de psychosomaticiens de formation psychanalytique centrés sur le sujet, son monde interne et l'aire de transfert intrahospitalière, nous avons distingué dans l'investigation trois groupes de données.

Celles concernant les membres de la famille de la consultante et son environnement familial connu.

De cette toile de fond familiale nous distinguerons le matériel concernant la patiente elle-même, à l'exclusion de ses symptômes

¹ MARTY P., DE MUZAN M., DAVID C., L'INVESTIGATION PSYCHOSOMATIQUE, P.U.F. Paris, 1963.

² L'Ecole psychosomatique de P. Marty s'attachant à l'étude des structures peu mentalisées dites "opératoires" ne recoure pas dans leur traitement à la cure psychanalytique type.

12. SELVINI, M. & Coll. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1978.
13. SKYNNER, A.C.R. : *A group-analytic approach to conjoint family therapy*. J. Child Psychiat. Psychology, vol. 10, 1969.
14. STERLIN, H. : *Group fantasies and Family Myths - Some theoretical and practical aspects*. Family Process, 12, 2, pp. 111-125, 1973.
15. VIDERMANN, S. : *La construction de l'espace analytique*, Denoël, Paris, 1970.
16. WINNICOTT, D.-W. : *Playing and Reality*. Tavistock, London, 1971.
17. WYNNE, L. & SINGER, M.T. : *Thought disorders and Family relations of schizophrenics*. Arch. Gen. Psychiat., 9 : 191-206, 1963.

médicaux : motivations, comportements, conduites non symptomatiques au sens médical usuel constitueront les données de ce second groupe.

Le troisième groupe de données réunira les symptômes de la patiente auto-désignée avec leurs réponses médicales standardisées.

La configuration symptomatique

ADÈLE G. se présente comme une femme ayant largement dépassé la quarantaine³, d'allure assez juvénile et sthénique, venant sur recommandation de son dernier médecin traitant à une double consultation hospitalière spécialisée. Elle se plaint d'être malade depuis 7 mois.

Elle souffre de maux de tête et craint qu'ils ne soient liés à une affection cancéreuse. Elle entend mal de l'oreille droite dont elle souffre également et pour laquelle elle aurait une consultation distincte de celle dans laquelle elle est présentement engagée.

Elle se trouve de plus en plus nerveuse tandis qu'autrefois elle était d'un calme exceptionnel attesté par sa profession de couturière employée et ayant à faire face à une clientèle exigeante.

Nous sommes fin décembre. En juin dernier ADÈLE G. a consulté un premier médecin à Bobigny où elle habite depuis peu. Le motif de la consultation sont des maux de tête apparus le mois précédent et qui l'inquiètent et lui font penser à un cancer possible. L'ordonnance lui prescrit pilules et gouttes deux mois durant, donc jusqu'en août.

Le traitement ne produisant pas l'effet attendu, ADÈLE G. abandonne ce médecin à la faveur d'une radiographie qu'il lui prescrit de se faire faire et s'adresse à un médecin parisien qui va la suivre 5 mois, la mettre en congé maladie et l'adresser à la consultation hospitalière de Psychosomatique du Service de Cliniques neuro-chirurgie du Pr. Marcel David où se déroule l'entretien.

Selon ADÈLE G. tout viendrait d'une chute apparemment bénigne qu'elle aurait faite dans sa cuisine de Bobigny, le samedi 16 mai. Elle se serait d'abord soignée elle-même sans s'écouter et n'aurait recouru aux services d'un médecin qu'en juin. Elle n'aurait pas repris son travail au retour des congés d'Août sur lesquels l'entretien demeure presque muet.

³ L'attribution des troubles à la ménopause par le premier médecin traitant, une remarque d'ADÈLE G. en fin d'entretien : "J'ai plus 20 ans ou 25 ans", l'âge auquel elle perdit son père : 5 ans en 1914, la date de parution de l'ouvrage de P. Marty : 1963 et le fait que le 15 mai dont on parlera, soit un vendredi ne permet que 1953 ou 1959 comme année de l'investigation, soit 44 ou 50 ans pour la patiente, ceci confirmé par l'âge des fils de la cadette.

Mouvements individuels non symptomatiques

Ayant inventorié les principales conduites de détresse permettant signalisation et prise en charge médicale, nous allons tracer le tableau des "mouvements individuels" d'ADÈLE.

On observe d'abord un déménagement : ADÈLE quitte le 15 mai un meublé parisien humide, installé dans un rez-de-chaussée, où elle habitait seule tandis qu'elle fréquentait un homme marié dont le récent divorce leur permet à tous deux d'envisager la vie commune.

L'emménagement du 16 à Bobigny inaugure pour elle la vie commune avec son compagnon. La chute dans la cuisine de Bobigny est un discret indicateur de l'importance de ce changement pour la future patiente.⁴

Elle évoque ce changement comme s'il la concernait seule au point que l'investigateur aura une certaine difficulté à connaître la liaison et les caractéristiques que l'on connaîtra ultérieurement, l'irrégularité de sa situation matrimoniale.

La persistance de l'investigateur à l'explorer s'explique par le fait qu'il considère la cohabitation d'ADÈLE comme "la prise de position oedipienne" de la patiente. A plusieurs reprises il laissera percer son étonnement — dans le commentaire de son observation — d'être devant une femme entre deux âges, qui se plant et manifeste un évident appétit de vivre.

Il la questionnera afin de savoir pourquoi elle ne s'est pas mariée plus jeune car elle lui paraît assez bien équipée. ADÈLE lui répondra que des partis lui demandèrent sa main, par le passé mais qu'alors cela ne lui disait rien.

Pour tenter d'élucider un accès aussi tardif à une relation oedipienne évoluée, il va explorer certaines caractéristiques de ce désir de mariage, sa solidité par exemple.

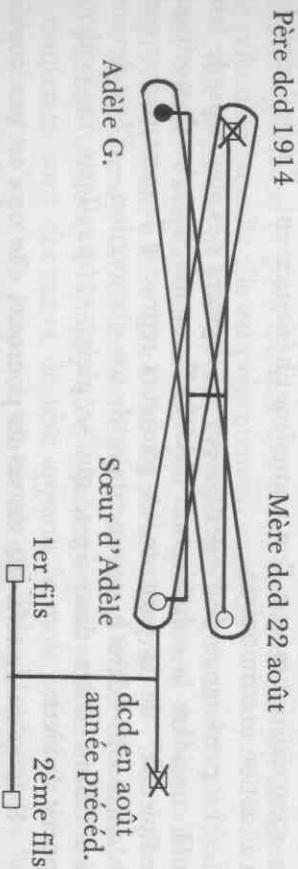
ADÈLE G. lui dira qu'elle sait ce qu'elle veut : elle cache son lien et son nouveau ménage aux amis bien pensants qui ne la verraient pas en concubinage et vivant "hors mariage" avec un divorcé. Elle va jusqu'à rendre visite pendant l'été à sa mère, à Macon, avec son compagnon et le lui présente comme son mari en lui cachant sa situation de divorcé ne pouvant lui permettre de bénéficier d'un mariage religieux.

⁴ Nous considérons les chutes si banales soient-elles comme Freud considérait les actes manqués, au point d'en faire une catégorie contenant tous les accidents qui deviennent dès lors des troubles de la vigilance au côté des troubles organiques, mentaux ou comportementaux, chacune de ces catégories ayant ses lieux sociaux de traitement.

Malgré le souhait que l'on pourrait avoir de lui découvrir une quelconque culpabilité d'avoir trompé la mère, il ne semble pas qu'on puisse en relever d'indices cliniquement assurés.

Au terme de l'investigation, l'analyste n'en connaît pas d'avantage sur les "racines" du désir d'ADELLE G. de vouloir paraître mariée et en situation matrimoniale régulière, sur la volonté affirmée de la consultante à protéger son union du regard de l'investigateur, sur sa volonté de la régulariser à tout prix par une présentation du partenaire à la mère âgée et malade, et sur le fait qu'elle s'entoure de symptômes et de recours extra familiaux (les deux médecins) mystérieusement liés à cette union, dans le temps.

Je commencerai l'examen de la toile de fond familiale de la patiente auto-désignée (puisqu'elle-même s'estime malade) par son génogramme sommaire tracé à partir de l'entretien publié.



Le père est tué à 30 ans dès le début des hostilités de la guerre de 1914. Il laisse une veuve qui ne se remariera pas, travaillera, abandonnant à sa fille aînée, Adèle, le soin de la remplacer à la maison. Sollicitée, Adèle évoquera la disparition du père comme un événement plutôt positif, ayant soulagé la mère, car il buvait.

Tandis qu'elle dit ressembler à sa mère dont elle a la petite taille, la cadette ressemble à son père dont elle a le teint brun et la grande taille. Adèle l'aînée demeurera longtemps célibataire, refusant les partis, comme sa mère est veuve. La cadette se mariera en premier.

On se trouve devant un système de collatéralité bien défini quant aux rôles ou fonctions génitrices : célibat avec évitement du mariage chez la première qui ressemble à la mère sans compagnon depuis son veuvage, dont elle se tient éloignée spatialement parlant (Paris-Macon) et dont elle était le bras droit à la maison quand les enfants étaient jeunes. Mariage assez précoce chez la seconde avec deux fils en âge d'accomplir leur service militaire et dont le premier fait la guerre d'Algérie, le second s'appropriant à partir de lui aussi. Cette cadette est mentionnée par ailleurs dans l'entretien comme vivant à Macon près de

la mère. Ainsi la cadette semble-t-elle chargée dans un premier temps des fonctions de perpétuation du groupe, des fonctions génitrices, l'aînée ayant collaboré au nourrissage de la cadette, tandis que la mère travaillait.

C'est l'année précédant celle de l'entretien qu'a lieu l'événement inaugurant la série des mouvements familiaux de vie et de mort : la cadette perd son mari d'un cancer de l'estomac; outre que ce dernier ne part pas dans un contexte familial banal puisque son premier fils est à la guerre et que le second s'approprie à y être également envoyé, ce qui confronte le père aux premières grandes séparations parentales d'avec les fils, associées familialement et conjoncturellement à des risques vitaux pour ces derniers, ADELLE G. va alors accéder à la nuptialité dans le temps du deuil du beau-frère.

On observe dans ce temps du deuil que le "Monsieur" qu'ADELLE fréquentait divorce enfin ce qui suggère qu'ADELLE lui a permis d'être efficace dans le processus de sa séparation d'avec sa précédente épouse, en l'agréant comme parti et en lui permettant d'imaginer la vie commune avec elle.

Neuf mois après la disparition de son beau-frère, du mois d'août au mois de mai, le temps de faire un enfant, ADELLE nous place devant le déménagement, l'emménagement, la nidification en quelque sorte.

Puis commencent les ennuis : chute dans une cuisine, apparition d'une symptomatologie signalisatrice d'un ajustement difficile au changement, recours aux médecins, cessation d'un travail moins nécessaire que lorsqu'elle vivait seule, cachotteries aux amis et à la famille des caractéristiques irrégulières de sa situation de couple.

La mère décède le 29 août à 79 ans laissant la cadette avec qui elle vivait "seule, très seule". La solitude de la plus jeune va devenir un des soucis majeurs de l'aînée dans la finale de l'entretien. Elle ne paraît pas éprouver en effet de tristesse excessive d'avoir perdu la mère.

Ce décès à la différence du premier n'a rien inauguré. Il a fait disparaître le premier objet d'amour des deux sœurs mais dont bénéficiait particulièrement la plus jeune dans sa situation de deuil, et de veuvage.

La différenciation au sein du sous-système des collatéraux opérée par l'option célibat de l'aînée qui l'assimile à la mère sans parti depuis la disparition du père qui favorisait l'aînée dans sa fonction de co-éleveuse et de nourricière active est subitement annulée par le veuvage de la cadette.

La mort d'un allié rompt l'équilibre dans le sous système des collatéraux au niveau des différenciations fraternelles puisque la cadette mariée la première et qui assura la perpétuation du groupe devient veuve comme la mère et officiellement sans homme comme son aînée.

Si la cadette perd son mari, elle doit également dans le même temps affronter la séparation d'avec ses grands fils qui la quittent pour partir à la guerre comme leur grand-père maternel qui y trouva la mort.

La perte du mari confronte la cadette à rechercher des alliances compensatoires qu'elle trouve auprès de la mère avec qui elle habite et à qui elle s'assimile de plus en plus.

La mère plus occupée et possédée par la cadette endeuillée et proche confronte ADELLE à un changement important que l'on peut étiqueter "perte partielle de mère". C'est dans ce moment familial, filial et fraternel de moindre différenciation et de perte de mère qu'ADELLE désire se marier et entame le processus de nuptialité auquel on assiste.

Le créneau libidinal qui rend possible et désirable à l'aînée ce qu'elle n'avait jamais souhaité auparavant et qu'elle avait refusé activement est provoqué par les effets familiaux de la mort du beau-frère dans les rapports mère - filles.

L'aînée est confrontée pour survivre dans ce contexte de frustration primaire archaïque à rechercher une alliance, des alliances extra-familiales. En cohabitait avec le "Monsieur" elle opère à nouveau une différenciation d'avec sa cadette qui fait son deuil d'un mari tandis qu'elle en acquiert un.

Cette cohabitation lui offre la possibilité de compenser la perte partielle de mère qu'elle doit actuellement subir en pouvant espérer un gain de caresses.

Les fonctions de cet accès tardif à la nuptialité chez une aînée dépassent largement le cadre de la personne puisqu'il s'agit - à la différence d'une liaison sans cohabitation et occultée familialement - d'un processus social engageant en principe la question de la perpétuation du groupe familial, supposant des rapports différents aux parents que l'on confronte à un changement et à des pertes.

ADELLE exprime à sa façon la socialité de son engagement et la fonction familiale qu'il peut avoir : en faisant une démarche importante de présentation de son compagnon à la mère et nécessairement à la sœur, donc à la famille et en se déclarant mariée toutes choses visant à bénéficier des bénédictions et agréments familiaux primordiaux.

Ainsi par son union et sa situation matrimoniale pleine d'intérêt et de mystère, contrepoint du veuvage de sa cadette mobilisant la mère, ADELLE tente de recentrer un peu d'intérêt sur elle.

L'aînée est chargé maintenant de réparer la perte familiale en fondant un couple porteur d'espérance de perpétuation pour le groupe. Le temps d'une grossesse pour y accéder, la nidification de Bobigny. Le fait de ne plus travailler pour se faire paterner, le désir de régulariser l'union et de la faire reconnaître par les instances qui comptent pour la

patiente : la mère, sont autant d'indices qu'ADELLE fonde un foyer comme sa mère en a eu un et comme sa sœur n'en n'a plus.

L'élément discret de phobie du cancer ralie sans ambiguïté ADELLE à son beau-frère décédé et la situe bien dans la séquence des effets familiaux de la disparition de ce dernier.

Quant à l'objet interne inappréhensible par l'investigateur malgré sa quête il me plaît de penser qu'il s'agit de l'enfant possible dont ADELLE a besoin pour réparer la blessure familiale, mobiliser la mère et justifier l'union.

Si ADELLE obtient en août l'aval de la mère qui meurt sans la renier ni la culpabiliser il manque celui de la cadette. En effet l'entretien se clôture sur l'inquiétude de l'aînée entraînée à nourrir et à étayer la mère auprès de la plus jeune ("Que j'explique ce que j'ai fait à dîner?" dit-elle en début d'entretien fournissant ainsi un indicateur de son fonctionnement plus nourricier qu'oral passif), inquiétude concernant la sœur cadette.

L'investigation centrée exclusivement sur la cliente comme c'est le cas pour ADELLE G. ne permet pas d'être attentif au bouleversement de l'économie de collatéralité. Dans le cas d'ADELLE, patiente auto-désignée et porteuse de symptômes, l'analyse familiale permet de voir à quel point la grande perdante familiale est la cadette absente puisqu'elle perd son mari, sa mère dont elle est proche et presque ses deux fils ainsi qu'une partie de sa sœur aînée moins disponible et qui la renvoie à son couple perdu.

Dans ce cadre interprétatif, le traitement de la configuration symptomatique passe par l'accueil compréhensif des fonctions familiales de l'accès tardif d'ADELLE à la nuptialité, par le sculpting de son couple et l'élaboration des rapports de reconnaissance et par la famille et par la belle famille dont il n'est dit mot dans l'entretien.

Par des compensations symboliques, rituelles ou autres, permettant à la cadette de panser ses blessures et d'oublier ses pertes, on peut espérer libérer l'aînée de sa sollicitude anxieuse primaire à l'égard de la plus jeune.

Cette sollicitude remplace la sollicitude de la mère n'ayant pas survécu aux changements familiaux survenus chez ses enfants et qui d'ailleurs a pu mourir après la mise en place du dispositif réparateur et virtuellement perpétuateur de son aînée.

La décentration thérapeutique de la patiente au bénéfice de la cadette, l'effort pour obtenir les agréments familiaux externes, le désinvestissement fondamental des symptômes entendus ici comme signaux de détresse plus que comme maladie proprement dite à traiter, pourraient avoir un singulier effet : le désinvestissement par la patiente

de ses partenaires médicaux successifs au bénéfice de son compagnon bien oublié.

Cela nécessite qu'on l'investisse tout comme sa famille, tout comme la cadette plutôt que d'investir préférentiellement des propositions de plus en plus invalidantes.

Le concubinage parisien d'ADELLE la concernait en priorité. Sa cohabitation concerne l'enfant potentiel, les générations, le groupe. La personne apparaît dès lors ordonnée aux desseins qui la dépassent dans le temps, et la surpassent quant au nombre. On comprend ainsi que le groupe fixe le temps d'apparition du désir personnel et le créneau des possibilités de réalisation.

L'apparition d'un couple dans une famille où vient précisément d'en disparaître un autre permet d'observer l'ordination ou la coordination de la personne au groupe qui l'a générée, et le cadre groupal du désir étudié surtout du point de vue individuel.

Devant le cas d'ADELLE on peut se demander jusqu'où nous conduira l'analyse familiale. Elle oriente vers la découverte des aspects groupaux du moi individuel et de connections inaperçues jusqu'à présent.

Mais grâce à sa symptomatologie et donc à sa situation de maladie, ADELLE nous permet d'imaginer que les gens tout à fait normaux dans notre culture ne sauraient être aussi dépendants de leur famille d'origine. Aussi est-on encore en droit de penser que la personne humaine, saine et sans symptômes, est souveraine, autonome, moins dépendante d'autrui qu'il n'y paraît et en droit sinon en fait maîtresse d'elle-même comme de l'univers.

B. Froussart

Psychoclinicien, C.H.S. Dijon

RESUME

Analyse d'une observation publiée par P. Marty des conditions familiales de décloison d'un désir de cohabiter, avec ses conduites de réalisation chez une consultante souffrant de troubles psychosomatiques bénins.

SUMMARY

B. Froussart : Analysis of an observation published by P. Marty, of the family conditions leading to the expression of the desire to cohabitate, with the behavior leading to it's actualization in a patient suffering from minor psychosomatic troubles.

INFORMATIONS TECHNIQUES

A la demande de nombreux lecteurs, il nous a paru opportun d'ouvrir nos pages à des spécialistes et à des maisons en mesure de nous informer sur l'évolution des techniques audio-visuelles.

Cette rubrique n'engage pas la responsabilité de la rédaction.

SOFT AUDIOVISUEL

50 rue des rancy Lyon 69003

études — conseils

REALISATION D'EQUIPEMENT VIDEO

PRODUCTION VIDEO COULEUR

MONTAGE VIDEO

TELECINEMA PAL SECAM

TRANSCODAGE PAL.SECAM SECAM.PAL

DUPLICATION CASSETTES

POUR TOUTE INFORMATION N'HESITEZ PAS A APPELER :

MARC PIEGAY, TEL. (16) 7 860 66 90

TELEVISION EN CIRCUIT FERME

Conditions générales :

La Société SOFT - SONY - Vidéo se propose, dans un premier temps, c'est le but de cet article, de faire le point :

- la standardisation
- le matériel
- les techniques

La vidéo est, sans nul doute, un des supports d'enregistrement et de diffusion le plus souple, mais la diversité des standards condamne, parfois, trop souvent, toute possibilité de communication de documents magnétoscopés.

INFORMATIONS

I.F.A.T.C.
24, rue Camélinat, 42000 — SAINT-ETIENNE

ATELIERS DE FORMATION A LA THERAPIE FAMILIALE

L'I.F.A.C.T. en plus de ses activités régulières de formation (cycles de formation sur trois ans, stages intensifs etc...) propose pour l'année 1980-1981, un programme de quatre ateliers de formation à la Thérapie Familiale, ouverts à toutes les personnes intéressées.

Ces ateliers sont strictement limités à 18/22 participants.

1) LE 7 NOVEMBRE 1980

Rosemary WHIFFEN — Co-responsable du Département de Thérapie Familiale de la Tavistock Clinic (Londres)

2) FEVRIER 1981 (deux jours)

(la date est à préciser)

Helena LEBENSOHN, Psychologue

Fidel LEBENSOHN, Psychiatre

Co-Directeurs du Centre de Thérapie Familiale

de Rosario (Argentine)

Thème de l'atelier :

"Thérapies Sexuelles"

3) Le 25 AVRIL 1981

Carmine SACCU, Psychiatre, Vice-Président

de la Commission Scientifique de la Société Italienne

de Thérapie Familiale — Co-Directeur du Centre d'Etude

de la Communication dans le Système (Rome)

4) 24 et 25 JUIN 1981

Carlos SLUSKI, Psychiatre

Directeur du Mental Research Institute

de Palo Alto (Californie)

Thérapie Familiale, Genève, 1980, vol. 1, No 3, p. 295-296

LA NOUVELLE ALLIANCE METAMORPHOSE DE LA SCIENCE

Ilya PRIGOGINE et Isabelle STENGERS
Editions NRF — Gallimard. Bibliothèque des Sciences Humaines

L'objectif de cet ouvrage est de décrire l'évolution de la science dans ses prétentions, ses besoins, ses possibilités ; le lecteur se rend vite compte que le terme de "métamorphose" n'a rien d'excessif. Si la science classique imposait un choix entre la vision d'un homme foncièrement étranger au monde et le refus du seul mode fécond de dialogue avec la nature, les auteurs pensent que ce dilemme est solidaire des illusions certitudes et refus de cette même science. L'enjeu du livre est alors de contribuer à mettre fin à cette illusion.

L'autorité scientifique des auteurs, Ilya Prigogine a reçu le prix Nobel de chimie en 1977 et Isabelle Stengers, à la fois chimiste et philosophe, collabore à l'Institut international de physique et de chimie de Bruxelles, donne à l'ouvrage un relief marqué. Pour eux nous n'avons plus le droit d'affirmer que le seul but digne de la science est la découverte du monde depuis un point de vue extérieur avec la conviction que le microscopique est simple, régi par des lois mathématiques simples. Au contraire, la science se doit de se reconnaître comme partie intégrale de la culture au sein de laquelle elle se développe. L'une des thèses de l'ouvrage est alors d'affirmer l'interaction entre les questions produites par la culture et l'évolution conceptuelle de la science au sein de cette même culture. La science classique, la science mythique d'un monde simple et passif est en train de mourir, tuée non pas par la critique philosophique, non pas par la désignation empiriste mais par son développement même. C'est ce développement que les auteurs nous décrivent en une fresque magistrale de près de 300 pages pour conclure que la "science aujourd'hui ne peut plus se donner le droit de nier la pertinence et l'intérêt d'autres points de vue, de refuser en particulier d'entendre ceux des sciences humaines, de la philosophie, de l'art".

Il s'agit d'un ouvrage véritablement exceptionnel dont la lecture passionnante ne peut être que conseillée à tous ceux qui tentent de situer dans un effort d'ouverture le sens de leur pratique scientifique.

J.-J. Eisenring

**LE CONSEIL CONJUGAL
Pourquoi et comment ?**

Renée Marti

et Any Chameroxy, Janine Deiber, Marie-Claude Josserand,

Colette Reynaud, Denise Vermin

Les Editions ESF, Paris, 1980

Dans cet ouvrage de 160 pages environ, les auteurs traitent quelques-unes des questions de base concernant le conseil conjugal. Il s'agit d'une réflexion d'une équipe de conseillers conjugaux se situant dans une orientation psychanalytique.

Les 100 premières pages essaient de donner une réponse à la question qui conditionne toute leur action : qu'est-ce qu'un couple. Cela est fait de façon assez originale, émaillée d'exemples bien choisis et bien discutés.

La deuxième partie est à notre avis un peu trop brève et ne peut qu'esquisser certaines dimensions du conseil conjugal en partant en particulier des différentes techniques d'aide aux couples.

Quelques perspectives d'avenir sont évoquées en fin d'ouvrage.

J.-J. Eisening

INFORMATIONS

**COURS ESTIVAUX DE THERAPIE DE LA FAMILLE
POUR ETRANGERS**

Cours intensif de Thérapie Familiale d'une durée de quatre semaines du 1er Juin au 30 Juin 1980.

FINALITE DU COURS

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

ORGANISATION

Le Docteur Andolfi et le Docteur Menghi dirigeront le cours en anglais ; le Docteur Saccu et le Docteur Nicolò dirigeront le cours en français.

ACTIVITES

Travail clinique, participation à des groupes de training, observation de la supervision directe, séminaires théoriques, vision et étude de vidéo-cassettes cliniques, supervision indirecte, simulations, apprentissage de la façon de conduire des groupes en formation, workshop de deux jours.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

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

PRIX DU COURS

\$1000. Il comprend les activités décrites plus haut ainsi que les frais de traduction, de l'emploi du matériel vidéo de l'Institut et du matériel didactique et scientifique qui sera fourni.

DEMANDES DE PARTICIPATION

La demande sera adressée au Dr. Maurizio Andolfi, Responsable du cours, avant et pas plus tard que février 1981 à l'adresse suivante :

Dr. MAURIZIO ANDOLFI
ISTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE
VIA RENO 30 - 00198 ROMA, ITALIA

Les intéressés devront faire parvenir leurs demandes de participation ainsi que leur *curriculum vitae* qui décrira les aspects les plus importants de la formation reçue en thérapie familiale et de leur propre activité.