

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones





THERAPIE FAMILIALE

Vol. I — 1980 — No 4

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Y. COLAS : Editorial	299
A.-M. NICOLO : L'emploi de la métaphore en thérapie familiale	301
T. CAZEJUST : Le modèle de thérapie familiale d'Epstein et la formation en psychiatrie familiale	325
E. DESOY, S. GOFFIN, A. WERY, G.L. JADOT et M. BOULANGER : L'état stable du système familial : une analyse organisationnelle	339
C. CHOURAQUI-SEPEL : L'histoire de Sophie	353
C. GUITTON-COHEN ADAD : Réalité systémique familiale et dépsychiatisation	367

CONTENTS

ORIGINALS

Y. COLAS : Editorial	299
A.-M. NICOLO : The use of the Metaphore in family Therapy	301
T. CAZEJUST : The Model of Epstein in Family Therapy and the Training in family Psychiatry	325
E. DESOY, S. GOFFIN, A. WERY, G.L. JADOT and M. BOULANGER : The Family Homeostasis : the organisational Analysis	339
C. CHOURAQUI-SEPEL : Sophie's History	353
C. GUITTON-COHEN ADAD : Systemic familial Reality and Depsychiatrisation	367



THERAPIE FAMILIALE

Vol. I — 1980 — No 4

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Y. COLAS : Editorial	299
A.-M. NICOLO : L'emploi de la métaphore en thérapie familiale	301
T. CAZEJUST : Le modèle de thérapie familiale d'Epstein et la formation en psychiatrie familiale	325
E. DESOY, S. GOFFIN, A. WERY, G.L. JADOT et M. BOULANGER : L'état stable du système familial : une analyse organisationnelle	339
C. CHOURAQUI-SEPEL : L'histoire de Sophie	353
C. GUITTON-COHEN ADAD : Réalité systémique familiale et dépsychiatisation	367

CONTENTS

ORIGINALS

Y. COLAS : Editorial	299
A.-M. NICOLO : The use of the Metaphore in family Therapy	301
T. CAZEJUST : The Model of Epstein in Family Therapy and the Training in family Psychiatry	325
E. DESOY, S. GOFFIN, A. WERY, G.L. JADOT and M. BOULANGER : The Family Homeostasis : the organisational Analysis	339
C. CHOURAQUI-SEPEL : Sophie's History	353
C. GUITTON-COHEN ADAD : Systemic familial Reality and Depsychiatrisation	367

EDITORIAL

L'afflux régulier de vos abonnements nous apporte, s'il en était besoin, la preuve que *Thérapie Familiale* répond à un besoin sur le marché francophone. Merci de votre confiance. Permettez-nous seulement de vous rappeler que cette revue est la vôtre et qu'elle doit être nourrie de vos apports pratiques et théoriques, de vos réflexions, de votre correspondance. Un effort continu pour sa meilleure diffusion doit nous permettre d'atteindre une dimension plus conforme à l'insertion des différentes matières que chacun voudrait y voir figurer. En particulier, nous souhaiterions recevoir plus d'articles émanant de travailleurs sociaux et exposant une pratique.

Mais c'est d'un tout autre aspect que nous voudrions vous entretenir cette fois. En effet, trois décès viennent de marquer le mouvement des thérapies familiales. Trois décès qui signent le départ de personnalités de premier plan trop peu connues en Europe ; ce qui, par contraste, nous fait encore mieux sentir le retard avec lequel s'effectue la diffusion des idées, des pratiques, mais aussi des conceptions originales. Car dans ce domaine, tout ou presque a été dit et écrit il y a maintenant près de 20 ans. Nous ne sommes que la troisième ou peut-être la quatrième génération de ceux qui ont emprunté des voies ouvertes par la reconsidération des modèles du dix-neuvième siècle. Et pourtant, pour la majorité d'entre nous, la lutte commence à peine avec son cortège de déviations et de récupérations.

Cependant, si nous parvenons à franchir les barrières des sectarismes, restent celles de l'économie. Avec quelques traductions prêtes, nous rencontrons en effet le souci bien compréhensible de rentabilité des éditeurs. Vos suggestions, votre aide peuvent être très précieuses à l'équipe d'amateurs — au meilleur sens du mot — qui anime ce périodique. Le taux de traductions dans le volume des publications annuelles va décroissant, pour des raisons de marché, de poids des droits de traduction. Cet obstacle à la libre circulation des idées est grave pour tous et plus encore pour notre mouvement. Mais peut-être avez-vous des solutions ?

Le retard à l'obtention des droits d'édition ne nous a pas permis de présenter dans ce numéro les textes par lesquels nous voudrions rendre hommage à Gregory Bateson (1904-1980), Milton Erickson (1902-1980), Albert Schefflen (1921-1980). Notre souci de présenter chacun d'entre eux par le meilleur échantillonnage des écrits non encore

publiés en français, comme l'exigence respectueuse de recourir, pour la présentation de chacun, à ceux des amis et collègues qui ont effectivement partagé leurs travaux, participent aussi à ce retard. Nous nous voyons donc contraints de reporter à un prochain numéro la parution de ces textes.

L'importance de la pensée de Bateson pour l'ensemble du mouvement systémique est encore mal perçue dans les pays francophones où des délais inadmissibles ont marqué, là encore, la publication du second tome de *Vers une écologie de l'esprit*. La fécondité du recours au modèle ethnologique dans le renouvellement de la pensée psychiatrique nourrit l'apport de Bateson comme l'originalité profonde de sa conceptualisation, sa forme systémique, l'approche communicationnelle des comportements humains.

C'est la même maladie qui devait emporter Albert Scheflen cet été. Nous y sommes d'autant plus sensibles que le climat des 3èmes Journées de Lyon avait été assombri par l'annonce toute nouvelle de la découverte du mal. Tout leur déroulement s'est fait en référence à l'inquiétude profonde que surmontait avec courage Kitty La Perrière dont tous savaient l'attachement qu'elle portait à Albert Scheflen. Il y a longtemps que nous souhaitions faire connaître la finesse d'observation et la concision de ce grand psychiatre, anthropologue et ethnologue ; en attendant la publication de sa dernière œuvre : *Levels of Schizophrenia*.

Milton Erickson s'est éteint au sommet de sa gloire, l'année du jubilé qui lui était consacré à Phoenix. Aux généralisations du théoricien du double-bind s'oppose la clinique ericksonienne centrée sur le trait unique à découvrir dans chaque cas, la solution originale qu'il s'imposait — et qu'il trouvait — à chaque problème psychothérapique. A l'obstacle de la langue s'est ajoutée, en France, une caricature de son apport que suscitait évidemment la ligne choisie : l'hypnose.

Il y a gros à réparer de l'attitude de rejet intolérant par laquelle se sont vus renvoyés avec un égal mépris les apports de l'hypnose, assimilés à la magie et ceux du comportementalisme, ravalés à la caricature d'*Orange Mécanique*. Nous espérons y apporter notre contribution, telle est bien l'une des principales orientations de cette revue.

Y. Colas

L'EMPLOI DE LA METAPHORE EN THERAPIE FAMILIALE

Anna-Maria NICOLO¹

Nature et signification du processus thérapeutique :

Une des questions que l'on pose tôt ou tard au thérapeute, indépendamment de la technique dont il s'inspire, est celle concernant *la nature et la signification du processus thérapeutique*. En tout temps et dans n'importe quelle forme d'organisation humaine, la fonction thérapeutique a toujours existé. Dans les sociétés primitives, elle était remplie par le chaman qui exerçait une médiation particulière entre le patient et le groupe, entre les besoins individuels exprimés par cette personne et les exigences collectives du groupe. Dans ces sociétés, être malade signifiait être objet d'un maléfice jeté par une divinité ou par un autre membre du groupe et, étant donné l'étroite liaison entre psyché et soma, entre phénomènes psychiques et phénomènes somatiques, il n'y a aucune raison de douter de l'efficacité des pratiques chamaniques. Mais, la *médiation* peut-être la plus importante exercée par le chaman était celle entre pensée pathologique et pensée normale. C'est seulement en effet dans une optique scientifique que pensée pathologique et pensée normale ne se compléteront plus mais s'opposeront. C'est l'explication scientifique d'une médecine officielle qui reliera les états confus et désordonnés à une cause objective (l'hérédité, le virus, le traumatisme psychique). Elle cherchera à donner une signification à des expériences qui semblent dépourvues de sens mais riches de contenus. "Alors que la pensée normale, face à un univers qu'elle est avide de comprendre mais dont elle ne réussit pas à dominer les mécanismes, réclame sans cesse aux choses un sens qu'elles lui refusent, la pensée dite pathologique au contraire abonde en interprétations et en résonances affectives. En adoptant le langage des linguistes, nous dirons que la pensée normale souffre toujours d'un déficit de signifiés alors que la pensée dite pathologique dispose d'une pléthore de signifiants". (7) Entre ces deux attitudes complémentaires, le chaman exerçait un arbitrage et c'est dans cette zone de médiation que se situe à notre avis tout processus psychothérapeutique.

Il convient maintenant de se demander ce que peut bien être le signifiant dans la pensée normale et la pensée pathologique, et ce qu'on entend par référent de la pensée.

¹ Psychiatre, Institut de Thérapie Familiale, Rome, via Reno 30.

Pour la théorie psychanalytique, la première appréhension de la réalité est liée au processus de formation du symbole sur lequel se forge le rapport du sujet avec le monde extérieur et avec la réalité. Mais, au-delà de l'importance qu'il revêt pour les fonctions du Moi, le processus de symbolisation représente un point spécifique qui, dans l'évolution de l'homme, marque le passage entre nature et culture. Comme le rappelle Fornari, pour la théorie psychanalytique le symbole naît pour résoudre l'impossible problème de conserver ce qui se perd, pour recouvrer quelque chose que l'on a perdu, pour se réapproprier quelque chose qui n'est plus sien. Il permet le passage de l'expérience psychique (aussi bien réelle que fantasmatique) d'objets, d'événements, de relations, de comportements, à l'expérience psychique comme représentation de ceux-ci (6), que maintenant nous pouvons définir comme référents internes ou externes. Le processus de formation du symbole n'a jamais de fin, ou mieux il ne s'arrête pour chaque individu qu'avec sa propre mort, car il y a un remaniement constant des composantes qui le définissent, dû au flux des données de l'expérience et au continuel changement des contextes dans lesquels l'individu se situe. Il n'est donc pas une donnée acquise et stable, mais se trouve en équilibre dynamique avec les facteurs internes et externes qui l'influencent.

C'est donc cela le signifiant de la pensée dont nous parlions précédemment et qui peut renvoyer à plusieurs signifiés selon notre aptitude à y répondre sur la base d'un code qui est en définitive "un ensemble de signaux de messages structurés suivant une convention commune" (4). Pour l'analyse sémiotique, ce code (notre langue par exemple), édifié d'un commun accord, établit un rapport d'équivalence entre les éléments d'un système de signifiants et les éléments d'un système de signifiés et constitue la clé de lecture de nombreux signes (ou signifiants dans un sens linguistique). Il se transforme sans cesse suivant les contextes où il opère et selon les différents individus. En effet, chacun de nous utilise seulement une partie du code ou quelques uns de ses éléments dans la pratique quotidienne, en en négligeant d'autres dans la tentative nécessaire, même si elle est artificielle, de rendre statique et répétitive la réalité afin de mieux l'identifier.

Essayons maintenant d'appliquer cet exposé général à un phénomène particulier : les symptômes. Les symptômes dont se plaignent les patients sont en effet les représentations symboliques d'un conflit ou d'un problème ; ils sont donc des signaux par lesquels l'individu exprime un état de malaise. Cependant, étant donné que chaque fois qu'une personne élabore un signe elle a besoin du consentement des autres, nous nous apercevons que ce symptôme exprime en fait bien

plus que le problème privé et individuel de celui qui le manifeste, et constitue une représentation symbolique qui, aussi bien à son origine que dans sa manifestation, est le fruit d'une interaction entre cet individu et les membres du système qui l'entoure. Ainsi, dans certains cas, le désaccord d'un patient avec son conjoint se manifestera par un vomissement incoercible qui nous communique qu'"il n'en peut plus d'avaler" ses difficultés relationnelles ; toutefois, la compréhension complète de ce symbole nous renvoie nécessairement à une chaîne de signifiants en association qui nous conduit au signifié originaire d'un autre conflit interactif, situé bien plus loin dans le passé. Ce signal, par son aspect particulier et par son actualisation à ce moment précis, nous renvoie à une réalité tridimensionnelle qui est à la fois inter et intrapersonnelle. Il nous semble par conséquent non seulement révolutionnaire mais aussi riche de conséquences, de considérer le *procédé thérapeutique* comme un *processus de recodification commune effectuée par le thérapeute à l'intérieur du système familial*. De même que le chaman exerçait une médiation rituelle entre l'individu porteur du malaise ou du maléfice et le groupe, le thérapeute d'aujourd'hui retisse d'un certain point de vue la trame interrompue entre signifiant et signifié, aussi bien au niveau des personnes individuelles qu'au niveau du groupe familial. Le symbole personnel du patient désigné devient l'occasion de réédifier un nouveau code de ce groupe familial où le signifiant particulier de chacun trouve une place, mais aussi un signifié.

La métaphore :

Au cours de notre travail de thérapie familiale, nous avons remarqué que souvent et sans en être vraiment conscients nous écoutions et nous étions incités à utiliser un langage particulier avec des expressions, des images et des contenus métaphoriques. Nous nous sommes aperçus que, à chaque fois que cela se produisait, toute la famille se mobilisait et tout ce qui était jusqu'alors méconnu et caché pouvait devenir manifeste en permettant des confrontations entre les personnes, jamais réalisées auparavant. Nombreux étaient ensuite les effets à distance. Notre habitude d'employer la métaphore s'est accrue peu à peu et nous nous sommes demandés ce qui se produisait alors. C'est ainsi que nous avons commencé à examiner sous un autre angle le récit de Luc patient désigné psychotique : il venait d'un autre monde, égaré dans la galaxie ; il avait été précipité ici un matin, soudainement. Mais dans son monde, où tout était désert, où il n'y avait personne d'autre que lui parce que tout, tout le monde avait été détruit, il ne restait que des pierres et des petits monticules. Chacun d'eux était différent des autres, chaque arbre était sec et pétrifié. Et Luc poursuivait pas à pas, séance après séance, son histoire. Nous avons

commencé à entrer dans son langage, à faire nôtre ce que Luc nous communiquait et à l'étendre à sa famille. Peu à peu, chaque membre de la famille, incité d'abord par nous, commença à être un monticule, une pierre ou un arbre. Il y avait entre eux une trame de relations tissée par chacun en y apportant quelque chose de soi et de sa manière de vivre la relation avec l'autre. Il est certainement inexact de dire qu'ils étaient un monticule, une pierre ou un arbre ; c'était plutôt "*comme si*" ils étaient toutes ces choses-là, dans cet espace-là, à ce moment-là, dans cette histoire-là. Il est alors apparu évident que le travail que nous étions en train de faire était précisément cette recodification dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire une opération de *transposition*² du symbole, tel qu'il était présenté par Luc et sa famille, en un nouveau code formé dans le cadre du système thérapeutique, par lequel se reconstruisait une trame de communications interrompue chez tous et où tous avaient place.

Il se déroulait donc un processus que nous pourrions appeler de *métaphorisation*, au moyen duquel nous cherchions à exercer une médiation entre le contenu symbolique du message que le patient nous envoyait et le code du langage commun. L'agent de cette transposition était précisément la métaphore et, en effet, vu sous ce jour, le récit de Luc pouvait apparaître comme l'expression de son incapacité à reconnaître la nature métaphorique de ses rêveries. Il nous les communiquait directement, elles étaient pour lui la réalité. Pour nous, au contraire, Luc oubliait ce cadre métacommunicatif grâce auquel nous parlons en général de nos rêveries : "*le comme si*". Pour Luc "*il venait d'un autre monde*", pour nous c'était "*comme s'il venait d'un autre monde*". Par l'intermédiaire de la métaphore, nous cherchions à reconstruire ce cadre et à travers celui-ci, on donnait le départ au nouveau code formé par le langage thérapeutique.

En s'appropriant le contenu symbolique que Luc nous communiquait et en le transposant dans une de ces rêveries métaphoriques que nous avons tous en commun, nous n'avons pas seulement bâti ce cadre métacommunicatif³ manquant précédemment, mais aussi créé une situation paradoxale où les symboles étaient à la fois symbole et non-symbole. La rêverie que l'on pouvait ainsi développer contenait un

2 Le mot métaphore vient du grec et signifie transposition. Le mot transfert, tiré du latin, en est un synonyme. "Dans le cas du transfert, il s'agit d'une transposition d'objets affectifs agissant dans un sens dynamique et donc pulsionnel dans les confrontations avec l'analyste, "*comme si celui-ci était*" le père ou la mère. Dans le transfert psychotique, "*l'analyste est*" le père, la mère ou le frère." (6)

3 Bateson ajoute que, "chez les schizophrènes, la rêverie est racontée et employée d'une manière qui serait adéquate si la rêverie était un message de nature plus directe. L'absence de l'encadrement métacommunicatif qui a été relevé dans le cadre des rêves est caractéristique des communications du schizophrène pendant l'état de veille." (3)

message implicite qui, faisait que tout ce qui était dit, était à la fois "vrai" et "pas vrai", précisément à cause du contexte que nous avions créé. Dans ce dernier on pouvait envoyer un message symbolique *comme s'il était réel et l'on provoquait ainsi une situation paradoxale où il était permis d'affirmer et de nier en même temps quelque chose*. Ainsi la métaphore, née de notre relation avec cette famille et ce patient, contribuait elle-même à créer un contexte thérapeutique capable de redéfinir ce qui semblait objet d'incompréhension et d'exclusion en quelque chose de compréhensible et de commun à tous ; elle était capable également de donner un sens à ce qui semblait auparavant illogique. De plus, par sa nature même, la métaphore nous offrait aussi la possibilité d'explorer la "réverie" avec laquelle la famille se présentait à nous. Tous y prenaient part, tous contribuaient à la construire. Ainsi, nous avons exploré leur monde fantastique méconnu auparavant sans que cela puisse constituer une menace. Chacun avait choisi son rôle et y avait trouvé sa place, constituant ainsi une mosaïque où chacun était une tesselle s'encastant parfaitement. Mais comment cela est-il possible ? Comment la métaphore peut-elle permettre des choses qui sont inexistantes pour le langage commun ainsi que pour le symbole ? Si nous continuons à suivre les suggestions que nous offrent les spécialistes de la sémiotique, nous trouvons alors cette réponse : la métaphore se différencie du symbole bien que sémiotiquement ils aient une parenté étroite, appartenant l'un à l'autre à la classe des signes. En effet, le symbole est un signe vague qui renvoie à *un signifié spécifique* pour le sujet (4), il est de manière dynamique la représentation de quelque chose qu'on a perdu et que l'on cherche à recouvrer, mais c'est aussi "ce qui n'est jamais perçu pour lui-même, mais au-delà duquel le regard se dirige toujours" (9) ; la métaphore au contraire est un signe plurivoque qui renvoie à *plusieurs signifiés* (4), qui opère une transposition à partir d'un référent qui peut être le symbole lui-même présent dans le contexte. Elle peut être assimilée à une communication analogique qui cherche par similitude à s'approcher du symbole (devenu dans ce cas le référent de la métaphore) pour essayer d'en évoquer l'image chez celui qui reçoit le message. C'est pour cette raison que chacun peut y trouver ses propres symboles puisqu'elle n'est qu'un agent qui se modèle suivant les différentes exigences. Ainsi, c'est exactement là où le symbole est trop spécifique et où le langage commun a laissé un hiatus, a fait une rupture, que la métaphore crée un pont entre le symbole et le langage commun, entre un membre et les autres membres d'un système, entre le thérapeute et la famille. C'est justement en cela que réside sa grande utilité en thérapie : voyons l'application concrète en cours de séance.

La famille Rossolini vient d'une ville du Nord de l'Italie pour entrer en thérapie à cause des problèmes de Luc. Luc, un jeune homme

beau et intelligent d'environ 21 ans, présente depuis un an et demi une symptomatologie délirante qui conditionne la vie de la famille. Naturellement la perspective du service militaire qu'il aurait dû faire s'est évanouie et l'éventualité d'une hospitalisation en clinique privée est alors envisagée. Depuis le début de la maladie de Luc, la famille, composée du père, de la mère, d'une sœur mariée plus âgée, d'un beau-frère, a retrouvé une nouvelle unité et s'est accrue de nouveaux membres. Les sœurs du père et leurs maris respectifs, avec qui les Rossolini ont espacé leurs rapports depuis 15 ans, se sont mises en avant à cette occasion, offrant leur soutien moral et matériel. Les deux tantes paternelles n'ont pas d'enfants et, s'il n'y avait pas eu l'épisode de Luc, elles auraient une vie fade. La mère et la sœur Sandra, obèse, ont un air déprimé et même effrayé quand commence la séance ; Luc est très anxieux, il a demandé plusieurs fois d'aller aux toilettes et s'agite à travers la pièce.

La thérapeute dit alors :

T. — (à la famille) Qui d'entre vous, peut rassurer Luc ? En qui Luc a-t-il le plus confiance ?

La sœur — Je crois que ce sont les hommes.

T — C'est-à-dire ?

Sœur — Papa, l'oncle, mon mari.

T. — Déplacez-vous alors, mettez-vous aux endroits que Luc vous indiquera.

(Luc, d'une voix lente, presque avec condescendance, place son père à sa droite et son oncle à sa gauche. Invité à donner une place aussi à son beau-frère, il le fait mettre sur la chaise devant lui).

T. — (à Luc) Vous êtes bien protégé par ces hommes à présent. Les femmes sont loin.

Luc — (d'un air ironique) Exact !

Oncle — Mais il y a d'autres hommes, d'autres oncles que vous ne connaissez pas, peut-être plus importants que nous.

T. — Ah, c'est vraiment très drôle, vous êtes *comme* une famille patriarcale. Je pensais que *ça n'existait plus* que dans le Sud, ces structures-là.

Oncle — Non, pas seulement . . . Mais chacun de nous mène sa propre vie, bien entendu. Ce neveu, je ne le connais pratiquement que depuis qu'il est malade. Nous ne sommes qu'une partie du clan . . .

T. — Les autres oncles, qui sont-ils ?

Oncle — Il y a une tante, une sœur de Franco (le père) qui a épousé . . .

Luc — (en l'interrompant) Mais moi, je n'aime pas le patriarcat !

T. — Il semble que vous vous faites bien protéger par lui pourtant.

Tous — (en chœur) Oui, oui, c'est vrai.

Luc — Mais je veux l'abandonner !

T. — D'ailleurs, vous êtes le seul fils mâle ! Quelqu'un ici est-il monarchiste ? Vous ne vous êtes jamais intéressés aux grands royaumes ? Il me semble qu'il n'y a qu'en Angleterre qu'est en vigueur la loi salique qui permet la transmission d'un royaume même aux femmes. Dans tous les autres pays, ça n'est pas comme ça.

Oncle — En Hollande aussi.

Sœur — Mais nous, nous sommes en Italie.

T. — Le trône, je crois que la maison de Savoie le transmettait . . .

Sœur — . . . de mâle en mâle.

T. — (à la sœur) Vous, voudriez-vous être une héritière du trône ?

Sœur — Non, voyez-vous, je n'y tiens pas.

T. — Mais quelle place a donc été la vôtre ?

Sœur — Je ne sais pas, peut-être avant que naisse Luc.

Père — Mais, ma petite fille . . . nous ne sommes pas du tout une famille royale !

Sœur — Peut-être bien, je ne sais pas, que signifie cette place ?

T. — (aux autres membres) Il n'y a rien à dire : un beau royaume, comme dans les contes. Qu'est-ce que vous en dites ?

Tante — Moi, je me suis sentie toujours bien. Nous nous sommes toujours réunis. Pas très souvent, à Noël, à l'Épiphanie, à la Toussaint.

T. — (à la tante) Vous, êtes-vous la femme d'un héritier au trône ?

Tante — Ah, pour moi, quand mes sœurs et mes frères m'invitent, je suis contente.

Oncle — Moi, je n'aspire à rien, je ne suis pas un héritier, je vous précise que je suis le mari d'une héritière.

T. — (à l'oncle) Vous devriez demander à Luc pourquoi donc il vous a mis à côté de lui.

Oncle — Moi, comme je le disais, il y a peu de temps que je connais
Luc . . .

Tante — Mais nous avons toujours pensé à lui. Puisque nous n'avons pas d'enfants, le soir à la maison nous nous demandions : sont-ils venus les neveux ?

Luc — (commençant à s'agiter) Je suis ému. J'ai le cœur qui bat très fort.

Sœur — Ils disent : nous ne sommes pas une famille patriarcale parce que nous ne nous voyons qu'aux fêtes. Mais moi, je crois que l'idée est juste. Quand quelqu'un va mal, le bruit se répand aussitôt, tout le monde accourt. Par exemple, une banalité : quand je me suis fait opérer des amygdales, ma grand'mère habitait chez elle . . . non ? . . . je suis allée le dire à la grand'mère et elle le savait déjà.

T. — (à tous) D'après vous, de quelles personnes un roi a-t-il besoin de s'entourer ?

Luc — De conseillers . . . Mon oncle m'a donné de bons conseils.

T. — (à *Luc*) Est-ce vous le roi de cette famille ? Alors, vous avez besoin d'un page, qui est le page parmi vous ?

(Tout le monde rit, le beau-frère qui est devant *Luc* s'agite sur sa chaise)

Beau-frère — (à la thérapeute) Que voulez-vous dire ?

T. — Vous vous estimez un page, vous ?

Beau-frère — Je ne sais pas si je suis un page.

(A ce moment-là, *Luc*, en riant, met les pieds sur les jambes de son beau-frère qui est assis devant lui. Tout le monde rit)

T. — Les femmes des familles régnautes sont tenues éloignées du pouvoir, peut-être se sentent-elles seules. Mais, je ne sais pas, *Margareth d'Angleterre* faisait des voyages. Que font les femmes des familles régnautes ?

Mère — (en se mettant à pleurer) Je ne comprends pas ce que vous voulez dire. Excusez-moi, je suis une pleurnicheuse (elle essuie ses larmes).

Luc — De l'air !

T. — (à la sœur) Et vous ?

Sœur — Moi je me sens seule, mais j'ai toujours été dans cette situation. Dans la famille, papa a toujours été plus proche de ses sœurs que de maman. Les sœurs de papa ont toujours eu un fort caractère, maman non.

T. — (à la sœur) Ne pensez-vous pas que Margareth a des avantages ?

Sœur — Je cherche à prendre des décisions de façon la plus libre possible. Je fais des voyages avec mon mari.

* * *

Luc — (à la thérapeute) Vous êtes italienne vous ? Vous avez un drôle d'accent.

T. — Je suis du Sud. Dans le Midi, il y a des familles patriarcales mais il n'y a plus de familles régnautes depuis longtemps. Dans un certain sens, vous m'avez fait comprendre que vous étiez le roi de cette famille. Etes-vous en train de prendre le trône à votre père ?

(Silence)

T. — (à tous) Est-il en train de prendre le trône à son père ?

Sœur — Voyez-vous, quand mon grand-père était encore vivant, il avait la place de Luc et, à la place de mon père, il y avait son père. Luc était de l'autre côté. Maintenant ils ont changé de nouveau.

T. — Le roi père cède le trône à son fils, même si c'est lourd !

Luc — Lourd ?

T. — Très lourd, mais le prince ne peut que l'accepter. C'est très beau.

Luc — Je le pense aussi. Pourtant cela devra finir !

T. — Je vous félicite vraiment ; il n'y a pas beaucoup de personnes qui . . .

Luc — . . . y réussissent.

T. — . . . qui sont disposées à donner tant de liberté à des femmes !

Luc — Un jour dans longtemps, ce règne devra finir !

T. — Cela n'est pas possible. Qui prendra votre place ?

Luc — Cela devra finir. Parce que . . . Ils se sentiront très seuls. C'est un destin . . .

T. — Le destin de prendre la couronne. Le dernier de la maison de Savoie n'en voulait pas du tout . . .

Luc — Justement. Je me sens le sang d'un artisan. Je suis le fils d'un artisan. Mais je devrais mûrir moi aussi . . .

T. — Pourquoi dites-vous mûrir. Pensez-vous que pour garder le trône, vous devez faire le roi-enfant ? Ce n'est pas possible de mûrir ! Qui règnera à votre place sur le trône ?

Luc — Le temple !

T. — Dans le temple il doit y avoir un roi et un prêtre ! Alors qui règnera à votre place ? Sandra ?

Luc — Ça n'est pas possible.

T. — C'est une femme ! Vous pouvez aussi adopter quelqu'un qui règne à votre place ?

Mère — C'est ce qu'il est en train de faire.

T. — Il est en train d'adopter quelqu'un ?

Mère — Il est toujours avec un ami . . .

T. — Y-a-t-il encore des personnes actuellement qui croient en la monarchie ?

Luc — Il y a des gens qui croient être supérieurs, mais ça n'existe pas . . . cet ami s'estime supérieur . . .

T. — (incrédule) Pourrait-il prendre le trône à votre place ?

Père — J'allais le dire, je n'accepte pas d'autres héritiers, pas même en pensée.

Oncle — Et si en plus c'est l'ami dont il parle . . . Il a tellement confiance en lui. Je ne le connais pas personnellement, mais . . .

T. — (aux autres membres de la famille) Vous accepteriez ?

Tous — Non, non.

T. — Comme vous voyez, il n'y a aucune possibilité ! Un roi travaille-t-il ?

Père — Non, il ne travaille pas.

Luc — (continuant la discussion d'avant) . . . avec la volonté . . .

T. — Ils lui font son lit ?

Père — Oui, oui. Ils lui servent aussi le petit déjeuner au lit !

T — Un roi peut-il épouser qui il veut ?

Père — Non, non . . .

Luc — (en interrompant) Il peut se sentir très seul, un roi, pourtant.

T. — (à *Luc*) Exactement quand il veut et avec qui il veut ?

Mère — Non, non. Un roi mène une vie très retirée.

Père — Non, non. Ça sera une prison dorée, mais ça sera une prison.

T. — Un roi est un symbole, seulement un symbole.

Père — Et rien de plus !

T. — Si le roi s'en allait, ça deviendrait une république. Ceci n'est pas possible. Mais, en revanche, c'est un royaume sûr. Aujourd'hui il y a peu de royaumes sûrs.

En posant le béret basque du père sur la tête de *Luc*)

Ceci est votre couronne ! Vous ne pouvez pas quitter un royaume pareil. D'ailleurs, vous avez vos conseillers, vos pages, vos femmes qui vous aideront à le garder.

(*Luc* jette le béret basque et va s'asseoir par terre, en disant que viendra bien le moment où cela devra finir).

La métaphore qui a débuté à cette séance, a été largement développée et utilisée dans les séances suivantes. Les membres de la famille y faisaient référence tantôt avec colère, tantôt avec sympathie, tantôt semblant la comprendre trop bien, encore mieux que la thérapeute, tantôt en en parlant comme du mystère le plus noir.

Caractéristiques de la métaphore :

J'ai choisi le passage que nous venons de lire pour son extrême simplicité et parce qu'il m'a semblé pouvoir illustrer de nombreuses caractéristiques de la métaphore et souligner les avantages de son utilisation.

Dans ce cas comme dans les autres, parler par l'intermédiaire de la métaphore a été un moyen efficace pour recueillir des renseignements difficiles à obtenir autrement. Même si l'introduction du thème a provoqué une brusque augmentation de la tension, le fait d'avoir déplacé la discussion à un niveau imaginaire a permis à chacun de s'exposer davantage.

Il est plus facile en effet de parler de soi-même tout en niant de le faire. La thérapeute et la famille contribuent peu à peu à l'élaboration d'un contenu nouveau qui progressivement se précise. Ni la thérapeute ni les autres ne savent ce qui sortira de ce travail, mais si d'une part, le travail collectif, en créant un code commun, unifie fortement, d'autre part, l'exploration collective de quelque chose de nouveau⁴ permet de mieux *définir* une réalité, qui sinon serait confuse, en permettant de séparer avec plus de précision les membres les uns des autres, un sous-système d'un autre, les espaces personnels des espaces interactifs. Il est en effet plus facile pour un jeune adulte, sur le point de quitter son milieu familial de parler des difficultés que rencontre un jeune roi pour sortir de sa cage, plutôt que de dire directement à sa mère ou à son père qu'il ressent sa famille comme une prison.

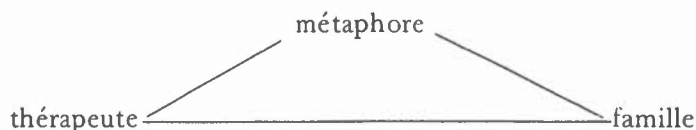
Dans ce cas comme dans les autres, la métaphore, qui s'est progressivement définie et enrichie avec la participation des membres du système, a eu aussi un sens provocateur très puissant auquel le patient a cherché en vain à se soustraire pendant la séance. Elle a été aussi dans un certain sens soumise à la ligne stratégique consistant à attaquer la fonction symptomatique du patient et à prescrire les fonctions connexes (1-8) qu'avaient tous les autres. Ce sont les membres de la famille eux-même qui ont, grâce à l'emploi de la métaphore, tracé le contour de leurs fonctions (par rapport au système en entier et au patient) en leur donnant même un aspect irréel au point de les transformer en caricatures et donc de les rendre à la longue intenables (conseillers, pages, aspirants au trône, etc. .). En outre, pendant la séance, ce n'étais pas la thérapeute qui donnait des définitions pesantes, que chacun des membres aurait pu aisément refuser, mais chacun d'eux qui se les attribuait mutuellement dans le cadre du "royaume". La métaphore devenait par conséquent "*la tunique de Nessus*" de tout le monde : tous l'avaient endossée et maintenant elle brûlait. A travers le procédé de construction de la métaphore, il s'était également produit autre chose. La famille était allée au-delà du cadre étroit qui entourait le symptôme "délire confusion-folie" et dans lequel se serait facilement maintenu un contexte accusateur et psychiatisant ; ainsi, chacun parlait de lui-même plus directement.

Dans un certain sens, nous pouvons considérer le processus de métaphorisation comme un processus analogue à celui employé par le système familial pour attirer l'attention du thérapeute sur les symptôme

⁴ Il est intéressant de remarquer que cet aspect innovateur, observé en thérapie, est souligné aussi en sémiotique à propos des figures de rhétorique dont fait partie la métaphore. Eco dit en effet : "Quand les figures de rhétorique sont employées de manière créative, elles ne servent pas seulement à embellir un contenu donné, mais elles contribuent aussi à élaborer un contenu différent". (4)

mes. Si nous replaçons la communication que nous fait le système dans l'unité espace – temps constituée par la séance, nous nous apercevons que la famille tend souvent à donner une priorité spécifique aux messages qui soulignent et mettent en évidence le problème, le symptôme, la maladie. De nombreux thérapeutes de la famille ont combattu directement ou indirectement (liaisons, redéfinitions, etc. . .) cette tendance et leur attention s'est par conséquent dirigée vers une redéfinition du contexte que la famille avait créé. L'observation de Claudio Angelo me semble par conséquent particulièrement pénétrante : "Toute métaphore ne se situe que partiellement dans un contexte particulier et n'est que partiellement connotée par lui ; en grande partie en effet la métaphore contribue à son tour à connoter le contexte, en y introduisant toutes les valeurs qui font partie de son histoire." (2)

Par l'intermédiaire de la métaphore, le thérapeute réussit donc à définir le contexte, ce qui lui permet d'acquérir et de conserver le pouvoir dans la relation, étant donné que le thérapeute, et seulement lui, dirige la métaphore, l'approfondit, lui donne une direction. Il se crée ainsi un schéma semblable à celui-ci :



où le thérapeute, en jouant à chaque fois sur elle, réussit à trianguler la famille, en la poussant progressivement vers des découvertes, des définitions et des changements nouveaux, sans courir le risque facile d'être englué, comme cela pourrait arriver dans d'autres cas. Par ailleurs, le choix de la métaphore n'a pas été impartial et aseptique. La thérapeute, en la découvrant (parce qu'en effet, à ce moment-là, il s'agit bien d'une découverte), a utilisé des parties importantes d'elle-même. En un certain sens, sans s'en apercevoir, elle a été impressionnée, comme est impressionnée une plaque photographique, par cette image que la famille lui a envoyée à un niveau plus souterrain que manifeste. Elle l'a ensuite reproposée modifiée à la famille, comme certaines photographies où l'intervention de l'artiste a créé un jeu de lumières, d'ombres, de couleurs, de distances, d'espaces. Ce sont justement les caractéristiques et l'origine particulières de la métaphore qui permettent au thérapeute de participer, quand c'est nécessaire, à ce système sensitif et de s'en séparer, en se "*détriangulant*", si le risque d'y rester englué se présente.

Un autre des très nombreux avantages de la métaphore est dû à sa nature même de message primaire et analogique. A ceci s'ajoute sa plus grande capacité de pousser au changement et son absence de toute intellectualisation. Les rationalisations qui naissent de l'usage défensif des mots ne sont pas très favorisées. D'ailleurs, l'explication rationnelle de la métaphore elle-même apparaît inutile, parfois ridicule, en général nuisible. Ni Erickson, ni Whitaker, qui emploient la métaphore beaucoup plus que les autres thérapeutes, n'en interprètent jamais le sens, jugeant tout bonnement nuisible la traduction d'un message inconscient en un message conscient.

L'objet métaphorique :

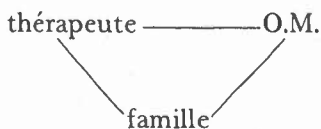
Une manière particulière d'employer la métaphore consiste à faire appel à l'objet métaphorique (O.M.)⁵. L'O.M. associe aux valeurs de la métaphore un aspect qui le rend particulièrement original : sa présence matérielle pendant la séance. Selon la définition de Claudio Angelo, "l'objet métaphorique est un moyen de communication qui véhicule, en tant que tel, d'innombrables messages liés aux caractéristiques de sa structure et, de manière encore plus importante, aux signifiés qui lui sont attribués au fur et à mesure par la famille et le thérapeute" (2). Le plus souvent, *l'O.M. est l'explication matérielle, donnée en séance par le thérapeute, d'une métaphore verbale ; il consiste en un objet concret que le thérapeute choisit au cours de la séance pour représenter de manière visible et concrète des relations, des règles, des comportements de la famille ou d'un de ses membres.* Comme la métaphore, l'O.M. naît aussi du rapport thérapeute — famille et ce n'est qu'à l'intérieur de ce rapport que l'objet prend son sens. D'une certaine manière, il appartient au monde de la famille, mais aussi à ce monde nouvellement créé que le thérapeute partage avec elle. Pour cette raison, l'O.M. exprime et renforce d'une manière tangible le lien thérapeutique. *Le choix de l'objet, l'espace et le temps dans lesquels le placer dans le cadre de la séance en liaison avec les objectifs préfixés, ont une très grande importance.* Son utilisation de façon mécaniste se traduit par un échec de cette technique comme d'ailleurs par un échec de la thérapie elle-même.

De même que l'hypnotiseur se sert d'un objet pour provoquer un état de transe, le thérapeute se sert de l'O.M. pour provoquer à l'intérieur du système un état de curiosité et de tension croissantes.

⁵ La notion d'objet métaphorique a été utilisée pour la première fois par Maurizio Andolfi, directeur de l'Institut de Thérapie Familiale de Rome, chez qui j'ai commencé ma formation de thérapeute systémique et avec qui je collabore actuellement. L'élaboration théorique du concept d'O.M. est due par contre à Claudio Angelo.

L'attention se concentre sur lui en permettant au thérapeute de se décentrer.

En reprenant le schéma déjà exposé pour la métaphore l'O.M. permet au thérapeute de placer son discours dans un schéma triadique de communication :



où le thérapeute s'approprie peu à peu des significations attribuées à l'objet et les réutilise dans les confrontations de la famille, tout en restant à l'écart. L'O.M. permet en effet au thérapeute qui le contrôle, de ne pas rester englué par la famille quand la situation devient difficile et confuse, mais de rester à l'extérieur d'un processus qui *implique O.M. et famille*. Enfin, l'O.M. apparaissant comme explicitation visible et concrète d'une attitude, d'un comportement, ou mieux d'une fonction particulière exercée à ce moment-là, par cette personne-là, dans cette famille-là, permet facilement au thérapeute, (précisément parce que cette fonction est extériorisée et représentée par cet objet), de la provoquer et de l'attaquer ; par contre la personne réelle de la famille peut être plus facilement soutenue dans ses propres valeurs positives et de croissance. Ainsi c'est le patient lui-même qui voit devant lui sa propre image réfléchie et déformée, telle qu'il la déforme chaque jour par la rigidité de sa fonction ; en même temps, il peut sentir sa personne sauvegardée et soutenue par le thérapeute. L'O.M. est donc un puissant moyen de contrôle, mais surtout de provocation du patient, du moment où il revéhicule, après les avoir amplifiées, toutes les définitions et les sensations que le thérapeute, la famille et le patient avaient éprouvées. Il favorise en outre la différenciation des membres de la famille entre eux et par rapport au problème, ainsi que du patient par rapport à une autre partie de lui-même et au thérapeute. Voyons concrètement comment cela peut se passer.

Le couple auquel se réfère ce fragment de séance, Jacques et Marie, a demandé l'intervention psychothérapique après des traitements chimiothérapiques inutiles et répétés. La jeune femme se plaint d'une symptomatologie grave : "phobie de la saleté et des maladies (spécialement du cancer), agoraphobie et rituels obsessionnels" (pour employer une terminologie traditionnelle), et ceci est apparu lorsque, quelques années auparavant, le couple avait dû aller s'établir dans une ville du Nord de l'Italie pour le travail du mari. Après une brève période (un an), ils sont revenus, à cause de ces troubles, dans leur pays d'origine et vivent dans un appartement situé au-dessus de celui des

parents de la femme. Le couple se querelle souvent et le mari bat sa femme. Trois mois de thérapie (une séance toutes les deux semaines) ont déjà commencé à donner des fruits, mais cette séance représente une étape cruciale du travail. La persistance résiduelle de quelques vieilles règles de relation, l'impossibilité de métacommuniquer sur elles, l'attitude protectrice cachée de chacun des membres, rendent le travail délicat. Des rôles et des fonctions trop importants pour la vie du couple sont à ce moment-là en discussion. Le système pourrait consolider un changement déjà partiellement obtenu et éventuellement progresser vers une transformation stable, mais aussi rétroagir en rigidifiant les vieilles règles. La thérapeute met alors en œuvre la stratégie de nier l'amélioration obtenue en la redéfinissant comme dangereuse et elle utilise l'O.M. :⁶

T. — Pourquoi continuez-vous à me parler de votre mari et pourquoi ne parlez-vous pas de vous-mêmes ?

Marie — Parce que . . . voyez-vous, si avant je me sentais mal et l'obligeais à se laver, maintenant cela ne m'arrive plus . . .

T. — Mais la situation a empiré !

Marie — D'un certain point de vue, ma situation a empiré parce que lui, il y a quelques jours, en voiture, m'a dit pendant cinq minutes que j'étais un ver, puis il m'a demandé qui j'étais, puis il m'a donné un baiser ; autrement, il m'aurait tordu un bras et il m'aurait fait mal ; moi, qui étais-je à ce moment-là ?

T. — Un ver, madame.

Marie — Pourtant je ne pouvais pas m'opposer à ce qu'il dise que j'étais un ver . . . Au fond, il a raison, tant que je fais tout ce qu'il dit, je suis un ver.

T. — Vous avez fait tous ces kilomètres pour me dire seulement cela ? Mais (s'adressant à Jacques) racontez-moi un peu, vous.

Jacques — Moi, je n'en pouvais plus, je ne la supportais plus, j'étais décidé à en finir dans le vrai sens du terme ; ce jour-là il y a eu la goutte d'eau classique qui a fait déborder le vase, elle continuait à insister, à laver . . .

T. — Vous aussi vous me parlez de votre femme, parlez-moi de vous.

⁶ Cette stratégie a déjà été décrite dans l'article "L'interazione nei sistemi rigidi" de Andolfi, Menghi, Nicolò, Saccu. (1)

Jacques — ... je n'en pouvais plus, je n'avais plus envie de me battre, pour moi elle était un ver parce qu'elle profitait de cette maladie qu'elle se créait ...

T. — Parlez-moi de vous ... parce que ce jour-là vous avez été courageux, mais vous n'avez pas bien supporté, vous avez eu peur.

Jacques — J'ai eu peur de la quitter, cette situation nous lie ...

T. — Justement, avez-vous une ceinture ? Donnez-moi votre ceinture ... (la tenant à la main) (au couple) Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

(La thérapeute utilise l'image même offerte par le patient "lier" et la transpose aussitôt dans le contexte).

Marie — (d'un air interrogatif) C'est la ceinture de mon mari !

T. — Et puis ?

Marie — Je ne comprends pas ce que vous voulez dire, c'est une ceinture normale !

Jacques — (en riant) Entre autres, il y a le risque que mon pantalon tombe !

T. — Que faites-vous, madame, si votre mari reste sans ceinture ?

Marie — Voyez-vous, je me moque pas mal de cela !

T. — (au couple) Ne me racontez pas d'histoires, cette ceinture est très importante pour vous !

(La thérapeute affirme sa certitude sur le fait que la ceinture a certainement une signification importante)

Jacques — (continuant à plaisanter) Peut-être que si le pantalon tombe, je me sentirais embarrassé !

T. — (au couple) Où la mettriez-vous, la ceinture ? Vous, madame ?

Marie — Voyez-vous, je sens vraiment que j'étouffe dans cette situation !

T. — (à Jacques) Alors, vous devez vraiment la passer autour du cou de votre femme.

(La thérapeute continue à donner un corps concret à l'image abstraite que les patients lui offrent. Si la femme se sent étouffer, alors la ceinture sera passée autour de son cou)

Marie — Non, vraiment, entre autre, aujourd'hui j'ai mal au cou.

T. — C'est ce qui se passe toujours . . . Faites-le ! . . . Visualisons bien.

Marie — Je peux aussi m'y opposer.

T. — Mais madame, vous ne le faites jamais, par conséquent . . .

Marie — Je pourrais commencer maintenant, parce que je n'en peux plus . . .

T. — Aucun de vous deux n'a jamais vu exactement comment cela se passe . . . (à Jacques) Mettez-la lui, c'est ce que, d'après votre femme, vous faites toujours.

(Le mari met la ceinture autour du cou de sa femme)

T. — (à Marie) Comment pensez-vous que votre mari se tient en général, les deux mains liées ou une seule ?

Marie — Selon moi, il n'est lié par aucune main ; lui, il tient la ceinture.

T. — (à Jacques) Vous, comment vous sentez-vous, avec les deux mains liées . . . ?

Jacques — Oui, les deux.

T. — Alors, madame, liez-le bien, je ne voudrais pas que votre mari se libère.

(La femme lie les mains du mari)

T. — Maintenant essayer de bouger.

Marie — Si lui bouge, je m'étrangle . . .

Jacques — Notre vie au fond est comme cela . . . Nous sommes liés, mais toi, tu as les mains libres . . .

(Le mari commence à comprendre)

T. — (au couple) Vous êtes dans une situation où il vous est impossible de bouger, maintenant pensez à ce qu'il faudrait faire pour vous libérer. Métaphoriquement, bien entendu !

Marie — Un système pour nous libérer ? . . . Je dois te délier, moi de toi et toi de moi.

Jacques — Le fait de nous délier n'a rien à voir là-dedans, c'est une chose symbolique ! Disons que, à me délier, j'y ai déjà pensé le jour de Pâques, et puis je n'ai pas été capable . . . C'était un moyen pour nous

libérer, mais il faut quelque chose d'autres parce que cette ceinture est solide . . . Qu'est-ce qui nous tient liés ?

Marie — L'affection, quoi d'autre ?

Jacques — Nous devons comprendre ce qui nous tient liés . . .

Marie — Pour ma part l'amour que j'ai envers toi, ceci je pense que c'est clair . . .

Jacques — Comment faire pour nous libérer ?

Marie — De l'amour, c'est impossible, je pense. Il faudrait un peu céder des deux côtés, ça, oui !

Jacques — Alors, pourquoi cet accord que nous avons passé, toi, tu ne l'as jamais respecté ?

Marie — C'est toi qui ne l'as jamais respecté, pas moi ! moi, je ne t'ai plus dit de te laver . . .

Jacques — Ce lien qui me lie, malgré ce jour-là, il a toujours existé . . .

Marie — Mais ma situation est pire parce que si tu bouges, je m'étrangle !

Jacques — En compensation, tu as les mains libres pour faire ce que bon te semble.

La thérapeute interrompt leur conversation et reporte l'attention sur la ceinture : "Je ne pourrai pas faire grand'chose si je ne réussis pas à comprendre ce que représente pour vous cette ceinture." Elle les invite par conséquent à énumérer des significations possibles et sort de la salle pour passer derrière le miroir. Le couple reprend le travail ; apparaissent ainsi différents motifs possibles : l'appartement, la mère, l'impossibilité de trouver un autre partenaire, le milieu, la lâcheté, l'affection, l'ennui.

La thérapeute rentre dans la salle et invite le couple à ce que chacun établisse un classement personnel de ces motifs suivant leur importance. Tous les deux, le mari et la femme, placent en tête l'affection, puis ils se différencient légèrement à l'égard des autres mots ; ils s'accordent pour mettre à la dernière place l'impossibilité de trouver un autre partenaire. La discussion reprend et la femme souligne l'impossibilité de continuer à rester assise liée ainsi. Mais la thérapeute répond :

T. — Comment faites-vous madame pour vivre sans ceinture ?

Marie — C'est difficile . . .

T. — Certainement. Qui tenait auparavant le bout de cette ceinture ?

Marie — Ma mère.

T. — En effet vous n'êtes pas habituée à vous promener sans ceinture. Vous vous perdez.

Marie — Non, je n'en peux plus, je ne veux plus rester ainsi.

T. — Si vous essayez de tirer, regardez ce qui se passe !

(La femme, en cherchant à élargir la ceinture qui lui serre le cou rapproche inévitablement de son visage les mains de son mari)

T. — Que se passe-t-il ?

Marie — Il s'approche.

T. — Et vous, cela, vous ne le voulez pas ?

Marie — Alors il n'existe pas de solution.

T. — Il semble que non.

Marie — Ce n'est pas possible pourtant qu'il n'y ait pas de solution . . . Et si je réussissais à faire comme ça ? . . .

(Elle fait le geste d'ôter la ceinture de son cou)

T. — Madame, vous avez toujours eu un collier toute votre vie ! Vous n'aimez pas les mains de votre mari ?

(La thérapeute harcèle)

Marie — Dans certaines circonstances, elles me plaisent . . . c'est-à-dire . . . j'aime la manière dont il s'approche . . .

T. — Voyons. Desserrez la ceinture !

(La femme s'exécute et les mains du mari s'approchent)

Marie — Mais qu'est-ce que cela a à voir ? A présent, il fait chaud, ses mains ici sur ma figure ! Cette ceinture me gêne.

T. — La ceinture, madame, ou les mains ?

Marie — C'est-à-dire que je ne voudrais pas être opprimée, voilà ! En effet ce jour . . . les premiers jours, après les séances, quand nous nous sommes remis ensemble, disons que . . . nous étions beaucoup plus proches l'un de l'autre et je sentais moins l'exigence de l'embêter . . . ça je l'ai constaté ; de cette façon et avec ces attitudes-là, j'ai recommencé complètement.

(La thérapeute évite d'entrer dans les explications que donne la femme, il n'est pas important de souligner les explications obtenues à ce

niveau. Maintenir à un niveau élevé la tension est actuellement un objectif. L'objet métaphorique n'a pas encore fini de produire tous ses effets. C'est pour cette raison qu'elle invite la patiente à desserrer encore une fois la ceinture pour tenter d'être plus à l'aise)

Marie — Plus à l'aise que quand il me tire, certainement ! Mais lui, il n'est pas à l'aise . . . (à Jacques) Tu es bien ainsi ?

Jacques — Non, . . . le fait est que je suis prisonnier comme ça. Oui, peut-être que ce lien-là (il indique la ceinture) est la seule chose qui nous lie !

T. — C'est pour cela que j'ai des doutes que ce soit l'affection qui vous lie. Selon moi, ce classement que vous avez fait doit être lu exactement à l'envers, c'est-à-dire que la chose la plus importante est l'impossibilité de trouver un autre . . .

Jacques et Marie — (en même temps) Je pense que non.

T. — Suivent ensuite l'appartement, la mère, etc. . .

Marie — De mon côté il n'y a pas . . . c'est-à-dire l'impossibilité de trouver un autre, c'est-à-dire que si nous deux, nous nous quittons, il y a l'impossibilité d'une vie . . . C'est-à-dire que je me sentirais . . . (toujours plus hésitante) recommencer depuis le début c'est difficile ! Comprenez-vous ? Parce que j'ai eu une mauvaise expérience . . . Non pas les difficultés de trouver un autre parce que j'aurais des complexes . . . non, pourtant, le milieu qui m'entoure quoique je fasse . . .

T. — Il est certain qu'il ne vous convient pas de quitter cette situation parce que votre mère, lorsqu'elle tient la laisse n'est pas aussi gentille que votre mari !

Marie — Mais alors c'est moi qui amène les mains de mon mari près de moi. (émue et confuse)

T. — Demandez lui si c'est ainsi.

(La thérapeute se dégage en poussant la patiente à faire des demandes directes)

Marie — Restons ainsi : si tu tires je m'étrangle, donc tu ne tires pas pour ne pas m'étrangler ; tu resterais ainsi dans cette position pendant des années ; tu restes de ton côté, tu n'as pas envie d'approcher tes mains de moi si je ne le fais pas, moi, en desserrant la ceinture . . . Tu pourrais donc aisément rester ainsi : je ne m'étrangle pas et tu as les mains liées.

Jacques — Je ne comprend pas, qu'est-ce que tu veux dire ?

Marie — Toi, tu porterais les mains près de moi sans que je tire la ceinture ?

Jacques — (très hésitant) Je pourrais les y porter, oui . . .

Marie — Mais est-ce moi qui doit te le demander ?

Jacques — S'il n'y avait pas cette affaire qui nous lie, je pourrais venir spontanément près de toi et t'exprimer de l'affection . . . De cette manière en fin de compte je suis lié. Si je n'avais pas ce quelque chose qui, dans un certain sens, en ce moment m'y oblige !

(Remarquer les deux niveaux : réel et métaphorique de la conversation)

(La femme délie les mains de son mari en disant qu'elle ne veut pas le tenir lié)

T. — Qui vous tiendra la laisse après si vous déliez votre mari ?

Marie — Ma mère ? Ma mère ? Oui, ça sera elle !

* * *

Jacques — Me libérer de ce lien signifie pour moi ne pas me lier de nouveau . . .

T. — Et comment ferez-vous ? Voudriez-vous me dire qu'entre-temps vous avez mûri au point de pouvoir rester avec une femme qui ne vous lie pas ? (à la femme) Vous le croyez ?

Marie — (de plus en plus tendue et au bord des larmes) Ecoutez, je veux me libérer !

T. — Vous ne pouvez pas le faire, vous ne l'avez jamais fait ! Notre souci maintenant, c'est de comprendre où vont les mains de votre mari ; si nous réussissons à comprendre cela, nous saurons alors où va votre laisse, madame !

(La thérapeute continue, imperturbable, sa provocation, niant toute possibilité de changement pour renforcer ainsi la capacité de transformation du système). A la fin, la femme éclate en larmes et s'éloigne brusquement ; en se levant, elle affirme que, même si c'est difficile, elle tentera de ne lier personne et encore moins elle-même. Elle sent qu'elle a besoin de beaucoup de courage, mais elle doit enfin réussir à être une femme adulte sans être tenue en laisse par sa mère, ni par son mari.

Grâce à l'utilisation de la ceinture, la thérapeute a réussi ainsi à bouleverser l'image que, d'une certaine manière, les patients donnaient d'eux-mêmes : la thérapeute a choisi, entre autres choses, une définition donnée par Jacques, "je me sens lié". Elle l'a dramatisée et a rendu peu à peu intenable l'attitude de continuer à se retrancher derrière elle. Ceci a redéfini de fait les rapports entre les membres de la famille. A la différence de la simple dramatisation qui consiste à amplifier des contenus verbaux ou analogiques déjà connus des patients, dans ce cas comme dans les autres, l'objet métaphorique (et plus généralement la métaphore) a eu un caractère novateur. Sa signification est au début mystérieuse, elle se clarifie au fur et à mesure que les patients eux-mêmes, et le thérapeute avec eux, lui donnent sens et valeur. Dans le cas présent, pour employer les expressions de notre couple, la ceinture est "leur vie, au fond", "l'impossibilité de trouver un autre, l'appartement, la mère" ; c'est également le lien forcé qui les contraint à rester ensemble sans savoir s'ils le veulent vraiment. Introduit dans le contexte thérapeutique, l'O.M. "ceinture" est inattendu et semble de par lui-même incongru. Le couple a du mal à comprendre le rapport de la ceinture avec la séance elle-même. A cause de cela, la ceinture a aussi pour effet d'introduire un élément de confusion. Mais ce sont justement l'embrouillement et la déstabilisation des vieilles définitions et des attentes communes que les patients ont, qui ouvrent une possibilité de changement. Même dans la conduite de la discussion, la thérapeute introduit toujours le renvoi à l'O.M. Au cours d'une conversation séquentielle et narrative comme celle des patients, le renvoi constant à l'O.M. paraît illogique, sans rapport et inopportun dans le contexte. Il crée par conséquent confusion et étonnement qui frustrent progressivement les personnes qui y sont soumises (dans ce cas les patients) et les pousse à chercher, de manière de plus en plus intense, une réponse complète et exhaustive à ses questions. Ce sont par conséquent les patients eux-mêmes qui se donnent progressivement les réponses, tandis que la présence concrète de l'objet en séance et la manière dont le thérapeute s'y réfère toujours, supportent et maintiennent le processus. En outre, deux possibilités de communications coexistent de fait : les patients doivent communiquer par l'intermédiaire de l'objet et sur l'objet, mais en même temps, cette communication peut toujours être niée.

Parlent-ils de leur situation conjugale, dans le cas de notre exemple, ou de la ceinture du pantalon qui en ce moment les tient liés ?

Parler en niant de parler, agir en niant d'agir, facilite la transmission de contenus qui sont autrement difficilement communicables, et établit de cadre paradoxal qui ouvre la voie vers le changement.

RESUME

L'auteur discute le sens de la métaphore dans ses différentes interprétations. Il en décrit l'emploi en thérapie familiale et une utilisation particulière constituée par l'"objet métaphorique".

Des cas cliniques et la transcription de passages de séances de thérapie familiale effectuées à l'Institut de thérapie familiale de Rome sont utilisées pour décrire cette technique particulière.

SUMMARY

The autor discusses the nature and the meanings of the "metaphore" according to its different interpretations. He describes its use and a special application represented by the use of the metaphorical object in family therapy.

Clinical cases and extracts of sessions at the Institut of Family Therapy of Rome illustrate this particular technics.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDOLFI, M., MENGHI, P., NICOLO, A.-M. e SACCU, C. : L'Interazione nei sistemi rigidi, un modello di intervento nelle famiglie con paziente schizofrenico. *Terapia Familiare*, 3, 35-65, 1978.
2. ANGELO, C. : L'uso dell'oggetto metaforico in Terapia Familiare. *Terapia Familiare*, 5 5-17, 1979.
3. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Seuil, Paris, 1977. Trad. : Ferial Drosso, Laurencine Lot et Eugène Simon.
4. ECO, U. : *Trattato di semiotica generale*. Bompiani, Milano, 1975.
5. ERICKSON, M.H. : *Le nuove vie dell'ipnosi*. Astrolabio, Roma, 1978.
6. FORNARI, F. : *Simbolo e codice*. Feltrinelli, Milano, 1976.
7. LEVI-STRAUSS, C. : *Les structures élémentaires de la parenté*. Mouton, Paris, 1967.
8. NICOLO, A.-M. : *La provocation comme réponse thérapeutique*. A paraître.
9. SARTRE, J.P. : *L'Être et le Néant*. Gallimard, Paris, 1979.

Traduction :

Dr. Roberto Pilla

Service Médico Pédagogique
16-18 Bd St Georges, Genève.

LE MODELE DE THERAPIE FAMILIALE D'EPSTEIN ET LA FORMATION EN PSYCHIATRIE FAMILIALE

Thierry CAZEJUST*

A. LE MODELE DE THERAPIE FAMILIALE D'EPSTEIN

Nous allons exposer en détail le modèle de Nathan Epstein tel qu'il nous a été enseigné par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec pendant nos deux années dans le cadre des échanges France-Québec et par N. Epstein lui-même lors de son séjour à Québec en mai 1978.

Si ce modèle n'est pas le fruit d'une élaboration théorique très originale dans le champ de la thérapie familiale, il possède par contre l'avantage de constituer une synthèse des différentes influences théoriques dans ce domaine.

Il n'existe à notre connaissance aucune traduction française publiée des ouvrages de cet auteur. Cependant quelques éléments peuvent être retrouvés dans un résumé de l'auteur lui-même cité en référence (Epstein, 1970) et dans les articles d'un de ses élèves publiés en Belgique (Basecqz, 1968 et 1974). Les principaux articles de l'auteur, en langue anglaise, sont signalés dans notre bibliographie. Nous nous inspirons de la traduction privée réalisée par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec pour présenter ici ce modèle.

Enfin il existe certains points communs avec quelques auteurs dont les ouvrages sont en langue française comme V. Satir, *Thérapie du couple et de la famille* (1971), ou R. Bélanger et L. Chagoya, *Techniques de thérapie familiale* (1973).

Pour aborder ce modèle de Thérapie Familiale, nous distinguerons les points suivants :

- I. La philosophie de base
- II. Les principes techniques
- III. Le fonctionnement familial
- IV. Le rôle du thérapeute

* Psychiatre, Service de Médecine Psychologique, C.H.U. de Montpellier et Secteur de Santé Mentale No 2, C.H.S. de la Colombière, Montpellier, 340059 Montpellier Cédex (France).

I. La philosophie de base

Comme nous l'avons déjà signalé ce modèle constitue à nos yeux une synthèse des différentes influences théoriques en thérapie familiale que nous avons déjà abordées, par conséquent nous nous contenterons d'en rappeler quelques éléments essentiels.

A ce propos, il est utile de préciser qu'Epstein déclare lui-même (Epstein, 1970) que sa pratique de thérapie familiale a subi plusieurs influences successives : tout d'abord psychanalytique, "intrapSYchique", puis "interactionnelle", enfin "systémique".

Dans cette pratique de thérapie familiale, telle que nous l'avons découverte dans l'équipe de thérapie familiale de Québec, il y a une philosophie de base qui d'une part considère le patient comme pouvant être le reflet d'une perturbation du système familial et d'autre part, envisage que les difficultés d'un membre de la famille affectent le fonctionnement de la famille toute entière.

A partir de ce postulat fondamental, les bases thérapeutiques nécessitent donc une évaluation de l'individu dans sa famille et de la famille toute entière. Le traitement, c'est-à-dire la disparition des troubles du patient, passe donc par l'implication de la famille et l'amélioration du fonctionnement familial.

Ce postulat est d'ailleurs expliqué à la famille, non seulement lors du début de la première entrevue familiale, mais même auparavant au téléphone lors du premier contact, car pour l'équipe de thérapie familiale de Québec, il représente une condition *sine qua non* à la consultation.

De même, par la suite, des éléments d'entrevue familiale permettant de relier les motifs de consultation au fonctionnement familial seront soulignés à la famille ainsi que les perturbations du fonctionnement familial lui-même car ces deux types de renseignements permettront d'établir les bases du "contrat thérapeutique".

II. Les principes techniques

Nous avons réparti les principales bases techniques de cette forme de thérapie familiale selon les quelques éléments suivants :

- la structuration
- la clarification
- la mise en interaction
- la modification des processus dysfonctionnels

La structuration

Nous regroupons sous ce terme les explications déjà signalées, la description des problèmes, non seulement ceux qui motivent la consul-

tation mais aussi ceux découverts au cours de l'évaluation familiale, la clarification de ces problèmes faite par la famille avec l'aide du thérapeute et enfin l'établissement des priorités parmi les différents problèmes abordés. Il y a ensuite l'identification des différentes options possibles face à ces problèmes qui se fait en général à la fin de la première entrevue familiale. Elle peut être suivie par l'établissement d'un "contrat thérapeutique", le plus souvent de trois à dix entrevues, contrat qui précise ce que la famille attend du traitement et ce que le thérapeute demandera à la famille.

De même à la fin de la thérapie, les mécanismes ayant permis l'amélioration et la résolution des problèmes sont décrits par la famille à la demande du thérapeute, ce qui constitue une récapitulation pouvant s'avérer utile dans l'avenir.

La clarification

S'inspirant des théories de la communication, le thérapeute intervient pour clarifier la communication entre la famille et lui-même ainsi qu'entre les membres de la famille eux-mêmes. Il identifie les messages non verbaux afin de les rendre verbaux, il demande que la famille éclaire les communications ambiguës ou contradictoires et que chacun parle pour lui-même. Le thérapeute peut aider également la famille à aborder certains sujets "tabous", comme un deuil par exemple. L'écoute d'un membre par un autre est favorisée tant dans les cas de mésentente conjugale que dans les problèmes entre parents et enfants. Il peut vérifier si le message envoyé est bien celui qui a été reçu, demander ce qui a été compris, proposer une reformulation, vérifier l'impression et le sentiment d'un ou plusieurs membres à la suite du message, d'un discours d'un autre membre.

La mise en interaction

Au cours des entrevues, l'échange entre les différents membres de la famille est favorisé. Le thérapeute demande aux membres de la famille de s'adresser directement les uns aux autres afin de clarifier leurs messages. Il évite le plus souvent de servir de négociateur entre deux ou plusieurs membres de la famille, de devenir ainsi leur porte-parole, mais les incite à se parler directement en sa présence. Ceci a non seulement un but thérapeutique de clarification, d'échange mais aussi un but diagnostique. En effet, les éléments d'observation recueillis dans l'entrevue familiale par l'observation directe, ici et maintenant, des schèmes interactionnels de la famille constituent les bases du diagnostic familial et de la thérapie éventuelle.

La modification des processus dysfonctionnels

Cette insistance concernant la mise en interaction permet en effet de révéler les processus dysfonctionnels au sein de la famille. Le processus d'interaction pathologique est souligné, de façon répétée si nécessaire, jusqu'à ce que la famille l'identifie elle-même et utilise des interactions plus fonctionnelles. Chaque membre de la famille peut ainsi percevoir son comportement vis-à-vis des autres et inversement. La famille peut découvrir des "patrons" interactionnels différents avec l'aide du thérapeute. Pour obtenir une modification des interactions dysfonctionnelles, le thérapeute doit arrêter la séquence d'interaction, permettre la reconnaissance du processus et inciter la famille au changement tout en lui apportant son soutien. Le thérapeute interviendra jusqu'à ce qu'elle puisse résoudre ses problèmes sans aide, grâce à ces nouveaux schèmes interactionnels.

Nous avons résumé ici quelques grands principes utilisés en thérapie familiale mais il en existe évidemment d'autres, dont l'utilisation dépend surtout des capacités personnelles du thérapeute.

Ajoutons qu'à notre avis, cette identification des processus dysfonctionnels devrait résulter davantage d'une prise de conscience de la famille que d'une confrontation brutale de la part du thérapeute. Le respect des capacités de la famille à intégrer des changements nous paraît essentiel car, dans le cas contraire, certaines confrontations constituent un bon moyen de "se débarrasser d'une famille en quatre entrevues" . . . nous rejoignons ici le problème de "l'interprétation sans transfert", bien connu en psychanalyse.

III. Le fonctionnement familial

Le terme "fonctionnement" pour décrire la dynamique de la famille est celui utilisé par Epstein lui-même. Il fait référence à la théorie des systèmes telle que nous l'avons déjà résumée. Le modèle de fonctionnement familial a été développé par Epstein et ses collaborateurs à partir des positions théoriques de N. Ackerman. Sa forme actuelle est intitulée "Modèle de MacMaster" en raison de la célèbre et dynamique Université MacMaster d'Hamilton (Ontario) où elle a été mise au point (Epstein et al., 1978).

Des études à propos de familles ayant permis la croissance d'individus jugés "mentalement sains" ont contribué à l'établissement de ce modèle (Epstein et Westley, 1970). Il a donc été établi selon une optique essentiellement préventive dans le cadre de la santé mentale.

En s'inspirant des données philosophiques et sociologiques concernant la famille actuelle, Epstein définit des fonctions familiales sociale, psychologique et biologique qui doivent permettre la croissance, le

développement et l'entretien des différents membres de la famille. Par conséquent, les fonctions de la famille doivent permettre de répondre à différentes tâches : celles en rapport avec les besoins fondamentaux comme le support financier, l'habillement et la nourriture, celles répondant aux événements inattendus comme la maladie, les accidents, la perte de revenu et enfin celles relatives au développement des individus et de la famille.

Le modèle de MacMaster permet d'évaluer si la famille est apte à effectuer ces tâches, d'étudier la valeur des mécanismes qu'elle utilise ainsi que son fonctionnement à partir des six critères suivants : la résolution des problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, l'investissement affectif et enfin le contrôle du comportement.

— La résolution des problèmes concerne les capacités que possède la famille pour résoudre un problème familial, c'est-à-dire un problème qui risque d'atteindre l'intégrité d'une famille en tant que système fonctionnel et qu'elle ne peut résoudre seule. Il existe deux types de problèmes : instrumentaux (aspects économiques et physiques par exemple) et affectifs (aspects émotionnels de la vie familiale), les étapes de la résolution d'un problème comprennent l'identification du problème, sa communication à la personne correspondante, l'étude des solutions possibles, puis la prise de décision et l'entreprise de l'action adéquate, enfin, en retour, la vérification de la façon dont elle a été effectuée ainsi que l'évaluation du résultat obtenu. On peut ainsi déterminer la façon dont la famille aborde ses problèmes, le processus de résolution, la (ou les) personne qui prend l'initiative, les réactions des autres membres de la famille, le type de solution adoptée, etc. . . On peut observer s'il existe des problèmes non résolus qui entraînent de nombreux conflits dans le système familial.

— La communication représente la matière dont l'information circule dans la famille. On distingue les messages dont le contenu est clair et ceux dans lequel il est masqué, les messages qui sont adressés directement à un individu et ceux qui sont déplacés, indirectement adressés. Ainsi on peut évaluer dans une famille si la communication verbale est claire, adéquate, consistante par rapport aux autres types de communication ou au contraire si elle est contradictoire, discordante ou inadaptée, si le message est clairement dirigé, s'il est reçu correctement ou au contraire s'il est flou, mal dirigé ou mal reçu. La communication est évaluée sur le plan instrumental et sur le plan affectif. Notons que l'évaluation de la communication affective se distingue de celle de l'expression affective car une famille peut être capable d'exprimer ses émotions, mais ne pas communiquer ses sentiments de façon adéquate.

— Les rôles sont, d'après Epstein, "des modèles répétitifs de comportement à travers lesquels les individus accomplissent une fonction familiale ou une série de fonctions familiales". La qualité des rôles peut être évaluée dans l'accomplissement de ces fonctions comme fournir les ressources essentielles, apporter l'attention et le soutien, avoir des activités sexuelles adultes, permettre et favoriser le développement personnel et assurer le maintien du système familial. On peut ainsi avoir une idée de la façon dont se font la répartition des rôles, le type de collaboration et la manière dont ces rôles maintiennent l'équilibre familial. En outre, certains rôles idiosyncrasiques peuvent être découverts comme celui de "bouc émissaire" ou de "tampon" ou encore la "parentification" d'un enfant.

— L'expression, ou la réponse, affective correspond à la qualité des sentiments exprimés en réponse à un stimulus au sein de la famille. Epstein distingue les émotions de bien-être (d'affection, de bonheur, etc.) et les émotions d'urgence (de colère, de tristesse ou d'inquiétude). L'évaluation concerne la façon dont elles sont exprimées dans une famille, de manière appropriée ou non par rapport à la situation, en intensité, en durée, etc. . . On retrouve ainsi des familles où certaines émotions sont totalement réprimées ou au contraire envahissantes (la colère, la tristesse, l'affection, etc. . .).

— L'investissement affectif fait référence à l'intérêt mutuel que s'accordent les membres de la famille. Se préoccupent-ils les uns des autres, et de quelle façon ? Quelle est la nature de cette implication ? Entre l'absence d'implication et la sur-implication, la position la plus saine est appelée "implication empathique".

— Le contrôle du comportement dans une famille s'applique aux situations physiquement dangereuses, aux besoins psychobiologiques et au processus de socialisation. On recherche quel type de contrôle de comportement est établi dans la famille (rigide, flexible, permissif, chaotique), si les règles familiales sont claires, comprises par tous les membres, établies avec un consensus familial, appliquées de façon fiable.

Nous voyons donc que l'on peut établir une évaluation globale d'une famille à partir de ces critères. Cependant, signalons que ce modèle reste encore un "outil" clinique en pleine évolution, qu'Epstein et ses collaborateurs le modifient au fur et à mesure de leur expérience clinique. Par exemple, les concepts tels que l'autonomie ou la psychopathologie ont été supprimés en raison de leur difficulté d'utilisation clinique. Par ailleurs, Epstein rappelle que lorsque ce modèle est bien

compris, il peut être utilisé rapidement en entrevue ce qui permet de se centrer sur la zone familiale dysfonctionnelle (Epstein, 1978).

Pour notre part, il nous semble que l'intérêt de cette évaluation familiale est plus expérimental que clinique. Certains critères sont séparés artificiellement puisque sur le plan clinique lorsque l'un est affecté, les autres le sont aussi. Par conséquent, dans notre expérience, c'est le thérapeute qui relie le symptôme avec l'un des critères, soit selon ses propres tendances, soit selon la motivation de la famille c'est-à-dire le critère qui se rattache de façon la plus évidente avec le motif de consultation. En outre, l'utilisation trop rigide de ce modèle entraîne un style d'entrevue directif qui limite les possibilités d'écouter le discours de la famille. De même l'étalement de leurs nombreuses zones dysfonctionnelles devant une famille perturbée peut avoir une conséquence négative sur la famille toute entière et ne rien apporter au processus thérapeutique, bien au contraire. Enfin, l'intérêt sur le plan expérimental de ce modèle est à opposer au caractère normatif et déterministe de ce "diagnostic de fonctionnement familial" qui nous fait émettre les plus grandes réserves quant à son utilisation clinique.

IV. Le rôle du thérapeute

Cet aspect constitue à notre avis la pierre de touche de la thérapie familiale à partir de laquelle peuvent se définir les différents types de thérapie.

Nous avons pu isoler trois fonctions principales pour le thérapeute familial : l'attitude active, le rôle de soutien et l'écoute.

L'attitude active

Le thérapeute, dans l'équipe de psychiatrie familiale de Québec, se doit d'avoir une attitude active. Comme nous l'avons vu, il doit structurer les entrevues, définir avec la famille les objectifs thérapeutiques et les priorités, etc. . . car : "laissées à elles-mêmes, les familles continuent, lors des entrevues, à fuir les conflits et les problèmes qu'elles ont antérieurement cherché à éviter plutôt qu'à affronter ; ou encore, elles persistent, pour soulager leur souffrance, dans des tentatives qui, depuis longtemps, se sont avérées vaines" (Bélanger et Chagoya, 1971). Le thérapeute identifie les processus dysfonctionnels, il relie les motifs de consultation et les perturbations familiales de façon compréhensible et acceptable pour la famille. Le thérapeute établit avec la famille des tâches concrètes visant à modifier les processus dysfonctionnels identifiés et prend des ententes précises avec elle.

D'après Basecqz (1974) "Quelle que soit la technique utilisée, la neutralité deviendra pour le psychiatre un vain mot . . . Au contraire,

lorsque le psychiatre rencontre la famille, il soutiendra tantôt l'un, tantôt l'autre des membres ; grâce à l'expression empathique d'une compréhension réelle de leur situation vécue, il prendra résolument parti à certains moments et s'engagera personnellement en établissant des alliances thérapeutiques changeantes, non en fonction de son contre-transfert, mais lorsqu'il le juge utile pour balancer dans un sens ou dans l'autre l'équilibre familial".

Une dernière tâche que nous incluons dans les attitudes actives du thérapeute est celle de corriger les attitudes éducatives inadéquates de la famille. Ceci peut correspondre par exemple à renforcer l'autorité parentale ou à modifier certaines méthodes éducatives inadéquates de la part des parents. Cependant si celles-ci constituent le principal problème, certains thérapeutes proposent d'orienter les parents vers des rencontres spécialement conçues à cette fin ou encore de leur conseiller certains ouvrages comme ceux de T. Gordon dont le plus célèbre est *Parents efficaces : une nouvelle écoute de l'enfant* (Gordon, 1976) issu des idées de C.R. Rogers (1972).

Par contre, si cette attitude active est mise en avant par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec, elle ne doit pas à notre avis faire négliger les deux autres fonctions suivantes : le rôle de soutien et l'écoute.

Le rôle de soutien

Le soutien, l'empathie, l'équité sont des éléments primordiaux. Ils constituent à notre avis le premier temps de la thérapie et jouent une grande part en thérapie familiale. En effet ce ne sont pas toujours tous les membres de la famille qui souffrent lors de la consultation et c'est bien souvent l'image qu'ils se font de la thérapie et du rôle du thérapeute qui décident de la poursuite ou non du traitement.

Le soutien se traduira par l'empathie, la compréhension du thérapeute face aux difficultés de la famille, l'impartialité de fond que la famille pourra sentir malgré certaines alliances stratégiques, l'intérêt du thérapeute vis-à-vis de tous les membres de la famille, etc. . .

Certaines techniques de soutien sont décrites par les thérapeutes familiaux de l'école d'Epstein comme "l'interprétation-sandwich", signalée par Bélanger et Chagoya et attribuée à Rado, qui désigne la séquence "soutien — confrontation — soutien", ou encore l'utilisation des forces positives de la famille, en mettant l'accent sur les aspects fonctionnels et les capacités de changement de la famille. Ce dernier point pourrait d'ailleurs, selon nous, être davantage utilisé et approfondi.

L'écoute

La qualité de l'écoute du thérapeute à l'égard de la famille a plusieurs influences. Tout d'abord elle représente à notre avis l'un des moyens les plus importants pour le thérapeute de communiquer son soutien à la famille. Justement répartie entre tous les membres de la famille, elle a elle-même une vertu thérapeutique et peut modifier les interactions familiales. Laisser la famille exposer sa propre histoire et établir ses schèmes de fonctionnement habituels donne une vue très utile tant sur le plan diagnostique que thérapeutique mais l'un des plus délicats en raison de la multiplicité des informations, la tendance de la famille à éviter les sujets problèmes et, pour le thérapeute, les difficultés à écouter un groupe.

En fait, en plus de ces problèmes techniques, il existe un problème plus profond relié à l'écoute qui est, pour le thérapeute, le risque de se retrouver lié et assimilé par la famille ; ceci de deux manières opposées, soit le refus de laisser à la famille son propre rythme selon ses propres possibilités d'intégration et de changement et de lui imposer un contrôle soi-disant thérapeutique, soit à l'inverse, de se retrouver paralysé au sein de la famille, lié par des sentiments tenant à la fois à la propre histoire familiale du thérapeute et au "jeu" de la famille en thérapie.

Cette dernière manière a été étudiée plus particulièrement par Epstein et son école. Afin de l'éviter, le thérapeute doit reconnaître les "pièges" de la famille, tels que les tentatives de coalition faites par certains membres de la famille, l'établissement de liens secrets avec le thérapeute contre d'autres membres, les manœuvres d'évitement des problèmes, de dispersion, le négativisme ou le sabotage, etc. . .

Ainsi, pour lutter contre ces éventualités, une attitude active et une connaissance de ses propres réactions sont recommandées par Epstein et ses collaborateurs. Nous y reviendrons en exposant les principes de formation du thérapeute familial.

Par contre, la première manière qui correspond à la hantise de se retrouver lié et assimilé par la famille a été rarement abordée par l'école Epstein. Elle représente pourtant à notre avis un risque relativement fréquent pour le thérapeute. Mais peut-être certains thérapeutes ne sont-ils pas conscients des inconvénients qu'il peut y avoir à garder le pouvoir et le contrôle au détriment de la famille ? Dans ce cas, nous les renverrions aux études systémiques de Jackson (1957), Watzlawick (1975) et de Selvini-Palazzoli (1978) sur le fait qu'encourager un changement entraîne automatiquement, en raison des lois de l'homéostasie, un renforcement des règles existantes.

Enfin, une dernière remarque s'impose en ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe de psychiatrie familiale de Québec. Elle est

composée de psychiatres, de travailleurs sociaux, d'infirmières psychiatriques et de thérapeutes en formation. La répartition des rôles comprend une partie commune et une partie spécifique à chaque profession. Ainsi chaque thérapeute est responsable de son cas et utilise les autres membres de l'équipe comme consultants dans un domaine spécifique. Par exemple, le travailleur social peut utiliser les compétences médicales et psychiatriques du psychiatre et réciproquement, mais la technique d'entrevue ne diffère pas dans ses principes quelque soit la profession du thérapeute.

En réalité il existe de nombreuses entorses à ce fonctionnement, ne serait-ce qu'en raison des obligations légales de l'exercice de leur profession. J. Haley a déjà soulevé ce dilemme à l'égard de la formation : "Quand le problème est au niveau de l'individu, le psychologue, le travailleur social et le psychiatre ont chacun une fonction distincte, définie par leur formation. Quand le problème est au niveau de la famille, tous les cliniciens en arrivent à faire le même travail et les différences entre les professions deviennent obscures" (Haley, 1975).

B. LA FORMATION EN PSYCHIATRIE FAMILIALE

Nous présenterons la formation que nous avons suivie dans l'équipe de psychiatrie familiale de Québec et qui est inspirée des principes d'Epstein. Nous en décrirons l'organisation à partir des objectifs visés et des moyens utilisés, puis nous terminerons par notre évolution personnelle au cours de cette formation.

I. Les objectifs se regroupent selon nous en cinq grands thèmes

— Tout d'abord l'apprentissage de la "vision systémique et interactionnelle". On y comprend la possibilité de reconnaître la valeur relationnelle d'un symptôme. La capacité de distinguer le processus du contenu correspond à la reconnaissance des schèmes interactionnels répétitifs (processus) malgré les rationalisations et le contenu du discours. Le thérapeute en formation apprend donc, pour acquérir cette vision, à être capable d'isoler et de décrire les interactions tout d'abord analytiquement puis synthétiquement.

— Simultanément le thérapeute découvre son nouveau "champ thérapeutique", la famille. Il peut étudier ce qui en fait un groupe très particulier, ce qui constitue les données et les relations spécifiques au groupe familial. Il s'aide du modèle de MacMaster pour établir un diagnostic familial et évaluer le fonctionnement des familles ainsi que leurs possibilités de changement.

— Il peut ensuite utiliser les principes techniques que nous avons déjà exposés. Il favorise la structuration et la clarification, l'identification des processus et l'établissement des buts à atteindre par la famille. Selon le type de formation donnée par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec, le thérapeute obtient donc le contrôle des interactions dysfonctionnelles grâce à l'arrêt de la séquence, l'identification du processus et la confrontation avec soutien empathique. Ainsi il est à la fois un facteur d'aide et de changement pour la famille.

— Parallèlement, le thérapeute en formation découvre l'expérience d'être assimilé par le système familial au point de se sentir lié et incapable de se dégager donc inapte à faire les interventions thérapeutiques nécessaires. Il apprend donc à reconnaître l'effet de la famille sur lui-même ainsi que ses réactions personnelles face aux membres de la famille. Il doit ou devrait être conscient de la façon dont ses caractéristiques personnelles, sa propre histoire familiale influent sur sa formation et sa pratique en thérapie familiale.

II. Les moyens

Les moyens utilisés par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec visent à aider le thérapeute en formation à atteindre ces objectifs. Ils nécessitent l'utilisation d'une salle disposant d'un miroir sans tain, d'un système d'enregistrement vidéoscopique et permettant l'installation d'une famille entière comme l'utilisation de jeux d'enfants, etc. . . Ce matériel permet ainsi l'enregistrement des entrevues familiales et par conséquent la possibilité de revoir ces entrevues soit seul, soit en présence d'un autre thérapeute. Le thérapeute peut donc éclaircir certains aspects de l'entrevue, les schèmes interactionnels de la famille, le discours ou le non verbal de certains membres, etc. . . Il peut également juger de la valeur de sa propre attitude sur le plan technique, langage utilisé, justesse de ses interventions, rapport soutien-confrontation, etc. . . et à un niveau plus profond, la validité de ses impressions, la part de ses réactions personnelles, l'éventualité d'une assimilation paralysante ou d'un manque d'implication, etc. . . La présence d'un autre thérapeute peut être utile, selon le type de relation existant entre eux, pour vérifier la part contre-transférentielle dans le déroulement de l'entrevue. Si cette présence n'aboutit pas à la cothérapie dans l'équipe de psychiatrie familiale de Québec, elle est cependant possible lors du visionnement de l'enregistrement ou derrière le miroir sans tain.

En effet, la possibilité d'effectuer l'entrevue en bénéficiant de la présence d'un "superviseur" derrière le miroir sans tain est fréquente. A notre avis, elle ne devrait jamais aboutir à l'intrusion d'un autre personnage en cours d'entrevue et devrait servir seulement au théra-

peute dans le sens d'une personne de référence à consulter lors de cas particulièrement difficiles. Il est bien évident que l'accord de la famille prime toujours sur toute autre considération dans ce cas comme dans les autres.

Par ailleurs, certaines activités de l'équipe de psychiatrie familiale de Québec sont organisées sur une base hebdomadaire. Elles comprennent la possibilité d'assister à certaines entrevues familiales derrière le miroir ainsi que le visionnement d'autres entrevues en groupe réunissant l'équipe et permettant l'analyse des schèmes interactionnels familiaux et la recherche des alternatives thérapeutiques. A ceci s'ajoute l'étude de textes permettant une réflexion théorique et pratique sur la thérapie familiale. Notons qu'à la suite d'un visionnement en groupe, la discussion peut amener l'intérêt d'un jeu de rôle qui apporte beaucoup aux acteurs et aux spectateurs. Il permet en effet la prise de conscience du rôle pris par l'un des parents, de la réaction qu'entraîne tel type d'attitude et en somme, l'étude de la relation thérapeute-famille.

III. Notre évolution personnelle

Face à cette formation et à cette forme de psychothérapie, nous avons évolué par phases, chacune d'une durée de six ou sept mois environ. La première phase a été dominée par l'ambivalence suivante : l'intérêt que suscitait une pratique tout à fait différente de celle que nous connaissions et la difficulté à inclure les principes thérapeutiques dans notre schéma habituel de pensée hérité de notre formation psychiatrique. Elle fut l'occasion de liquider un certain nombre de faux problèmes, tels que ceux décrits par Basecqz (1974), qui ne sont en fait qu'un mode de résistance à un abord nouveau, donc angoissant, des troubles psychiatriques. La deuxième phase représente la période d'assimilation au modèle que nous avons décrit. Ce fut une satisfaction notable de comprendre enfin le langage systémique et de l'appliquer, au moins selon notre niveau de formation, à notre pratique quotidienne. La troisième phase fait resurgir l'ambivalence mais sous une autre forme, c'est-à-dire l'émergence d'une position personnelle, d'une "différenciation", face à la thérapie enseignée.

Nous avons donc présenté le modèle de thérapie familiale tel qu'il est enseigné par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec. Nous tenons ici à insister sur le courage et le dynamisme de cette équipe qui a réussi à implanter une approche si différente des voies psychiatriques habituelles malgré les résistances qu'elle a rencontrées. Même si nous avons des opinions divergentes, nous sommes confiants dans les possibilités d'évolution de cette équipe et nous suivrons avec intérêt leur cheminement futur.

De même, si notre pratique personnelle suit une voie différente, il nous paraît cependant utile de connaître un tel modèle et cette formation, tant pour tirer des leçons de ses écueils que pour utiliser les aspects positifs de cette pratique.

RESUME

L'auteur décrit le modèle de thérapie familiale d'Epstein, ses principes thérapeutiques, ses critères d'évaluation du fonctionnement familial ainsi que le rôle du thérapeute.

A partir de ce modèle, une formation a été organisée par l'équipe de psychiatrie familiale de Québec dont les objectifs et les moyens sont exposés.

Enfin l'auteur résume son évolution personnelle au cours de cette formation.

SUMMARY

The author gives a description of the model of Epstein's family therapy, its therapeutic principles, its evaluation criteria of the familial system and the role of the psychiatrist.

According to this model, a training has been set up by the group of family psychiatry of Quebec. Its aims and its means are described.

Finally the author summarizes his own evolution during this training.

BIBLIOGRAPHIE

1. BASECQZ, G. : *La psychothérapie familiale conjointe*. Acta Neurol. Belg. 68 (6) : 383-391, 1968.
2. BASECQZ, G. : *L'approche interrelationnelle familiale en psychiatrie : une philosophie plutôt qu'une technique*. Acta Psychiat. Belg. 74 (4) : 389-404, 1974.
3. BELANGER, R., CHAGOYA, L. : *Techniques de thérapie familiale*. Presses Univ., Montréal, 1973.
4. EPSTEIN, N. : *Family therapy today : an overview*. Laval Médical 41 (6) : 835-844, 1970.
5. EPSTEIN, N., BISHOP, D., LEVIN, S. : *The MacMaster model of family functioning*. Journal of Marriage and Family Counselling 4 (4) : 19-31, 1978.
6. EPSTEIN, N., WESTLEY, W. : *Silent Majority*, Jossey-Bass Inc. Pub., San Francisco, 1970.
7. GORDON, T. : *Parents efficaces : une nouvelle écoute de l'enfant*. Fayolle, Paris, 1976.

L'ETAT STABLE DU SYSTEME FAMILIAL : UNE ANALYSE ORGANISATIONNELLE

Etienne DESSOY, Sylvie GOFFIN, Andrée WERY,
Guy L. JADOT, Michel BOULANGER*

Cet article présente l'analyse de l'Etat stable, analyse qui constitue en fait la première partie d'une étude plus vaste, celle d'un modèle organisationnel de la famille avec un patient désigné. Nous allons en développer brièvement les idées maîtresses afin que le lecteur puisse placer ce présent article dans son contexte. Le double-lien décrit par G. Bateson et al. ne peut exister isolément mais s'intègre nécessairement dans une boucle organisationnelle pathogène plus large. Cette boucle associe en les organisant entre eux les trois éléments suivants : le double-lien observé dans le sous-système d'un parent et du patient désigné, un paradoxe de type logique qui émerge des modifications produites dans le second sous-système formé par l'autre parent et éventuellement d'autres personnes, enfin une antinomie dans la définition des lois de l'Etat stable résultant de sa transformation. Une nouvelle organisation familiale émerge, elle procède de trois contraintes qui s'appellent et se répondent dans une relation complémentaire spécifique : l'une est pragmatique (double-lien), l'autre logique (paradoxe de type logique), et la troisième sémantique (antinomie). Cette triple contrainte nous paraît représenter la plus petite unité systémique pathogène.

1. L'ORGANISATION D'UN SYSTEME

Définir la nature et la fonction de l'Etat stable d'une famille nécessite au préalable une nouvelle définition du système qui inclut le concept d'organisation. Ce détour nous permettra de proposer une nouvelle conception de l'Etat stable qui ne se limitera pas, comme c'est habituellement le cas, tant dans la recherche théorique que dans les thérapies familiales, au seul jeu des rétroactions négatives.

1.1. Définition d'un système

La définition que l'on retrouve classiquement en thérapie familiale est celle de Hall et Fagen, reprise par P. Watzlawick (6) : "Un système

* Les auteurs sont membres du service thérapeutique de l'A.S.B.L. "La Ferme du Soleil", 51, rue Colonel Joset, B-4364, Soumagne-Belgique.

est un ensemble d'objets et les relations entre ces objets et entre leurs attributs". (p. 12). Cette définition, comme celles de nombreux autres auteurs, fait intervenir deux caractères : l'interrelation des éléments d'une part et l'unité globale constituée par ces éléments en interaction d'autre part.

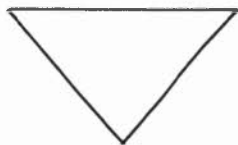
C'est ici qu'intervient un des apports essentiels d'E. Morin (4) qui propose de lier les concepts de totalité et d'interaction par celui d'organisation. Et de rappeler la définition de F. de Saussure : "Le système est une totalité organisée, faite d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres, en fonction de leur place dans cette totalité". Ainsi, selon Morin, il ne suffit plus "... d'associer interrelation et totalité, il faut aussi lier totalité à interrelation par l'idée d'organisation. L'organisation, concept absent de la plupart des définitions du système, était jusqu'à présent comme étouffée entre l'idée de totalité et l'idée d'interrelation, alors qu'elle lie l'idée de totalité à celle d'interrelation, les trois notions devenant indispensables" (p. 102). Cette articulation permet à E. Morin de proposer une définition du système, que nous reprendrons à notre compte : "... comme unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus" (p. 102).

1.2. L'organisation

Cette définition nous conduit à examiner ce que E. Morin appelle le "concept trinitaire" :

organisation

système



interrelation

Le concept d'interrelation renvoie aux types de liaisons entre les éléments et entre les éléments et le tout. Le concept de système renvoie à l'unité complexe du tout, à ses caractères et ses propriétés phénoménales. Le concept d'organisation enfin renvoie à l'agencement des parties dans, et par le tout.

Prenons l'exemple des isomères qui sont composés de la même formule chimique et ont la même masse moléculaire mais présentent néanmoins des propriétés différentes du fait d'une différence dans

l'agencement des liaisons entre atomes dans la molécule. "Nous présentons par là, le rôle considérable de l'organisation si celle-ci peut modifier les qualités et les caractères des systèmes constitués d'éléments semblables mais agencés, c'est-à-dire organisés différemment" (4) (p. 104).

1.3. L'organisation de la différence

Le système est un et multiple et se fonde sur l'organisation des différences. Toute interrelation organisationnelle suppose à la fois des liens entre éléments et le maintien des différences sans lesquelles tout se confondrait. Ainsi chaque constituant d'un système a une double identité : son identité propre et son identité liée à sa participation au tout. Cela pose le problème de la relation complexe complémentaire, concurrente et antagoniste entre la diversité et l'unité, entre le déploiement de la variété et l'ordre répétitif. "La prédominance de l'ordre répétitif étouffe toute possibilité de diversité interne et se traduit par des systèmes pauvrement organisés et pauvrement émergents (...) à l'autre limite l'extrême diversité risque de faire éclater l'organisation et de la transformer en dispersion..." (4) – (p. 116).

1.4. L'antagonisme organisationnel

E. Morin (4) exprime que : "Toute interrelation organisationnelle suppose l'existence et le jeu d'attractions, d'affinités, de possibilités de liaisons ou de communications entre éléments ou individus. Mais, le maintien des différences suppose également l'existence de forces d'exclusion, de répulsion, de dissociation, sans lesquelles tout se confondrait et aucun système ne serait concevable." Il faut donc, continue l'auteur que : "dans l'organisation systémique, les forces d'attraction, affinités, liaisons, communications etc. . . prédominent sur les forces de répulsion, exclusion, dissociation, qu'elles inhibent, contiennent, contrôlent, en un mot *virtualisent* (...) Ainsi, toute relation organisationnelle, donc tout système, comporte et produit de l'antagonisme en même temps que de la complémentarité. Toute relation organisationnelle nécessite et *actualise* un principe de complémentarité, nécessite et plus ou moins *virtualise* un principe d'antagonisme" (p. 118-119). Ainsi, les Proto-étoiles se constituent par rassemblements gravitationnels ; l'accroissement de densité accroît l'accroissement de densité ; cette densité devient telle, au cœur des noyaux astraux, que les collisions entre particules se multiplient de façon de plus en plus violente, jusqu'à déclencher des réactions thermonucléaires en chaîne : dès lors l'étoile s'allume. Elle devrait exploser, comme une bombe à hydrogène, mais la ruée gravitationnelle au cœur de l'étoile est de nature quasi implosive si

bien que les deux processus se régulent. Les forces de liaisons (principe de complémentarité) prédominent sur les forces de dissociations (principe d'antagonisme) et maintiennent l'étoile en vie.

Après avoir exprimé que l'antagonisme est une fonction indispensable à l'existence même d'un système, E. Morin (4) montre que la complémentarité produit elle-même un autre antagonisme : "... Aux antagonismes que suppose et virtualise toute liaison ou toute intégration, se conjugent des antagonismes que produit l'organisation des complémentarités (...) L'organisation des complémentarités est inséparable de contraintes ou répressions ; celles-ci virtualisent ou inhibent des propriétés qui, si elles devaient s'exprimer, deviendraient anti-organisationnelles et menaceraient l'intégrité du système. Ainsi, les complémentarités qui s'organisent *entre les parties*¹ secrètent des antagonismes, virtuels ou non (...) C'est donc le principe de complémentarité lui-même qui nourrit en son sein le principe d'antagonisme (...)" (p. 119). Les forces de liaison qui assurent la vie de l'étoile et représentent le principe de complémentarité de ce système, trouvent leur origine dans la conjugaison des deux processus antagonistes (la tendance explosive et la ruée gravitationnelle de nature implosive) qui annulent leurs effets en une régulation mutuelle. Cette régulation assurera une vie à l'étoile jusqu'à l'explosion ou la contraction finale, c'est-à-dire au moment où une des deux forces antagonistes l'emportera nettement sur l'autre faisant ainsi disparaître le principe de complémentarité. "Tout système présente donc une face diurne émergée, qui est associative, organisationnelle, fonctionnelle, et une face d'ombre, immergée, virtuelle qui en est le négatif. Il y a antagonisme latent entre ce qui est actualisé et ce qui est virtualisé. La solidarité manifeste au sein du système et la fonctionnalité de son organisation créent et dissimulent à la fois cet antagonisme porteur d'une potentialité de désorganisation et de désintégration. On peut donc énoncer le principe d'antagonisme systémique : *l'unité complexe du système à la fois crée et refoule de l'antagonisme*" (p. 119).

Avant d'aborder la question de la régulation d'un système humain, il est intéressant d'entendre l'explicitation qu'en fait E. Morin (4) lorsqu'il se place au niveau des systèmes généraux. "... Tout système dont l'organisation est active, est en fait un système où les antagonismes sont actifs. Les régulations supposent un minimum d'antagonismes en éveil. La rétroaction qui maintient la constance d'un système ou régule une performance est dite négative (rétroaction négative), terme fort éclairant : *déclenchée par la variation d'un élément*, elle tend à annuler cette variation. L'organisation tolère donc une marge de fluctuations qui, si elles n'étaient inhibées en deçà d'un certain seuil, se développe-

¹ C'est nous qui soulignons.

raient de façon désintégrante en *rétroaction positive*. La *rétroaction négative* est donc une action antagoniste sur une action qui elle-même actualise des forces anti-organisationnelles. On peut concevoir la *rétroaction négative* comme un antagonisme d'antagonisme, une anti-désorganisation ou anti-anti-organisation. La régulation dans son ensemble peut être conçue comme un *couplage d'antagonismes* où l'activation d'un potentiel anti-organisationnel déclenche son antagoniste lequel se résorbe lorsque l'action anti-organisationnelle se résorbe. Ainsi, l'organisation active lie de façon complexe et ambivalente complémentarité et antagonisme" (pp. 119 à 121). L'exemple de la genèse du Cosmos met en lumière l'importance des *rétroactions négatives* dans la création et la vie des systèmes. Les concentrations gravitationnelles sont des déviations puis des tendances dans le processus majoritaire de dispersion. "... les *rétroactions positives* sont morphogénétiques puisqu'une *rétroaction positive* gravitationnelle opère la genèse d'une étoile et que deux *rétroactions positives* antagonistes lui donnent vie. Toutefois, il est clair qu'il faut deux *rétroactions positives* inverses pour que l'effet destructeur de chacune soit annulé et cette annulation prend forme de *rétroaction négative*. Il est clair que toute boucle est annulation de *rétroaction positive*" (4) — (p. 220).

Dans la *Théorie Générale des Systèmes*, von Bertalanffy énonçait déjà la présence de cette bi-polarité fondamentale que reprend et explicite E. Morin. Chaque système vivant, disait von Bertalanffy doit être caractérisé par deux fonctions apparemment contradictoires : la tendance homéostatique et la capacité de transformation, le jeu de ces deux fonctions maintenant le système en équilibre provisoire en garantit l'évolution. Cependant, von Bertalanffy n'a pas exprimé le caractère organisationnel du principe d'antagonisme.

2. ETUDE DE L'ETAT STABLE

2.1. Une conception holistique de l'homéostasie

Constatant le double emploi qui est fait du terme "homéostasie" (comme fin et comme moyen), P. Watzlawick (6) propose de : "... parler de l'Etat stable ou de la constance d'un système", c'est-à-dire la fin, "état qui est en général maintenu grâce à des mécanismes de *rétroaction négative*" (p. 144), les moyens. S'il remarque l'insuffisance d'un "pur et simple modèle d'homéostasie" (p. 145) P. Watzlawick (6) nous laisse cependant sur notre faim, car rien n'est proposé qui permette de comprendre la nature de la complexité organisationnelle qui se régule dans une *rétroaction négative*, surtout quand on sait que la

rétroaction positive est souvent considérée comme un parasite dans la communication et que les auteurs ont tendance à l'écarter de leur champ d'observation.

Notre expérience clinique témoigne bien sûr de ce que les familles perturbées (et particulièrement les familles d'enfants psychotiques chroniques avec lesquelles nous travaillons généralement) se révèlent réfractaires au changement et tendent à se maintenir dans un 'statu quo' qui, en dernière analyse, relève certainement de rétroactions négatives. Mais, nous avons également appris qu'une analyse en ces seuls termes de l'équilibre complexe de ces familles se révèle radicalement insuffisante. Se borner à décrire ces familles comme des "systèmes à forte homéostasie" revient à occulter une grande partie de la réalité complexe de l'organisation des interrelations (qui aboutit, il est vrai, à l'émergence d'un patient identifié dont les comportements renforcent une rétroaction négative finale). Nous ne sommes pas loin de l'explication par les "vertus dormitives de l'opium", comme dans la comédie de Molière. Nous allons montrer que l'Etat stable, si peu approché par les différents auteurs, se construit sur de puissantes rétroactions positives qui, avec les rétroactions négatives, s'organisent en une configuration particulière.

2.2. Définition et création de l'Etat stable

Nous nous attacherons ici à l'Etat stable tel qu'il peut exister dans un système familial ordinaire, bien que nos préoccupations cliniques nous orientent plutôt vers l'étude de systèmes incluant un patient identifié. Comprendre la construction de l'Etat stable dans de tels systèmes nécessiterait des développements qui ne trouveront pas leur place dans le cadre de cet article. Nous les avons rapidement exposés ailleurs² et espérons pouvoir bientôt en publier un développement aussi complet que possible.

Tout jeune couple doit répondre à cette question : "Comment allons-nous vivre ensemble ? ", question qui renvoie à l'existence des règles familiales, introduites par D.D. Jackson (3). A côté de cet ensemble de lois familiales que nous appellerons "complexe de lois organisationnelles" existent des lois personnelles qui fondent la singularité de l'individu. Lois familiales et lois personnelles entretiennent entre elles des relations complexes que nous allons tenter de montrer progressivement. Illustrons d'abord notre propos en retenant deux lois universelles inhérentes à tout système : lois d'unité et d'autonomie³ et

² Cfr. bibliographie (1) et (2).

³ Ce point ne peut pas faire ici l'objet d'un grand développement. Disons seulement que nous pensons que toutes les lois qui peuvent être observées dans le fonctionnement du système se distribuent autour de ces deux grands thèmes (unité et autonomie).

voyons, un peu naïvement sans doute, quel pourrait être leur sort dans la formation d'un jeune couple (tout à fait imaginaire, faut-il le souligner).

Françoise est une jeune fille qui, chez elle, a comme rôle de renforcer par ses comportements un complexe de lois organisationnelles tournant autour du thème de l'unité bien que secrètement, elle aspirait aussi à vivre libre et autonome. Mais le thème qui domine l'ensemble de la vie familiale est celui de l'unité et chaque membre participe à sa manière à entretenir ce complexe de lois. Un jour, elle fait la rencontre d'un jeune homme qui se montre indépendant et fort libre des contingences familiales. Patrick, appelons-le ainsi, se soumet au complexe de règles qui organise sa propre famille dans le sens de l'autonomie, mais nous savons que, bien qu'il ne le montre guère et aurait même sans doute quelques réticences à le reconnaître, il est en fait attiré par la vie en société, les rapports humains intenses et stables... Dans sa famille cependant c'est un désir qu'il doit réfréner car on s'y montre très respectueux de l'autonomie entre les personnes et on la favorise.

Patrick et Françoise apprennent à se connaître et se révèlent rapidement fort attirés l'un vers l'autre, chacun pensant trouver chez son partenaire un moyen de développer ses tendances personnelles, jusque là restées latentes. Bientôt apparaîtront les difficultés de la vie en commun et si leur relation résiste à l'"épreuve de la réalité", c'est le signe qu'un nouvel Etat stable s'est créé entre eux. Cet Etat stable est la définition du rapport entre les tendances personnelles. Supposons que le rapport entre le complexe de lois organisationnelles de la famille de Patrick et sa loi personnelle ait été du type :

$$\frac{\text{intensité } 5^4 \text{ du complexe de lois organisationnelles}}{\text{(tournant autour de l'autonomie)}}$$

intensité 2 de la loi personnelle d'unité.

Chez Françoise le rapport était à peu près inverse :

$$\frac{\text{intensité 5 du complexe de lois organisationnelles}}{\text{(tournant autour de l'unité)}}$$

intensité 1 de la loi personnelle d'autonomie

⁴ Il faut souligner que ce rapport ne constitue absolument pas un rapport mathématique et que les chiffres proposés ici sont totalement arbitraires.

Le nouvel Etat stable qui se crée au sein du jeune couple peut donc être décrit par le rapport suivant :

intensité 4 de la loi d'unité

intensité 3 de la loi d'autonomie

Ce rapport entre l'intensité des deux lois, stabilise provisoirement le nouveau système et l'assied. Il est une troisième définition issue de leur capacité à trouver un compromis où chacun va gagner et perdre quelque chose à la fois. En effet, la jeune fille tout en augmentant ses possibilités de s'autonomiser, devra tenir compte, si elle veut vivre avec cet homme, de la nécessité d'actualiser aussi des comportements qui favoriseront l'unité familiale. Si bien que l'intensité '3' de la loi d'autonomie est peut-être une intensité inférieure à celle qu'elle aurait 'souhaité' actualiser dans l'absolu. Quant au jeune homme, il tire avantage d'une vie familiale beaucoup plus importante que celle qu'il a connu dans sa jeunesse ; s'il veut vivre avec cette jeune femme, il devra cependant accepter que la loi d'autonomie reste vivante dans le couple. Dès lors, l'intensité '4' de la loi d'unité est peut-être inférieure à ce qu'il aurait 'souhaité' qu'elle soit s'il n'avait du 'composer' avec sa compagne. Nous constatons que les intensités inscrites dans l'Etat stable ne correspondent pas à l'idéal de chaque personne prise isolément. Ces intensités sont donc bien un troisième terme par rapport aux intensités désirées des deux personnes. Elles sont la *résultante* des multiples interactions, un arrangement original construit à partir des échanges dans le jeune couple. Il est important de bien comprendre que ce nouveau complexe de lois organisationnelles n'est pas quelque chose imposé de l'extérieur, mais la définition d'un Etat stable qui reflète le plus exactement possible l'arrangement que deux êtres différents trouvent, à un moment donné pour organiser leur communauté.

2.3. La polarisation de l'Etat stable

Ce complexe de lois est en quelque sorte *polarisé*⁵. Nous voulons dire que l'unité organisationnelle qui émerge du rapport des lois dirige la famille vers l'actualisation d'une tendance préférentielle, c'est-à-dire que le rapport $\frac{4}{3}$ qui caractérise l'Etat stable de notre exemple signifie pour l'observateur étranger une organisation qui tiendrait davantage compte de l'unité à maintenir dans la famille sans pour autant négliger l'autonomie des personnes. Entendons-nous bien, c'est la résultante elle-même du rapport entre l'intensité des deux lois qui donne la

⁵ Polarisation : Au figuré : action de concentrer en un point des forces, des influences. (Dict. Robert.)

polarisation de l'Etat stable et non pas une loi au détriment de l'autre. Nous sommes ici plus en présence d'une combinaison chimique que d'une quantification physique. L'idée de polarisation recouvre l'ensemble des forces complémentaires nécessaires à l'existence d'un système. C'est la face visible et associative de la famille, ce qui lui donne sa cohésion, son originalité et la distingue des autres familles. La face cachée du système recouvre les forces antagonistes virtualisées : l'observation des éléments qui constituent l'Etat stable indique deux ensembles de lois qui entretiennent entre eux des relations complémentaires diverses, différentes, concurrentes ou antagonistes ; si le rapport $\frac{4}{3}$ maintenu dans un relatif non-changement se modifie brusquement et présente un nouveau rapport entre des intensités symétriques de lois (par ex. $\frac{6}{6}$), cette modification rend les lois franchement et uniquement antagonistes au point que s'il fallait donner une définition littéraire de l'Etat stable à ce moment, l'écart entre les lois les rendant incompatibles, ferait de cette définition une véritable antinomie. A cet instant, les forces complémentaires et la polarisation disparaissent. Les forces antagonistes s'actualisent plaçant le système en crise ou le faisant disparaître. Notre expérience clinique nous permet d'observer une troisième solution que nous nous bornerons à esquisser. Il arrive que la crise ouverte ou l'éclatement du système soit impossible. Le système impose alors à tous ses membres une nouvelle et très puissante complémentarité rigide d'un type très particulier qui a le "mérite" d'éviter l'éclatement et l'ouverture de la crise. Nous constatons que pour se maintenir vivant, ce système se dote d'une nouvelle organisation qui impose à l'ensemble des membres des interrelations pathogènes dont le plus souvent émerge, par nécessité organisationnelle, un patient désigné.

Nous venons d'exprimer que la structure de l'Etat stable actualise ordinairement des forces complémentaires et polarise le système familial. Cette même structure contient en elle les ferments de forces antagonistes qui ordinairement restent virtualisées.

2.4. L'organisation de la complémentarité

A première vue on pourrait comprendre que l'accord trouvé par le jeune couple se maintient tel quel et se reflète dans l'Etat stable. Penser cela serait croire que l'Etat stable figé dans l'immobilisme aurait un statut comparable à un code de lois rigides, extérieures à la famille⁶,

⁶ Ce serait assimiler à tort l'Etat stable à un programme cybernétique tel que cette science le définit actuellement.

code auquel il faut se soumettre. En réalité cet Etat stable est la résultante des interrelations que les personnes ont entre-elles et une réciprocité circulaire relie les interrelations à la définition de l'Etat stable. Autrement dit, cette définition *s'actualise* dans les interrelations en pouvant les modifier et en retour les interrelations influencent l'Etat stable. Or, les interactions se font suivant un jeu de balance extrêmement délicat, fragile et souple à la fois. Dans les meilleures situations d'entente conjugale, les rééquilibrations sont minimales, mais il faut bien voir que même là, l'antagonisme entre les tendances unitaire et autonome reste potentiellement présent puisque ces deux complexes de lois sont inscrits dans l'Etat stable.

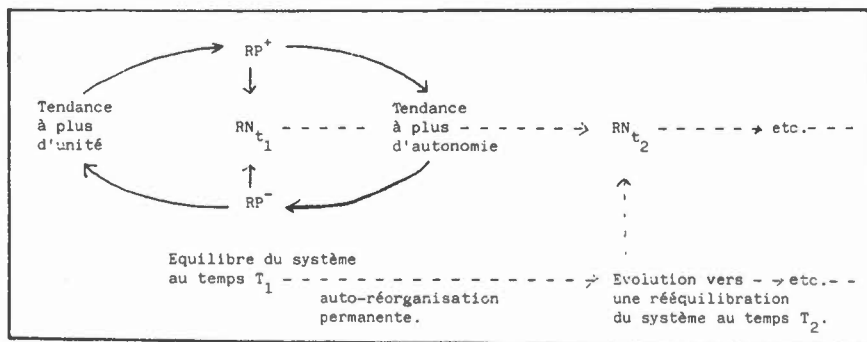
Il arrivera qu'un conjoint ait tendance à accentuer le poids de sa composante personnelle : cette démarche peut être considérée comme un acte antagoniste qui s'actualise et porte sur l'équilibre précédent. Si la jeune femme se montre indépendante plus qu'il n'a été décidé implicitement de l'être entre eux deux, nous la voyons proposer un changement par rapport à ce qui a été antérieurement défini ; c'est bien là une rétroaction positive à laquelle va répondre le mari par une sur-activation de tendances unitaires dans le but de maintenir, ou de faire revenir la définition de la vie commune, dans les rails antérieurement établis. A cet instant, le mari se montre antagoniste à l'antagonisme de sa femme. De même, si le mari montre de plus en plus une tendance au resserrement des liens et qu'il oblige sa femme par exemple à jouer la 'fée du logis' bien davantage qu'il ne l'avait été décidé implicitement auparavant, ce faisant le mari propose un changement qui passe par un ensemble de rétroactions positives. A ces messages la femme rétroagira en développant davantage de comportements autonomes destinés à rétablir la situation antérieure. Elle aussi, à ce moment devient une antagoniste à l'antagonisme montré par son mari.

Le jeu des rétroactions et des antagonismes entre les deux complexes de lois se réalise par de constantes ruptures d'équilibre qui tentent de se contre-balancer l'une l'autre. Aucune des deux propositions n'est conforme au rapport inscrit dans l'Etat stable et pourtant c'est par ce jeu que la polarisation se maintient dans un non-changement relatif et qu'une lente évolution s'observe. L'Etat stable est donc en perpétuel devenir, il reflète à tout moment la dynamique des interrelations et de celle-ci émerge la *rétroaction négative* du système issue de la conjugaison entre deux rétroactions positives antagonistes qui annulent leurs effets et maintiennent la famille dans la complémentarité.

Représentons la dynamique des rétroactions positives lorsqu'elles s'actualisent au temps T_1 du système :

RP^+ : rétroaction positive qui tente d'actualiser plus d'unité ;

RP^- : rétroaction positive qui tente d'actualiser plus d'autonomie.



2.5 Les niveaux de l'organisation

Nous terminerons cette analyse par une distinction qui prendra toute son importance lorsque l'on voudra aborder les systèmes "pathologiques". Nous avons déjà dit que l'Etat stable est la résultante des interactions entre les membres du couple et n'est en fait identique à la proposition de lois personnelles d'aucun des conjoints. Il constitue donc un troisième terme stabilisateur qui définira le non-changement relatif du couple.

Donc, en considérant de façon hiérarchique l'organisation du système, nous pouvons constater que l'Etat stable se situe à un niveau hiérarchique supérieur à celui des lois personnelles de chacun des conjoints. Autrement dit, la tentative éventuelle de l'un ou de l'autre conjoint de définir unilatéralement cet Etat stable équivaudra à un paradoxe de type logique, qui déclenchera dans le système des modifications fondamentales amorçant le processus "pathologique" !

3. CONCLUSION

De nombreux auteurs ont souligné l'importance de tenir compte, en plus des tendances au non-changement, des capacités de transformation existant au sein de tout système. Von Bertalanffy avait déjà attiré l'attention sur cette bipolarité fondamentale des systèmes mais n'était pas arrivé, comme l'a fait Morin, à exprimer le caractère organisationnel du principe d'antagonisme. Dans le domaine de recherche qui est le nôtre, malgré certaines mises en garde (Speer, 5), on en est générale-

ment resté à la rétroaction négative, tout comme l'a longtemps fait la cybernétique. Une conception des systèmes familiaux qu'ils soient "normaux" ou "pathologiques" comme essentiellement gouvernés par le jeu des rétroactions négatives nous a paru incomplète et génératrice d'impasses au niveau théorique et peut-être de déboires sur le plan thérapeutique. Avec l'aide des outils conceptuels développés par E. Morin, nous avons voulu proposer une autre approche (qualifiée d'organisationnelle) des systèmes familiaux, approche qui a abouti à des concepts comme celui d'Etat stable polarisé, d'antagonisme... Les chercheurs et les praticiens qui voudront bien s'y mettre à l'écoute ne pourront que favoriser le travail des autres chercheurs et praticiens que nous sommes en répondant à notre démarche par d'autres propositions, complémentaires ou antagonistes.

RESUME

Cet article propose de sortir le concept d'homéostasie ou Etat stable d'un système, de la conception holistique dans laquelle on l'enferme généralement en le considérant comme uniquement maintenu par des mécanismes de rétroaction négative. En nous aidant de la Théorie organisationnelle développée par E. Morin nous proposons de considérer l'Etat stable comme un rapport entre les intensités des lois personnelles des deux conjoints, lois qui se polarisent en un complexe unitaire appelé loi familiale. Cette conception fait ressortir deux sortes d'antagonismes qui se conjuguent : 1) les forces antagonistes contrôlées et virtualisées par les forces complémentaires qui s'actualisent et assurent l'existence du système. 2) La construction et le maintien des forces complémentaires se fait par le jeu entre les rétroactions positives antagonistes qui actualisent dans les interactions, les lois personnelles différentes des conjoints. L'effet destructeur de chaque rétroaction positive est mutuellement annulé, créant par là une rétroaction négative qui assure le maintien de l'Etat stable dans un très relatif non-changement. Cette analyse permet une meilleure compréhension des organisations pathogènes.

SUMMARY

This paper proposes to examine again the homeostasis concept, or steady State of a system, and the holistic conception in which it is generally kept in confinement, considering it as merely sustained by negative feedback mechanisms. The organizational theory developed by E. Morin, allow us to consider the steady State as a relation between

the intensity of the two marital partners' personal laws, polarized in a unitary complex called family law. This conception emphasizes two kinds of antagonisms that are combined : 1) the antagonist forces are controlled and "virtualized" by the complementary forces which are actualized, and which fasten the existence of the system. 2) The building and the keeping of the complementary forces are done by the play between antagonist positive feedbacks which actualize, in the interactions, the two marital partners' personal laws. The destroying effect of each positive feedback is mutually annulled, so creating a negative feedback that fasten the carrying on of the steady State in a very relatively unchanged manner. This analysis allows a better comprehension of pathogenic organizations.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOULANGER, M. : *Propositions pour un modèle organisationnel de la famille de l'enfant névrotique ou border-line*. Communication au IXème Congrès de l'Association Internationale de Cybernétique, Namur, 1980.
2. DESSOY, E. : *Éléments d'une approche organisationnelle de la famille avec un enfant psychotique chronique quasi depuis la naissance*. Communication au "Colloque Pluridisciplinaire sur la Psychose", Ottignies, 1980.
3. JACKSON, D.D. : *The study of the family*, *Family Process*, 4, 1-20, 1965.
4. MORIN, E. : *La Méthode*, tome I : *La Nature de la Nature*, Paris, Seuil, 1977.
5. SPEER, D. : Family sustems : Morphostasis and Morphogenesis, or "Is Homeostasis Enough ?" *Family Process*, vol. 9, No 3, 259-278, 1970.
6. WATZLAWICK, P. et coll., *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972.

INFORMATION :

Depuis deux ans fonctionne à Paris, un groupement d'équipes systémiques de thérapie familiale qui tient des rencontres sur des thèmes cliniques.

Coordinateurs : J.C. Benoît, J.-G. Lemaire, R. Neuburger, B. Prieur, J. Rudrauf et P. Segond.

Pour toute information : Dr J.C. Benoît, CHS,
54, av. de la République, 94800 Villejuif

L'HISTOIRE DE SOPHIE

Colette CHOURAQUI-SEPEL

Sophie est la première patiente qui m'ait été confiée, il y a deux ans et demi lors de mon stage d'interne dans le service du Docteur J.C. Benoit, à l'hôpital de Villejuif.

Je ne prétends pas exposer ici un exemple de thérapie familiale réussie. On ne peut d'ailleurs pas, à propos de ce cas, parler de thérapie familiale.

Mais j'aimerais montrer comment le mode de pensée et l'approche systémique (et de ce fait l'élaboration d'hypothèses circulaires, la mise en place d'entretiens familiaux) ont permis une appréhension plus rapide et directe de la réalité de Sophie et ont modifié une prise en charge qui reste, cependant, individuelle.

Sophie, 24 ans, infirmière, est hospitalisée pour la première fois en milieu psychiatrique pour un épisode psychotique aigu. Ses troubles (isolement, propos délirants) ont débuté brutalement lors d'un séjour à la montagne avec une amie. Sophie, rapatriée d'urgence en région parisienne, est alors hospitalisée. C'est son beau-père et sa demi-sœur qui l'accompagnent et nous apprennent en vrac, à l'entrée, qu'elle vit seule depuis quelques années, est très appréciée professionnellement, qu'elle ne connaît pas son père et qu'elle a un frère jumeau, Albert, psychotique hospitalisé depuis 10 ans environ.

Dans le service, Sophie, ludique et très dissociée, couvre des pages et des pages de dessins hermétiques ou très symboliques (cœur, soleil), des initiales de l'homme qu'elle aime et de messages du genre : "Incroyable, mais vrai. Je n'ai pas de mère-père. C'est M. qui a dû participer au rapt des deux enfants, une fille (moi) et un garçon (Albert) d'une famille très riche mais simple. Albert, son état s'améliore. Il faut qu'il trouve un foyer, c'est-à-dire : 1 papa + 1 maman + 1 sœur = SECURITE".

Quelques jours après l'entrée, la mère et la demi-sœur, Michèle, sont reçues à leur demande et en présence de Sophie, comme c'est la règle dans le service. Toutes deux s'asseoient côte à côte, la mère pleure et se mouche sans arrêt, Michèle la console. Sophie entre la dernière dans le bureau et sans regarder sa mère, va s'asseoir préemptoirement du côté des médecins ! (n'est-elle pas, après tout, infirmière ?). Elle engage *in petto* l'entretien : "Combien d'enfants avez-vous, Madame ? "

A. Le premier entretien réunit :

- Sophie (S), sa mère (M), son beau-frère (B.P.) et sa grand-mère maternelle (G.M.), personnage important qui participe activement à la vie familiale.
- L'interne (moi) T1), un médecin assistant (T2), le médecin chef (T3), la psychologue (T4) et une infirmière (T5).

Il nous permet d'y voir plus clair dans la constellation familiale et de dresser un programme.

Après divorce (1954) et rupture (1955), la mère est retournée vivre chez sa mère, avec ses enfants. Mais Albert, trop difficile, a été placé en institution (IMP puis HP) vers 1960.

Lorsque la mère s'est remariée en 1962, elle a quitté bien sûr sa mère (!) et emmené avec elle Sophie, alors âgée de sept ans. Michèle, douze ans, a préféré rester chez sa grand-mère maternelle, dont elle a toujours été la préférée.

Le père des jumeaux n'est pas aussi "secret" qu'on nous l'avait laissé entendre au début. Tout le monde connaît son nom de famille. Il était veuf et père d'un garçon quand la mère l'a rencontré. Sophie se souvient être allée rendre visite à ses grands-parents paternels avec Albert et la grand-mère maternelle. Elle a enfin rencontré son père une fois. Il faisait partie de l'équipe qui a suivi parallèlement les jumeaux dès le début des troubles d'Albert !! La mère raconte très fièrement qu'elle a révélé sa conduite indigne et l'a fait renvoyer !

Durant cet entretien, dont voici quelques extraits, sont évoqués l'enfance de Sophie et les problèmes relationnels entre sa mère et elle.

1° transaction : le divorce de la grand-mère maternelle

GM : Ma fille travaillait, elle ne rentrait pas déjeuner. *J'ai tout fait, le père, la mère . . .*

T2 à la GM : Vous étiez seule, Madame ?

M et GM : Etonnées : Seule ? ?

T2 : Oui, votre mari . . . ? Vous étiez veuve ?

GM : Mon mari ? Oh ! Il est mort à la guerre, *les enfants* ne l'ont pas connu, c'est mieux.

T2 : Les enfants ? Vous avez donc eu d'autres enfants ?

GM : Non (elle met donc sur le même plan générationnel sa fille et ses petits enfants).

M : Mes parents étaient séparés . . .

2° transaction : qui est responsable de la maladie de Sophie ?

M : Il faut comprendre. Serait-ce une blessure d'enfance ?

T1 : ? ?

M (très pathétique) : C'est une enfant qui a été blessée, je le vois . . .

S : Ma mère était très dure . . .

M : Mes enfants, c'était tout pour moi (elle pleure).

GM : (parle en même temps que la mère) C'est une idée qu'elle a en tête.

BP : (jusqu'alors silencieux, vient au secours de la mère) A quel moment a-t-on pu être dur avec toi ?

M : (éplorée) Il faut le dire, il faut le dire. Ma fille aînée, je l'ai élevée jusqu'à douze ans . . . Elle, moi, on ne comprend pas.

GM : (sèchement) Ta fille aînée n'a jamais été avec toi. Elle est restée avec moi, c'est moi qui l'ai élevée. Tandis que celle-ci, je ne l'ai plus eu depuis l'âge de sept ans.

La mère essaie, en vain, d'interrompre la grand-mère.

T1 à la M : Vous parliez de blessure, Madame ?

GM : (répond à la place de sa fille. Continue sur son avantage) Cette enfant a-t-elle ressenti plus fort les remarques de sa mère, parce que, vous savez, elle était pas facile.

M : Pour les devoirs, j'avais des exigences. Ce serait à recommencer, je ne pourrais faire autrement. Sinon, *ce serait abdiquer, et ça, non !*

GM, M et BP, ensemble : C'est normal . . . Moi, à ton âge . . . Nous, de notre temps . . . C'est un problème de génération . . .

S : C'était pas possible. Tout le temps . . .

M : Je ne comprends pas. J'ai toujours eu avec mes enfants des rapports excellents, des rapports d'affection. Mais peut-être . . . J'ai un tempérament passionné !

S : Elle était coléreuse, coléreuse . . . Et moi, j'étais hypersensible. La moindre dispute (interruption de la GM) me blessait beaucoup . . . (interruption de la M).

GM : *Si seulement tu l'avais dit !*

M : Mais bien sûr.

GM : *On le dit à sa mère ! On en parle !*

M : Si seulement elle m'avait dit, une fois, une seule fois : Maman . . .

GM : Mais bien sûr, mais bien sûr.

S : Mais vous saviez que j'étais sensible.

GM et M, en même temps : Non !

M : Tu étais la seule qui nous repoussait.

GM : Même déjà à un an !

La mère et la grand-mère expliquent ensemble qu'elles sont très "lécheuses" et que Sophie a toujours refusé les "calins". Elle la pensaient donc *insensible*.

GM : Ma fille, à 17 ans, venait encore sur mes genoux.

M : Ma fille aînée, encore enceinte, je la prenais sur mes genoux. Elle (elle montre Sophie) elle, elle ricanait de mes élans.

S : Ça de l'amour ? ! De l'hyperpossessivité plutôt.

GM : Et moi ? (encore compétition M—GM)

M : (empêche Sophie de répondre) Ah toi ! Tu as un ton sec, tu es dure, mais dans le bon sens. Toi, tu es la MATER, au-dessus . . . Moi, je suis au-dessous.

T1 à la mère : Votre mère vous a aidé dans vos difficultés personnelles ?

M : Ma mère était dure, mais dans le bon sens. Elle m'a toujours épaulée.

GM : Je prends le taureau par les cornes !

3° transaction : l'enfance de Sophie, son père, son frère . . . ou . . . la pseudo-famille détruite et reconstruite

M : Mes enfants ont été bien acceptés par mon mari. C'était la condition. J'avais besoin d'un appui moral, pas financier, parce que mon salaire a toujours suffi (elle aussi, comme la grand-mère, peut être à la fois le père et la mère).

S : On m'a demandé d'appeler Jacques, Papa ! Je n'ai pas pu.

M : Je pensais que c'était mieux.

BP : On n'a pas insisté. Moi, je comprenais . . .

A ce moment est ensuite révélé le faux secret, entourant le père. L'histoire du père est pour la première fois, et d'un seul tenant, racontée devant témoins (les thérapeutes).

Puis on parle d'Albert . . .

S : Je me souviens qu'il fallait amener Albert à l'école. Il ne voulait pas, il fallait le traîner et passer sous un tunnel.

GM : (Riant) Oh oui, je sais ce que c'est ! Je n'ai pas tenu quinze jours !

S : C'était dur, dur . . .

M, BP et GM ensemble : *Mais il fallait le dire !*

GM : J'espère que tu n'as jamais eu le mal que j'ai eu !

M : (à Sophie) *Ah ! Si seulement tu nous l'avais dit !*

Commentaires

1. Dans cette famille où règne une dynastie de femmes, l'un des mythes est : la femme (et l'on entend par là la mère) doit être forte, savoir faire face, prendre le taureau par les cornes. Ainsi, la grand-mère, qui a élevé seule sa fille, puis ses petits enfants ; ainsi la mère qui a surmonté (bien que moins vaillamment que sa mère) un divorce et une séparation ; ainsi, Sophie qui s'est si bien occupée d'Albert ; ainsi, Michèle, la sœur aînée, qui a dirigé les opérations, remplaçant sa mère défaillante, lors de la première hospitalisation de Sophie.

L'hospitalisation de Sophie a surpris. Elle s'était jusqu'à présent montrée si forte, plus forte même que les autres, elle qui méprisait les démonstrations d'affection, les calins, les baisers. La maladie ne serait-elle pas une façon de remettre les choses en place, de montrer qu'elle ne peut pas mieux faire que sa mère qui elle-même se place un échelon au-dessous de la grand-mère ?

2. On note les liens très forts qui unissent sur trois générations, mères et filles, au risque d'abolir les frontières générationnelles. Le jeu des trois femmes (S, M et GM) est complexe, avec alternance de coalitions et de disqualifications réciproques (entre la M et la GM en particulier). Et il n'est sans doute pas anodin que le médecin traitant de Sophie soit une femme, encore une !

3. Les hommes sont quasi inexistants :

- soit ils sont malades (Albert),
- soit ils disparaissent (divorce de la GM et de la M, disparition du père des jumeaux, disparition de J.P., le petit ami de Sophie),
- soit ils vivent auprès des femmes, mais au prix de l'effacement (le mari de Michèle est décrit comme manquant de caractère. Le beau-père parle peu et reste très discret, pendant tout l'entretien).

4. Sur le plan systémique, on remarque :

a) *le rôle dévolu aux enfants* : ce sont eux qui, semble-t-il, font et défont les couples.

- Les grand-parents se sont séparés peu après la naissance de la mère,
- La mère désirait épouser le père des jumeaux . . . pour l'aider à élever son propre fils !
- La grossesse (et la naissance de jumeaux) ont fait fuir le père . . . et c'est la maladie d'Albert qui a provoqué les retrouvailles!
- Une des conditions du remariage de la mère était que le futur mari accepte les enfants.
- Si sa mère a divorcé la première fois, dira plus tard Sophie lors d'un entretien individuel, c'est parce qu'elle n'a jamais pardonné à son premier mari d'avoir fait tomber une fois Michèle de vélo ! Elle craignait que Michèle en ait des séquelles, etc. .

Quel fardeau de culpabilité les enfants doivent porter !

b) *le rôle dévolu par la M et la GM à Sophie* :

- Les aider à assumer les difficultés relationnelles avec Albert,
- Exploitation et parentification de Sophie (ce qu'ensuite on lui reproche : "elle faisait tout à sa place").

c) *l'alliance ambivalente mère-grand-mère*, chacune protégeant l'autre tour à tour, étant bien entendu que la mère doit s'effacer devant la grand-mère (la mater).

d) *la force de la mère* : sa faiblesse apparente lui permet de maîtriser les échanges et d'avoir le pouvoir. Au moindre signe de détresse de sa part (ton pathétique, larmes), la discussion s'interrompt et tout le monde vole à son secours.

e) *l'alliance de la grand-mère, de la mère et du beau-père* contre Sophie, lorsqu'elle émet des commentaires sur leur mode de fonctionnement (essais de métacommuniquer) : les crises de colère de la mère, ses crises d'amour, etc. . La parade consiste à lui dire, de façon paradoxale, qu'elle n'avait qu'à en parler et que tout se serait arrangé !

Dans cette famille où la communication se fait de façon complexe et où deux patients identifiés (les jumeaux) sont donnés en pâture aux

psy . . . , nous pouvons en fait voir et entendre la grand-mère nous dire : "Sachez que c'est moi, la mère", et la mère : "Sachez que c'est moi la malade".

On peut, au terme de cet entretien, poser d'autres hypothèses circulaires cherchant à expliquer le déclenchement de l'épisode actuel.

- Sophie a-t-elle craint d'être obligée, encore une fois, de prendre son frère en charge de façon non dite, afin de décharger sa mère ?
- La décompensation psychotique ne serait-elle pas l'aveu de son impuissance, impuissance qu'elle ne peut avouer ouvertement de crainte d'aller contre le mythe familial de la femme forte et de ne pas être à la hauteur de la mission qui lui a été confiée (s'occuper d'Albert) ?

Nous décidons de proposer un deuxième entretien un mois plus tard, au dispensaire de secteur.

Quelques jours après ce premier entretien, Sophie nous apprend que Albert, pour lequel il n'avait été question jusqu'à présent que de "menaces de sortie", a effectivement quitté l'hôpital psychiatrique où il était interné depuis dix ans. Il a commencé un travail en C.A.T. et habitera pendant quinze jours chez sa mère et son beau-père, le foyer qui doit l'accueillir n'étant pas encore ouvert. Cette information, personne ne l'avait donnée pendant l'entretien familial, et pourtant, la sortie d'Albert pour *le lendemain* devait être le sujet de préoccupation majeur !

B. Le deuxième entretien collectif est centré sur la sortie, que Sophie commence à réclamer

1° transaction : la famille est sceptique :

Sophie est-elle vraiment en état de sortir ?

S : Je veux sortir de l'hôpital, je vais mieux, il faut que je prenne sur moi.

GM : C'est bien joli, mais . . .

M : Je me demande . . . Il ne faut pas précipiter les choses.

BP : Il ne faudrait pas qu'elle rechute.

GM : Chat échaudé craint l'eau chaude !

Devant la coalition M, BP et GM, Sophie devient agressive. Elle jette des regards aux thérapeutes, demandant leur soutien.

2° transaction : les relations entre Sophie et sa mère

S : (aux parents) Chez vous, je ne faisais que passer . . . J'avais envie de partir.

GM, M et BP sont indignés.

M : Et maintenant. . .

S : Ça a changé.

M : Moi, je n'ai pas changé, j'ai pas changé, j'ai pas changé.

S : Disons que . . . *J'ai découvert qu'elle m'aimait vraiment ma mère, depuis que je suis malade.* Elle veut mon bien. Je n'avais jamais éprouvé ça, avant.

GM, M et BP, à nouveau indignés, "se liguent" contre Sophie.

GM : Ah ! C'est formidable !

M : C'est affreux, c'est affreux, c'est affreux . . .

BP : Après tout ce qu'on a fait . . .

GM : Mais c'est inimaginable. Tu pouvais pas demander : Maman, est-ce que tu m'aimes ? (encore une fois, même reproche paradoxal. Tu n'avais qu'à en parler, dit-on à Sophie, alors que dans cette famille, la métacommunication n'est pas permise).

Ça alors ! Comment un enfant peut-il penser ça ? On se disait bien qu'elle avait un drôle de caractère, mais on pouvait pas prévoir ça !

M : (pleurant) Si encore on l'avait repoussée . . . Mais j'ai toujours été pareille.

S : (plus doucement, semble touchée par les pleurs de la mère) Non, tu n'étais pas toujours pareille, Maman.

GM : (venant également au secours de la mère) Elle a toujours voulu ton bien, tu sais . . .

3° transaction : Pour être "bien" dans cette famille, il faut participer et être très actif, le modèle idéal étant la grand-mère

M : Je trouve qu'elle manque un peu de vie . . . Une certaine absence.

BP : Moi, c'est son rythme. Je la trouve ralentie, peut-être les médicaments ?

S : On a parfois l'impression qu'on te fatigue.

Le BP et la GM acquiescent.

BP : Quand on part en voiture, elle ne participe pas à la conversation.

S : C'est que la conversation ne m'intéresse pas, ou alors que je suis ailleurs, dans mes pensées.

GM : *Mais il faut le dire tout haut !* Vous comprenez, on voudrait tout extirper d'elle, pour repartir à zéro !

M : Je ne sais plus. Je suis désarmée, fatiguée.

BP : On nage. Avant, elle n'était pas malade, et maintenant . . .

M : Son absence de sourire . . .

GM : Mais elle était quand même active, ce week-end.

T1 : Vous êtes tous très actifs, dans la famille . . .

M, GM et BP : Oh oui.

M : Surtout ma mère. Elle n'arrête pas pendant le week-end, à la maison mais surtout au jardin.

4° transaction : Presque en fin d'entretien est enfin abordé le problème d'Albert

M : Je suis fatiguée, à bout.

BP : C'est qu'elle a eu le fils à la maison !

T1 : C'était une épreuve ?

M : Il fallait bien, en attendant que le foyer ouvre. Mais tout supporter, c'est quelque chose !

T1 : Mais peut-être n'êtes-vous pas obligée de tout supporter ? Peut-être pouvez-vous dire qu'il existe des limites . . .

M : *Pour son enfant, c'est normal.*

S : *Je sais que Maman a du mal à supporter Albert. Je sais . . .*

M : J'ai pleuré de le voir partir, de m'en séparer.

GM : Il était bien la première semaine, mais après c'est devenu infernal. Je le sais, je l'ai gardé aussi.

T2 à Sophie : Avez-vous toujours envie d'aider Albert ? (nous savions en effet que Sophie avait fait depuis quelques années des démarches auprès de différents médecins pour faire sortir Albert).

S : Non, il est au foyer. C'est une étape qui peut être durable.

M : C'est terminé maintenant. C'est positif. C'est merveilleux.

GM : Ça a été atroce quand il était petit.

Conclusion

Les thérapeutes ne donnent pas de date de sortie pour Sophie (c'est pourtant ce que tout le monde attendait). Ils disent que la décision sera prise plus tard, dans le service, par le médecin traitant (nécessité ressentie de consolider la position du médecin traitant... une femme, et de lui redonner le pouvoir).

Rétroaction immédiate :

La mère paraît contrariée. Elle aurait voulu que la sortie de Sophie soit décidée tout de suite car justement... son mari et elle venaient d'avancer leur date de vacances et espéraient l'emmener avec eux pour quinze jours !

Commentaire

1. Il faut relever l'inversion des positions familiales par rapport à la demande de sortie. Au début, la grand-mère, la mère et le beau-père sont réticents, sceptiques. Par contre, à la fin de l'entretien, après qu'elle ait pu verbaliser ses propres difficultés par rapport à la sortie d'Albert (et que les thérapeutes aient remis la décision à plus tard), la mère réclame la sortie immédiate de Sophie, sortie d'ailleurs préparée...

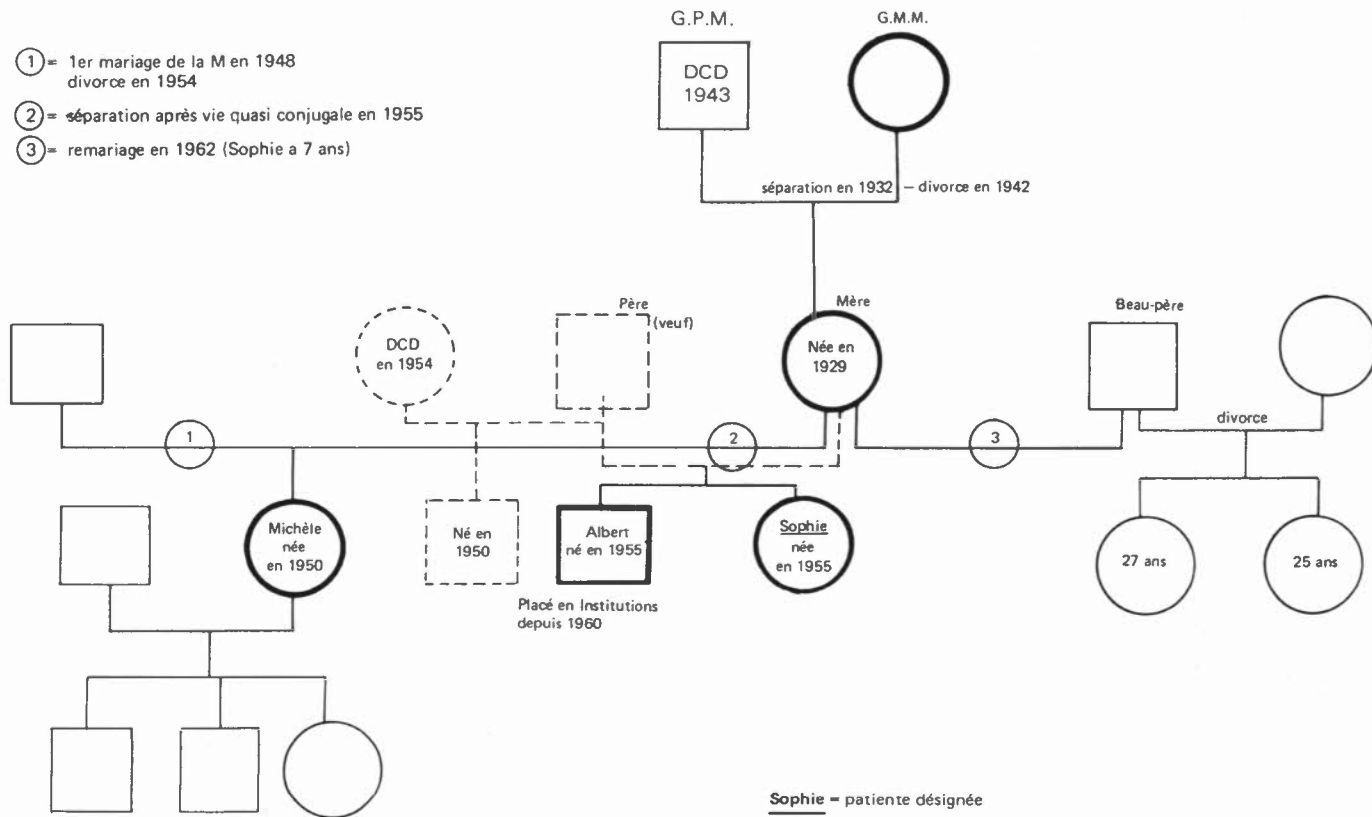
2. Une fois de plus, la mère maîtrise les échanges par ses larmes et sa dépression permanente.

Il suffit qu'une larme apparaisse, tel un signal d'alarme et immédiatement, tout le monde accourt pour la soutenir. Le système fonctionne bien.

Quelques jours après cet entretien et après deux mois d'hospitalisation, Sophie quitte définitivement le service. Nous lui proposons la poursuite d'entretiens familiaux au dispensaire. Elle refuse et nous n'insistons pas : elle a en effet procédé, depuis quelques années, à un effort d'individuation et d'autonomisation remis en question par l'accident psychotique, mais que nous respectons. Nous lui signalons cependant que nous restons à son entière disposition et que d'autres entretiens pourront éventuellement avoir lieu plus tard, sur sa demande. Elle demande alors clairement une prise en charge individuelle.

Cela fait maintenant deux ans et demi que je suis Sophie au dispensaire (un entretien par semaine au début, un par mois actuellement). Elle a repris son travail peu de temps après sa sortie (dans un autre service), a renoué avec ses amis(es), retrouvé un petit ami, etc. . Elle a décidé une fois pour toutes qu'elle n'était pas responsable

- ① = 1er mariage de la M en 1948
divorce en 1954
- ② = ~~séparation~~ après vie quasi conjugale en 1955
- ③ = remariage en 1962 (Sophie a 7 ans)



Sophie = patiente désignée

d'Albert, et que le reconnaître ne faisait pas d'elle un enfant déloyal (cf. Les dettes de loyauté, selon Helm Stierlin).

Il m'apparaît que ces deux entretiens familiaux m'ont permis d'appréhender beaucoup plus rapidement et clairement la réalité de Sophie, d'éviter l'étiquetage psychose = chronicité (car même si, sur le plan sémiologique, il semble s'agir d'une bouffée délirante, l'existence du frère jumeau psychotique assombrissait beaucoup dans l'esprit de tous les thérapeutes, le pronostic), et d'accepter tout à fait sereinement l'arrêt rapide, par Sophie, du traitement neuroleptique prescrit à sa sortie.

L'approche systémique a été le moyen indirect et paradoxal de lui permettre le dépassement d'une crise qui était peut-être en soi une tentative désespérée d'autonomisation, dans le langage dramatisé de la famille et dans le contexte de la psychose du jumeau. C'est en réunissant toute la famille qu'on a soutenu l'effort d'individuation de Sophie. On leur a appris, et permis, en quelque sorte, de se séparer sans se perdre.

Docteur Colette Chouraqui-Sepel

Psychiatre
29, Rue du Général Bertrand
F-75000 Paris

RESUME

L'auteur présente un cas de bouffée psychotique chez une jeune femme, au cours duquel des entretiens collectifs familiaux ont permis d'élucider l'arrière plan relationnel. L'intervention familiale systémique a joué un rôle certain dans l'évolution favorable de ce cas.

SUMMARY

The author describes a case of acute psychosis, in a young woman. Conjoint family interviews gave access to the psychotic and familial back-ground. Those systemic interventions prove to be very useful in the significant improvement of the case.

REALITE SYSTEMIQUE FAMILIALE ET DEPSYCHIATRISATION

ou "La famille mise en scène par elle-même au cours des premiers entretiens"

C. GUITTON-COHEN ADAD

I. Introduction

Les Thérapies Familiales se sont rapidement répandues en France ces dernières années et mobilisent les soignants et les institutions de façon anarchique, comme une mode fiévreuse dont on ne sait quel germe de mort elle renferme... peut-être celui d'effacer l'insolente spécificité de sa nouvelle épistémologie.

Malgré ces difficultés peut-être, le moment est venu pour certains soignants de changer les objectifs de leur travail. Les structures psychiatriques ont suffisamment évolué maintenant, grâce aux efforts des générations précédentes, pour permettre aux soignants de s'interroger sur l'essence de leur rôle thérapeutique et sa qualité opérationnelle.

Ainsi se posent de nouvelles questions, puis naissent les Idées et s'impose finalement la notion de Thérapie Familiale Systémique...

Les Théories Familiales Systémiques se fondent sur une logique circulaire, qui n'est plus cartésienne ni dualiste, mais permet d'abandonner la vision mécaniciste causale des phénomènes pour une appréhension systémique qui englobe l'analyse du phénomène lui-même et l'analyse de sa relation dialectique avec son contexte — contexte d'apparition, de développement et de maintien.

En psychologie, on étudie spécifiquement l'individu isolé de son contexte. Skinner fut parmi les premiers à tenir compte de l'influence de l'environnement dans le développement des troubles comportementaux et psychopathologiques. Il pensait que les comportements humains étaient fonction de l'aspect aversif ou renforçant de certains paramètres du contexte et qu'en les modifiant, on pouvait modifier les conditionnements qui en découlaient et remodeler les structures mentales qui les sous-tendaient.

L'application de cette théorisation fut la mise en pratique du Behaviorisme. Les thérapeutes familiaux dépassent cette conceptualisation, déjà systémique, en introduisant dans ce système de pensée quelques dimensions supplémentaires : celle du temps, de l'évolution, du projet, du désir, de l'affect, du mythe... au total la croyance dans

la possibilité d'une *création-mutation spontanée*, qui se révélerait après quelques opérations où les thérapeutes joueraient le rôle de cata-lyseurs !

Bref, pour les thérapeutes familiaux systémiciens, la maladie mentale est le témoin d'un dysfonctionnement relationnel intra-familial : la forme (la maladie mentale) dépend du fond (la structure familiale). Il s'agit là d'un *diagnostic de situation* et non plus d'un diagnostic de structure mentale individuelle ; c'est pourquoi sa compréhension, sa captation en est si difficile, car elle doit être immédiate, globale et syncrétique.

Le thérapeute familial raisonne en termes d'équilibre ou de crise d'un système familial, et non plus en terme de maladie ou de guérison individuelle. De même, les symptômes sont repérés en termes de comportements et de manipulations : qu'ils soient conscients ou inconscients, volontaires ou imposés, n'a que peu d'importance dans le débat car leur but est identique, à savoir, maîtriser la crise existentielle avant qu'elle ne vire à la catastrophe. Ce qui intéresse le thérapeute, c'est de "gérer la crise" (J. Haley), afin d'en favoriser le dépassement et non plus d'en repérer les divers paramètres référentiels et individuels.

Ici l'analyse concerne les actes et non les fantasmes. En effet, la situation présentée par une famille en crise qui commence une Thérapie Familiale ressemble à celle d'un voilier pris dans une tourmente imprévue et incapable de manœuvrer, à cause de la violence des éléments, qui se décide à envoyer ses fusées de détresse, ... au risque d'être sauvé mais saisi !

Enfin, de la même façon, les distinctions subtiles, linguistiques, sémantiques ... et autres, concernant la description des non-dits (oubli, dénegation, refus de dire, déni, amnésie ...) restent parfaitement inutilisables dans une telle appréhension. L'important est surtout de repérer l'acte "se taire", le contexte dans lequel il apparaît, les conséquences qu'il provoque, et les raisons qui le motivent ... plutôt que de lui faire décliner son identité !

Ces nouveaux fondements théoriques imposent nécessairement une reformulation de la méthodologie clinique et du protocole thérapeutique lui-même. Ici divergent alors les différents auteurs, chacun s'exprimant selon son propre génie.

Nous nous sommes attachées, en premier lieu, à suivre et à comprendre la démarche de l'équipe de Milan : M. Selvini, L. Boscolo, J.F. Cecchin, G. Prata.

Voyons maintenant ce en quoi d'après nous la famille et sa réalité peuvent être comprises en termes systémiques et cybernétiques, et à traiter quelle dynamique chorégraphique, elles se répondent avec la maladie mentale d'un de ses membres.

II. La réalité systémique

La famille est une institution semi-ouverte, branchée en dérivation sur la société, qui évolue avec le temps et dont le rôle est de permettre la vie communautaire de ses membres.

Elle doit, de façon concurrente, favoriser leur développement individuel harmonieux ainsi que leur socialisation. C'est un système autonome, auto-correctif, capable de régulation interne qui fonctionne ainsi sur un mode cybernétique. Il prend ses sources dans la société et y ramène par l'intermédiaire d'un échange constant d'informations entre les deux systèmes.

La famille se définit lorsqu'elle remplit sa fonction : ce n'est pas un objet en soi ni une réalité fixe mais une structuration secondaire dont la dynamique garantit l'existence, c'est-à-dire l'homéostasie saisie dans une évolution.

Pour exister, donc, cette structure se doit d'assumer sa fonction formelle principale, à savoir *l'intégration constante du flux d'informations qu'elle reçoit*.

Ces informations sont multiples et de différentes natures. Elles lui sont apportées tant de "l'intérieur" que de "l'extérieur" par ses membres, et peuvent se classer en trois catégories :

- les premières, qui se situent dans une perspective individuelle historique et linéaire,
- les secondes qui se situent dans une perspective collective contextuelle et circulaire,
- les troisièmes qui correspondent à ce qu'on appelle les transmissions inter- générationnelles : mythes, secrets, modèles . . .

Les premières appartiennent à la réalité individuelle de chacun de ses membres ; les secondes et les troisièmes font partie de la réalité communautaire. C'est *l'intégration permanente* de ces différentes réalités, variables et recadrées dans le temps les unes par rapport aux autres, qui crée la *réalité systémique familiale*.

Cette réalité possède certaines propriétés : elle est à la fois collective, historique, contextuelle, circulaire et évolutive.

L'intégration des nouvelles informations dans la réalité systémique déjà définie, se fait au cours d'un travail souterrain et non-verbal. Il est effectué par tous les membres de la famille et dans le même temps il s'appuie sur l'expérimentation, ses essais et ses erreurs. Chacun tente de mettre au point de façon comportementale, spontanée et inconsciente, les modifications nécessaires à apporter au fonctionnement intra-familial systémique et à son propre fonctionnement, pour tenir compte

des nouvelles informations reçues et observer la *loi* initiale formelle, qui est celle du maintien de l'homéostasie du système.

La résultante de cette phase silencieuse de recherche est *l'élaboration de règles intra-familiales* . . . ou la modification des règles précédentes. Lorsqu'une solution favorable est trouvée, elle est sélectionnée et cooptée par tous les membres du système. Elle devient une règle intra-familiale.

Ces règles intra-familiales gouvernent les relations entre les membres du système. Elles sont les émergences, tacites mais reconnues par tous, de ce travail d'intégration et elles représentent ainsi les garanties de la cohésion et de l'homéostasie du système. C'est à dire qu'elles définissent les modalités d'application de la loi initiale, à savoir comment conserver l'homéostasie malgré les changements.

Pratiquement, elles correspondent à la formulation claire, sur un mode comportemental, d'énoncés précis ainsi qu'à l'acceptation de leur aspect inversé, à savoir la mise en attente de tout un stock d'informations que l'on garde pour l'avenir. Ces informations pourront éventuellement, en leur temps, servir à modifier ces règles.

Il s'agit donc d'une sélection d'informations.

On pourrait dire aussi, que ces règles forment la "code" d'une famille, à tel moment de son évolution.

En effet, les règles systémiques n'ont de valeur qu'un temps. Elles sont *caduques* car le système, ainsi que ses membres, évolue avec le temps . . .

Leurs énonciations sont en relation proportionnelle variable avec le stock d'informations non-dites.

Tout l'art de l'évolution des règles intra-familiales consiste à modifier ce rapport, de façon adaptée, dans le contexte qui en provoque la nécessité : la révélation d'informations jusque là tenues cachées, car inutiles dans le passé, permettra la mise au point de nouvelles règles intra-familiales.

Exemple :

Dans une famille où les enfants sont issus de mariages précédents, et encore en bas âge, les parents ne parleront pas de leur difficultés antérieures personnelles. La règle tacitement admise et implicite, sera : il est inutile de parler des problèmes antérieurs devant les enfants. Lorsque ceux-ci commenceront à poser des questions sur leur filiation, il deviendra nécessaire de modifier cette règle afin que les parents puissent répondre et expliciter leur situation d'un commun accord (c'est-à-dire écrire leur Histoire et la transmettre à leurs enfants, quelqu'en soient les aléas . . .)

C'est ainsi que les Règles intra-familiales inconscientes *définissent des comportements et des rôles* à l'intérieur de la cellule familiale, et régissent les distances entre les différents membres. Elles déterminent et modulent les relations.

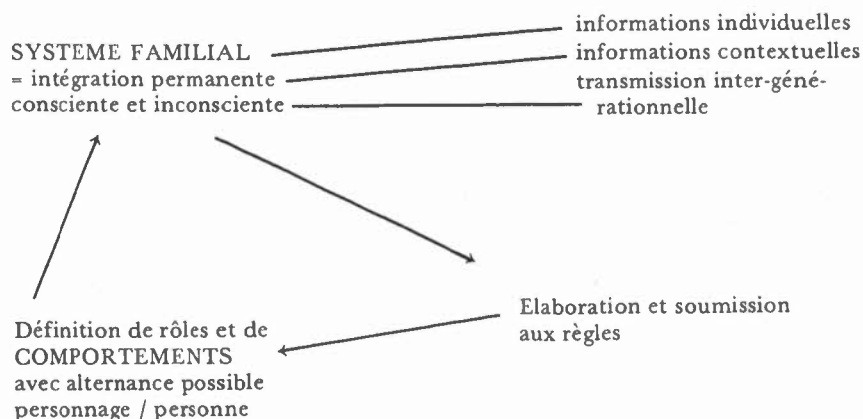
Sur la scène familiale, chaque membre de la famille a une place très précise, programmée en quelque sorte et prédéterminée par ces règles : on pourrait même dire que chacun doit y jouer son personnage, car même le texte semble écrit à l'avance.

Dans les familles saines, les contraintes qui formalisent ces règles sont suffisamment souples pour permettre à la personne d'exister sans être étouffée... Des variations sont permises ainsi que des improvisations dans la façon d'assumer le personnage et c'est la personne qui donne vie et corps au personnage.

L'alternance personnage / personne est naturelle et dialectique.

Les personnages familiaux redeviennent personnes — ou autre personnage — dès qu'ils sortent de l'institution familiale.

On peut schématiser ce raisonnement sur un mode circulaire :



Enfin, il faut remarquer que le poids des règles intra-familiales est plus ou moins pesant selon les familles, mais que de toutes façons, quoi qu'il arrive, chacun des membres de la famille s'y soumet et s'y plie...

Ces règles font autorité sur tous les membres du système. Fidélité et loyauté sont de rigueur, même si elles sont contraignantes et réductrices. *C'est la soumission et l'acceptation totale de ces règles qui définissent l'appartenance au système.*

Elles traduisent la volonté de chacun d'appartenir au système et de maintenir son homéostasie.

III. Evolution du système

Chaque membre de la famille va suivre son évolution propre en fonction du temps. Vont s'accroître ses besoins à l'individuation et à l'autonomisation jusqu'à leur réalisation, ce qui amènera le système originel à des niveaux d'organisation et de complexification croissants.

C'est ainsi que chacun va amener, à l'intérieur du système familial, des informations concernant ses besoins individuels, dans sa perspective historique et linéaire.

L'arrivée d'une information nouvelle va créer une remise en cause de l'équilibre institutionnel établi et provoquer une situation systémique nouvelle.

Soit l'information est de nature individuelle et va remettre en cause la réalité collective ; ce qui, secondairement, va remettre en cause les réalités individuelles des autres membres du système.

Soit l'information est de nature collective et remet en cause ensemble les réalités individuelles ; ce qui remet en cause, secondairement, la réalité collective.

Exemple

Le fils aîné rentre à la maison et émet le désir de passer le permis de conduire. C'est une situation nouvelle : un personnage du système amène une information et une demande qui concernent sa réalité personnelle. La situation est reconnue nouvelle par tous les membres du système.

Au niveau collectif, les parents sont concernés : qui va payer les cours ? Et est-ce une bonne chose que leur fils s'autonomise de la sorte ? Faudra-t-il lui prêter la voiture paternelle ensuite . . . ?

Au niveau de leur réalité individuelle, les parents sont aussi concernés : est-ce le signe d'un imminent départ de leur premier enfant ? . . . etc.

IV. Le système se bloque en période de crise

Le système se bloque lorsqu'une information est déclarée irrecevable par l'un ou plusieurs membres de la famille : soit par de grandes réactions verbales et des disqualifications répétées, soit par des réactions comportementales individuelles, soit par des annulations pures et simples des questions qu'elle soulève.

Les membres du système pressentent qu'il y a là une information qu'on leur interdit de connaître.

C'est déjà un double lien.

La situation est nouvelle mais disqualifiée car on fait comme si cette information n'avait jamais été donnée, *ce qui en interdit à tous la reconnaissance.*

Cette situation devient collective et également nouvelle au niveau systémique : elle est non testable par la méthode comportementale des essais et erreurs, utilisée habituellement puisque non reconnaissable et non définie. Personne ne peut donc se risquer à la tester et il va s'instaurer ce qu'on appelle une "situation fausse" : c'est-à-dire une situation en double lien, durable . . .

Si cette fausse situation dure trop longtemps, les membres de la famille vont être amenés à mettre au point, inconsciemment, une nouvelle règle intra-familiale pour y mettre un terme : ils *vont décider ensemble d'oublier* l'information dangereuse et sa contre-information — il est interdit d'en tenir compte — et de verrouiller tout le secteur d'informations, de communication, d'échanges et de potentiel évolutif, qu'elle représente.

C'est ainsi que pour sortir d'une impasse logique intra-systémique, les membres du système vont tous accepter de *dénier* un pan entier de réalité : "on efface tout, on n'oublie rien".

C'est un déni quasiment volontaire et conscient, partagé par tous et accepté aveuglément, car il est devenu une sorte de *règle* intra-familiale, garantie donc de l'homéostasie du système.

Ni énoncé clairement, ni gardé comme un non-dit, c'est une "pseudo" règle, qui met fin à une "pseudo" situation.

On peut imaginer qu'ainsi se transmettent, inconsciemment et de façon comportementale, l'aspect inversé des secrets dits "de famille", ce qui revient pour finir à en *transmettre la connaissance mais non la reconnaissance*.

Avec le temps, cette aire de non — communication que provoque le déni collectif dont nous parlions plus haut va s'aggrandir jusqu'à engendrer des troubles graves dans la communication intra-familiale. Vont apparaître alors des symptômes individuels qui seront les preuves *recurrentes et rétroactives* de cette zone de non-intégration.

En effet, les règles intra-familiales ne seront pas modifiées ni adaptées au nouveau contexte, puisque la situation nouvelle systémique qu'il induit ne sera pas reconnue ni testée.

Existant dans les actes mais non dans les faits, elle persistera à côté de la "réalité officielle" ainsi que sa pseudo conclusion, c'est-à-dire la règle de déni collectif, ce qui empêchera dès lors tout autre élaboration de nouvelle règle.

Il deviendra impossible de modifier l'équilibre de ces énonciations. Il sera interdit d'amener de nouvelles informations de nature individuelle. Les rôles et les personnages vont se figer de la même façon que le contexte : le temps va s'arrêter . . . *Toute potentialité évolutive* va s'évanouir tandis que l'alternance personnage/personne sera interdite.

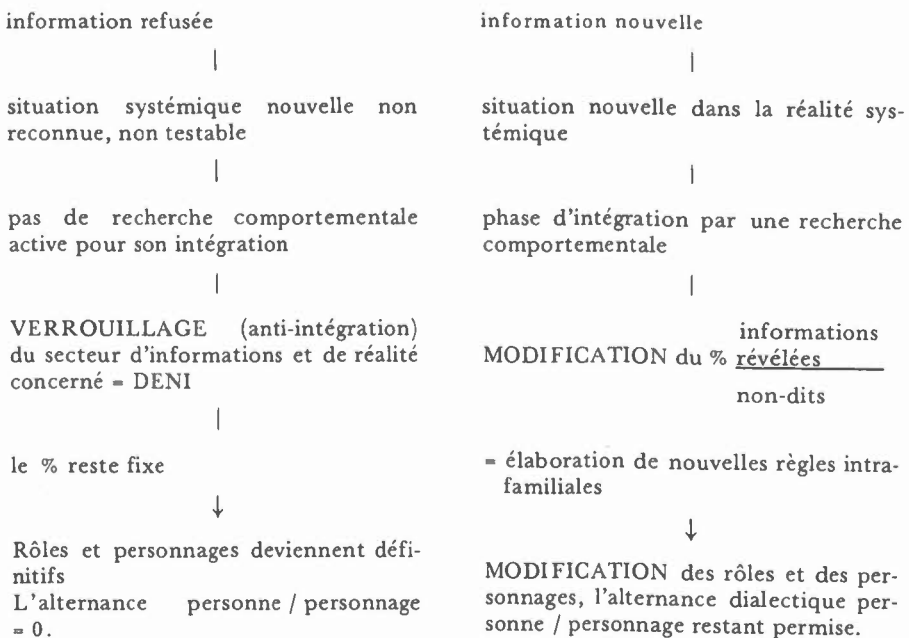
Aussi les personnes désertent les personnages qui ne seront plus que des masques creux et vides.

C'est ainsi que l'institution familiale qui était au départ un système semi-ouvert, va devenir un système fermé, qui s'exclue de la société et marginalise ses membres. Les circuits d'échange et de transmission d'informations seront aussi bloqués, tant au niveau intra-systémique qu'au niveau inter-systémique.

Lorsqu'apparaît un psychotique dans une famille, cela signe le fait que *toute la famille fonctionne dans un registre psychotique*, dont les bases sont :

- le déni collectif de la réalité . . . Déni dévorateur et mortifère
- et la volonté farouche de non-changement.

SCHEMA



V. Lorsque la thérapie familiale commence

La famille fonctionne dans un registre psychotique. Elle est devenue une "famille à transactions schizophréniques".

1. Règles, rôles, personnages sont fixés et rigidifiés, dans un code statique, depuis longtemps. Chacun dit sa partition sans en sortir. Tout est réglé d'avance dans la représentation que la famille donne d'elle-même au cours du premier entretien.

C'est comme un théâtre dans lequel la famille se met elle-même en scène. Mais c'est en réalité, un jeu de masques, un mime, d'où la souffrance, l'émotion et la vie sont absentes.

Les personnages jouent la souffrance, l'émotion, grimacent des affects ou pleurent de vraies larmes tandis qu'ont disparu les personnes et leur substance.

Chaque membre de la famille ne fait qu'obéir aux règles inconscientes en assumant son personnage attitré, afin que survive l'institution familiale.

2. *Le système est bloqué : il n'assume plus l'intégration de nouvelles informations* ni ne permet leur libre circulation.

Le déni collectif s'est étendu à des niveaux plus complexes ; il oblige secondairement les membres du système à réduire leurs propres zones d'échanges et de communication. Il est devenu interdit de métacommuniquer sur le fonctionnement du système lui-même. Les règles intra-familiales sont fixes et pèsent de tout leur poids de leurs contraintes sur les personnages : plus elles deviennent tortueuses et torturantes, plus elles sont respectées car, c'est en effet l'homéostasie du système entier qui est en péril ; c'est pourquoi il est nécessaire que tous ses membres le soutiennent en observant scrupuleusement ses règles, même si elles sont devenues folles ! (effet de renforcement positif d'un phénomène toxique)

3. C'est ainsi qu'afin de ne pas trahir le système, aucun membre de la famille ne s'autorisera, individuellement, à critiquer ces règles folles ; il est interdit d'en parler, de les décrire et, a fortiori de les analyser... et pourtant ce sont elles qui gouvernent ! *Tout en n'existant pas, elles font autorité !*

Pour les thérapeutes, ces règles intra-familiales apparaissent alors au cours de l'entretien : elles sont directement agies et forment une sorte de dynamique signifiante et esthétique, support fondamental de la réalité systémique.

Le discours verbal n'est là que pour faire "comme si"... Il n'est que le résidu d'une parole complètement néantisée par ces règles intra-familiales. Il correspond en général, dans sa forme à une explication purement linéaire de la maladie mentale du patient désigné et représente, dans le fond *ce dont il est encore permis de parler sans danger ensemble !*

C'est la discordance entre ce qui est dit et ce qui est montré, qui permet aux thérapeutes de retrouver ces règles, et c'est là que transparaissent, de façon répétitive, les *failles logiques* significatives, et consécutives aux différents dénis (*cf. schéma*).

DENIS

FAILLES LOGIQUES

dans le discours
et le comportement



REGLES INTRA-FAMILIALES

pathogènes
fixes

4. Le rôle du discours verbal au cours du premier entretien, comporte une nuance complémentaire : en effet, dans sa formulation elle-même, il apporte un message spécifiquement destiné aux thérapeutes et qui vise à les faire renoncer à leur projet thérapeutique.

Implicitement la famille communique aux thérapeutes des informations paradoxales : plus ou moins choquantes, agressives, colorées, insupportables, folles... destinées à anesthésier, anéantir, fourvoyer, confusionner, séduire, neutraliser les thérapeutes.

Pièges logiques, pièges émotionnels, mises en scène traîtresses... etc.

C'est-à-dire que la représentation que la famille donne d'elle-même n'est pas seulement un spectacle mais également *une invite inconsciente au jeu psychotique, une provocation, un défi, une demande de communication...*

Elle témoigne d'une expectative intense, mais armée, du changement salvateur et redouté.

Le mot "provocation" est employé au sens étymologique du terme provocare. C'est un essai, un prototype, un appel, une tentative de formulation d'une demande de communication. C'est à ce niveau là que les thérapeutes doivent répondre et, si possible, avec les mêmes armes !

Lorsqu'ils y répondent, la famille revient car, comme dit M. Selvini, "il faut que la famille ait peur et s'amuse pour avoir envie de revenir !"

Sans se laisser impressionner par toute cette mise en scène mais guidés par l'observation qu'ils ont pu faire des transactions intra-familiales pendant la séance, ainsi que par leur analyse du contexte familial dans lequel se déroulent les troubles psychiatriques, les thérapeutes peuvent se laisser tenter par cette traversée de défilés étroits que représente une thérapie familiale systémique.

Ils devront alors :

— prendre de la distance devant ce que l'on peut appeler la représentation que la famille donne d'elle-même et les rôles qui sont présentés. (c'est-à-dire adopter une attitude de "doute hyperbolique", à la Descartes, devant la situation !)

— retrouver les règles qui régissent les comportements par une observation comportementale précise et synoptique. Comprendre leur genèse, leur mode d'intégration, leur rôle systémique dans l'ici et maintenant... Saisir quelles informations individuelles contextuelles, ou historiques inter-générationnelles sont en cause ou sont bloquées, à l'origine donc de la crise, et les réintégrer dans la réalité systémique présentée (rôle des post-séances et analyse des failles logiques)

— permettre le changement en prescrivant une modification des rôles et des comportements ou en explicitant le but homéostatique des règles intra-familiales et en en prescrivant le maintien (maniement de la prescription paradoxale)

— manipuler le déni collectif et individuel en instaurant une dialectique relationnelle dans laquelle dialectique du déni et dialectique de l'inversion alternent avec un retour constant à la *Loi* initiale référentielle du système familial, de l'homéostasie et permettent d'effectuer un apport cohérent de contre-informations qui restructurent la réalité systémique.

Ainsi pourra s'éluder d'elle-même la *Règle pathogène de non-changement*.

C. Guitton-Cohen Adad

Médecin Assistante à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

Service du Docteur J.C. Benoît.

Consultante au Centre National de Traitement de Rueil.

Service du Docteur G. Ulliac.

RESUME

Dans cet article l'auteur essaie de définir ce en quoi la famille fonctionne comme un système.

Elle définit son fonctionnement en termes d'intégration permanente d'informations multiples, à différents niveaux logiques.

La famille devient une famille à transactions pathologiques lorsque cette intégration collective ne se fait plus. Se mettent alors en place des dénis (d'informations qui sont connues mais non reconnues), dénis qui induisent l'élaboration de Règles intra-familiales coercitives et de tabous destinées à protéger l'homéostasie du système.

Cliniquement ces dénis initiaux transparaissent sous la forme inversée de failles logiques dans le discours et le comportement de chacun des membres de la famille.

C'est ainsi que lorsque la thérapie commence, chaque membre de la famille est prisonnier de règles pathologiques et des dénis collectifs : il n'est plus qu'un personnage sans substance, dans l'espace-temps, où la famille se met elle-même en scène, au cours des premiers entretiens.

SUMMARY

In this article, the author tries to define how and why a family can function as a system. The family function is defined as : permanent integration, at different logic levels, of various informations. When this collective integration can't be done any longer, family integration becomes pathological. Thus, there may appear "denials" informations being known but not recognized. This can lead to the development of interfamily rules, coercive and taboo, in order to protect the homeostasy of the system. On the clinical point of view, these inaugural denials appear as inversed logic gaps, in the language and the behavior of every member of the family. For these reasons, when a therapy starts, every member is a prisoner of pathological rules and collective denials, and is nothing but a character, without concreteness, on the stage of the first interviews where the family directs its own play.

BIBLIOGRAPHIE

1. AJAR, E. : *Pseudo* — Mercure de France. Paris, 1976.
2. AUSLOOS, G. : "Secrets de Famille" in *Annales de Psychothérapie*. Changements systémiques en thérapie familiale. E.S.F. Paris, 1980.
3. BALMARY, M. : *L'homme aux statues*. Grasset, 1979.
4. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Le Seuil, Paris, 1977.
5. BENOIT, J.C., RABEAU, B. : *Conceptions systémiques dans la thérapie du couple et de la famille*. *Psychiatrie Française*, No 5 ; Décembre 1977.
6. BENOIT, J.D. : *Les doubles liens*. P.U.F., Paris, 1980.
7. VON BERTALLANFFY, L. : *Théorie générale des systèmes*. Dunod, Paris, 1973.
8. BENNENISTE, E. : *Problèmes de linguistique générale*. NRF, Gallimard, Paris, 1974.
9. CAILLE, P., ABRAHAMSEN, P., CIROLAMI, C., SORBYE, B. : *Utilisation de la théorie des Systèmes dans le traitement de l'Anorexie mentale — Evolution Psychiatrique*. 1978, Fascicule III, tome XLIII.
10. CHOURAQUI, C. *Essai de prise en charge systémique à l'Hôpital Psychiatrique d'un alcoolique et de sa famille*. Thèse de médecine. Faculté de Paris Ouest, 1979.
11. DAIGREMONT, A., GUITTON, C., RABEAU, B. : *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*. E.S.F., Paris, 1979.
12. D'UNRUG, M.C. : *Analyse de contenu*. P.U.F., Paris.
13. GUITTON, C. : *Les entretiens familiaux : thérapeutique d'urgence en cas d'hospitalisation d'un adulte en milieu psychiatrique*. Mémoire de C.E.S. 1977. Faculté de Médecine Paris-Sud.

14. GUITTON, C. : *Thérapie familiale et psychopathie. Revue Génitif*. A paraître en septembre 1980.
15. HALEY, J. : *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. Delarge, Paris, 1979.
16. MASSON, O. : *Les thérapies familiales. Intérêt en prévention chez l'enfant. Génitif*, volume 1, No 4, septembre 1979.
17. MINUCHIN, S. : *Familles en thérapie*. Delarge, Paris, 1979.
18. RACAMIER, P.C. : *Les paradoxes du schizophrène. Revue française de psychanalyse*, No 5-6, Tome XLII. 1978.
19. DE SAUSSURE, F. : *Cours de linguistique Générale*. Payot, Paris, 1972.
20. SEARLS, R. : *L'effort pour rendre l'autre fou*. Gallimard, Paris, 1977.
21. SELVINI, M., PRATA, G., BOSCOLO, L., CECCHIN, J.F. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. E.S.F. Paris, 1978.
22. SKINNER, R. : *Par-delà la liberté et la dignité*. Laffont, Paris, 1973.
23. STIERLIN, H. : *Le premier entretien familial*. Delarge, 1979.
24. THOM, R. : *La morphogénèse*. Collection 10/18, Paris, No 881.
25. WATLAWICK, P., WEAKLAND, FISCHER : *Changements, paradoxes et psychothérapie*.

ASSOCIATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE

2èmes journées d'études

Président : *Pr. Kammerer* — Secrétaire Général : *Dr Arditi*

DIVERSITE DE L'ABORD FAMILIAL EN PSYCHIATRIE

Vendredi 6 et Samedi 7 mars 1981

Grand Hôtel — rue Scribe, Paris

Inscriptions : Membres Frs 250.— Non membres Frs 400.—

Secrétariat : Association Française de Psychiatrie,
23 rue Pradier, 92410 — Ville d'Avray