

THÉRAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



èmes

5 journées
internationales
de thérapies
familiales

Lyon 1982

m+h Genève

Vol. IV - 1983 - No 2

EDITORIAL

Ce numéro constitue le second tome du compte-rendu des 5èmes Journées Internationales de Thérapie Familiale de Lyon. Comme le précédent, il associe un texte important de l'école milanaise : "*hypothétisation, neutralité, circularité*". Mara SELVINI a bien voulu que, malgré son ancienneté, ce document soit repris tel quel. De la via Leopardi au Nuevo Centro per lo studio de la famiglia, de l'équipe à quatre à l'individualisation du centre de recherche par rapport au groupe de formation, idées et pratiques évoluent sans cesse. La relation de l'expérience de Corsico (voir numéro précédent) en témoigne. Pour autant, ce texte de base constitue la culture du thérapeute systémique et il entre bien dans la ligne de cette revue d'apporter au lecteur français, chaque fois que possible, les traductions de ces textes historiques et toujours d'actualité.

Ce salut à l'école milanaise traduit notre reconnaissance à Giuliana PRATA qui a bien voulu transformer à la dernière minute, devant la défaillance de Virginia SATIR, le thème de son atelier en séminaire pour le grand groupe (cf numéro précédent).

Le lecteur trouvera ici ceux des compte-rendus que les animateurs nous ont transmis. Il n'y trouvera pas la liste complète des 26 ateliers, qu'il veuille bien nous en excuser. A la décharge des absents, il faut reconnaître la difficulté que représente pour un *animateur* la transformation statique et toute intellectuelle en *écrivain*, et principalement lorsque l'analogique, l'affectif sont au centre de la pratique.

Yves Colas

RECTIFICATIF

Nous avons mentionné en bas de page de l'article de Mara SELVINI-PALAZZOLI : "la naissance d'une approche systémique globale" un titre erroné pour le journal anglais dans lequel cet article paraît simultanément. Il fallait lire : *The Journal of Family Therapy*.

NDLR

6^{èmes} journées
internationales
de thérapies
familiales

Lyon

Juin 1984

L'Association Lyonnaise de Thérapie Familiale organise la réunion bisannuelle des Thérapeutes Familiaux de langue française. Confrontation de modèles thérapeutiques et de techniques en grand groupe, ateliers en groupes limités.

Afin de mieux répondre aux attentes d'un public de mieux en mieux informé dans le domaine des thérapies systémiques, adressez-nous vos suggestions et souhaits :

Dr Y. COLAS
C.H.S.
69450 ST-CYR-AU-MT-D'OR
Tél. (7) 822.42.22

A.L.T.F.
Centre Gregory Bateson
13, rue Victor-Hugo
69002 LYON
Tél. (7) 842.77.08

HYPOTHETISATION – CIRCULARITE – NEUTRALITE

Guides pour celui qui conduit la séance

Mara SELVINI-PALAZZOLI, Luigi BOSCOLO,
Gianfranco CECCHIN, Giuliana PRATA

Notre recherche en thérapie familiale a été récemment orientée vers la procédure la plus correcte et la plus fructueuse afin d'interviewer les familles. Nous ne voulons pas dire par là que par le passé, nous avons méconnu la grande importance de ce problème. Cependant, comme tout lecteur de notre livre *Paradoxe et contre-paradoxe* l'affirmera, l'impression persiste souvent que notre intervention de fin de séance s'est faite de façon inopinée. En effet, nous avons reçu du courrier de nombreux lecteurs en provenance de différentes parties du monde, qui nous posaient tous la même question : "mais comment avez-vous fait pour tomber juste sur cette intervention là ?".

Donc, peu après la première publication de *Paradoxe* (1975 en italien), nous avons décidé de centrer toute notre attention et nos efforts sur ce problème. Notre but premier était d'individualiser et d'élaborer certains principes fondamentaux de conduite de l'entretien qui soient cohérents avec l'épistémologie systémique que nous avons adoptée. A partir de ces principes, nous voudrions pouvoir développer des méthodologies précises susceptibles de servir comme une sorte de guide détaillé du thérapeute qui se risque dans le labyrinthe d'une séance familiale. Notre second objectif était de rejeter certains stéréotypes conceptuellement mal clarifiés qui se transmettent depuis des dizaines d'années de générations en générations dans notre champ professionnel, stéréotypes qui dotent le thérapeute de qualités personnelles intangibles telles que "flair", "charisme", etc. . . , dont aucune ne peut être enseignée.

Après quelques années de travail, nous sommes parvenus à établir trois principes que nous considérons indispensables pour interviewer correctement une famille. A titre d'essai, nous avons appelé ces principes *hypothétisation*, *circularité* et *neutralité*. Nous allons débattre de chacun en donnant d'abord leur définition, leur conceptualisation théorique puis en les décrivant à l'aide d'exemples et d'applications pratiques.

Hypothétisation

Par hypothétisation, nous entendons la formulation par le thérapeute d'une hypothèse basée sur des informations qu'il possède à propos de la famille qu'il est en train d'interviewer. L'hypothèse établit un point de départ pour son investigation, aussi bien que la possibilité de vérifier la validité de cette hypothèse basée sur des méthodes et des techniques spécifiques. Si l'hypothèse s'avère fautive, le thérapeute doit en former une seconde basée sur l'information obtenue pendant qu'il teste la première.

Nous devons garder en mémoire le fait que lorsqu'il entre en séance de thérapie familiale, le thérapeute possède toujours une certaine quantité d'informations sur la famille. Dans notre pratique du Centre de Thérapie Familiale de Milan, nous avons à notre disposition dès avant la première séance, un certain nombre de données standard enregistrées lors du contact initial soit avec la famille, soit avec le médecin référent¹. Même dans des contextes différents des nôtres, le thérapeute aura toujours un minimum d'informations sur lesquelles baser son hypothèse initiale. Voyons un exemple.

Il y a peu de temps, nous étions invités par un Institut spécialisé en thérapie familiale afin de donner une démonstration sur le vif de notre style de travail avec les familles. Notre première séance eut lieu avec une famille réduite à deux membres, une mère divorcée de 37 ans et son fils de 13 ans. Après le premier contact de la famille avec l'institution, nous ne disposions que d'informations éparses : la mère avait téléphoné quelques mois auparavant, à la veille des vacances d'été, en demandant une consultation au sujet de son fils, lequel, selon ses termes, était difficile à contrôler, rebelle, grossier, avec une tendance au comportement délinquant (il lui avait volé de l'argent dans son porte-monnaie). C'est sur la base de ce peu d'informations que notre équipe formula une hypothèse pendant l'habituelle discussion qui précède la séance : le comportement du garçon pouvait être une sorte de tentative pour faire revenir le père dans la famille. Conformément à cette hypothèse, nous avons décidé de passer peu de temps à écouter les plaintes de la mère à propos du comportement du fils, et par contre, de centrer nos questions sur leurs relations avec le père absent. Pendant l'interview, cette hypothèse fut rapidement controuvée mais nous fûmes ainsi en mesure de formuler une seconde hypothèse : la mère était une femme séduisante

¹ Nom, âge, profession, niveau d'instruction du père, de la mère, des enfants par ordre de naissance, date de mariage des parents, autres membres de la famille qui vivent avec les sus-nommés ; problème ; médecin référent, nom de la personne qui prend contact avec le Centre.

et charmante et il se pouvait qu'après toutes ces années consacrées à son devoir de mère, elle eût rencontré un "autre homme", et que son fils était peut-être jaloux et en colère et qu'il le montrait par son comportement.

Notre seconde hypothèse fit mouche. Depuis quelques mois, la mère avait eu des rendez-vous avec un "ami". Pendant qu'elle nous racontait cela, le garçon, tranquille jusque là, commença à s'agiter et sembla sur le point de pleurer. Questionné, il dit : "Maman n'est plus la même avec moi – elle vit entièrement pour elle-même – vraiment, elle ne m'écoute plus comme elle le faisait avant . . .". Pendant que son fils donnait libre cours à son chagrin, la mère restait silencieuse et se montra troublée et quelque peu culpabilisée. Dès lors, la conclusion thérapeutique de cette séance était claire pour nous, ainsi désignée par le comportement de tous deux : mère et fils. Tous deux avaient de plus en plus de mal à négocier et ils savaient qu'ils souffriraient dans un proche avenir. Ils avaient besoin de temps pour accepter le projet de séparation sans se sentir abandonné ou coupable.

Cet exemple montre comment les deux hypothèses formulées par les thérapeutes et les questions posées en vue de les vérifier ont conduit à l'information essentielle pour le choix d'une intervention thérapeutique.

Alors, que signifie donc pour nous l'hypothèse ? Et quelle en est la fonction ?

Définition générale de l'hypothèse :

Hypothèse, selon l'étymologie grecque signifie "ce qui est en-dessous", ou encore la proposition qui est à la base d'une construction conceptuelle. D'après l'*Oxford Dictionary*, l'hypothèse est "une supposition faite pour servir de base de raisonnement, sans référence à sa vérité ; point de départ d'une investigation". Dans la terminologie de la science expérimentale, une hypothèse est une supposition non prouvée, acceptée à l'essai pour servir de base à une investigation ultérieure, dont on peut obtenir une vérification ou une réfutation.

Dans la séance familiale, les phénomènes provoqués par les questions que le thérapeute pose sur la base des hypothèses qu'il a formulées, et qu'il teste, définissent une telle activité comme expérimentale. Les données d'une telle expérimentation dérivent ou proviennent des rétroactions immédiates (verbales et non-verbales) aux questions posées, aussi bien que des réactions retardées résultant des prescriptions et des rituels que le thérapeute donne en fin de séance. Ceux-ci ont pour but la vérification ultérieure d'une hypothèse qui s'est avérée plausible jusque là.

On le sait, la procédure classique de la méthode expérimentale comporte trois phases : observation, formulation d'une hypothèse, et expérimentation. L'effort mental le plus grand est fourni dans la seconde phase ; c'est alors que l'esprit doit organiser les observations qu'il a recueillies. Une hypothèse peut organiser en peu de lignes une série de faits empiriques dont le classement nécessiterait un volume entier. Il est évident que l'aspect génial (ou non génial) de toute recherche gravite autour de la formulation de l'hypothèse.

Le concept d'hypothèse ainsi spécifié saisit la signification fondamentale du terme à sa racine étymologique de *supposition*, excluant explicitement sa justesse et sa fausseté.

Valeur fonctionnelle de l'hypothèse en général

L'hypothèse, par conséquent, n'est ni vraie ni fausse, mais *plus ou moins utile*. Même une hypothèse qui s'avère fausse apporte de l'information en ceci qu'elle élimine un certain nombre de variables qui, jusqu'à ce moment, avaient semblé possibles. A cause de cette fonction de catégorisation de l'information et de l'expérience, l'hypothèse occupe une position centrale parmi les moyens avec lesquels nous disciplinons notre travail d'investigation. La fonction essentielle de l'hypothèse consiste dès lors à jouer le rôle de guide pour la nouvelle prise d'information, par qui elle sera confirmée, réfutée ou modifiée.

Valeur fonctionnelle de l'hypothèse dans l'entretien familial

La valeur fonctionnelle de l'hypothèse dans l'entretien familial est en substance de garantir l'activité du thérapeute, qui consiste à dépister les patterns relationnels. Il est tout à fait probable que de tels patterns sont provoqués et mis au jour par le comportement actif du thérapeute. Si, au lieu de cela, le thérapeute se comportait de façon passive, comme un élément observateur plus qu'un élément moteur, ce serait la famille qui, selon sa propre hypothèse linéaire, imposerait son propre texte, consacré exclusivement à la désignation de qui est "fou" et qui est "coupable", ce qui n'apporterait aucune information au thérapeute. L'hypothèse du thérapeute, cependant, introduit le puissant input de *l'inattendu* et de *l'improbable* dans le système familial et, pour cette raison, contribue à éviter déraillement et désordre. Nous allons essayer d'expliquer ce dernier concept.

Hypothèse, information et entropie négative

Gregory Bateson (1) dans son métalogue "*Pourquoi les choses se mettent-elles en désordre ?*" déclare : "je sais qu'il y a un nombre infini

de manières désordonnées, de sorte que les choses tournent toujours au désordre et au mélange”².

Si nous transposons cette affirmation, d'une valeur universelle, aux limites d'une séance de thérapie familiale, nous pouvons, grâce à l'expérience, confirmer sa validité. Nos séances avec les familles auraient tendance, sans l'activité que nous déployons et qui est basée sur une hypothèse, à aller vers un accroissement décourageant du désordre et de la confusion. Mais qu'est exactement le désordre ? Sa définition la plus claire est peut-être celle qui est donnée par Schafroth (4) :

“En fait, ce n'est pas une si petite affaire que de définir “le désordre”. Il y a des hommes de science qui ont l'habitude d'empiler papiers et livres sur leur bureau d'une façon apparemment fantaisiste, mais qui savent à tout instant comment trouver une chose donnée. Si quelqu'un met un “ordre” apparent sur ce bureau, le pauvre propriétaire peut être incapable d'y retrouver quelque chose. Dans ce cas, il est évident que l'apparent “désordre” est en fait, l'ordre, et vice versa. Vous constaterez aisément que dans ce sens, l'ordre du bureau peut être mesuré par l'information que le propriétaire possède au sujet de son état. Cet exemple illustre le fait que, en essayant de définir “le désordre” plus précisément, nous retournons à la définition précédente en termes de “manque d'informations” . . .

Le désordre, la désorganisation, l'absence de forme ou l'organisation aléatoire d'un système s'appelle son *entropie*. La diminution de l'entropie peut être considérée comme la mesure de la quantité d'informations. Wiener et Shannon ont noté que la mesure statistique de la forme négative de l'entropie est la même que celle de l'information, que Schrodinger (5) a appelée *néguentropie*. Wiener a démontré que les concepts d'“information” et de “néguentropie” étaient synonymes.

Cependant, de Beauregard (2) définit plus tard avec plus de précision le rapport entre les deux concepts d'entropie négative et d'information, sur la base de deux significations qui illuminent notre recherche.

La cybernétique est conduite à définir “néguentropie” et “information” avec une sorte de double sens subjectif et à admettre la possibilité d'un passage à deux sens :

Néguentropie \rightleftharpoons information

Notons que la signification du mot information n'est pas la même dans les deux sens : dans le sens direct, *néguentropie* \rightarrow informa-

² Vers une écologie de l'esprit : Tome I, page 29 (Seuil) Gregory Bateson.

tion, "information" signifie acquisition de connaissances . . . Dans le sens inverse, *information* → *néguentropie*, "information" signifie pouvoir d'organisation.

L'hypothèse doit être systémique

Il faut souligner un point fondamental : chaque hypothèse doit être systémique, et doit, par conséquent, inclure toutes les composantes de la famille, et nous fournir une supposition concernant la fonction relationnelle totale. Voyons un exemple.

Une mère nous téléphone un jour au Centre pour demander une consultation. La famille, appartenant à la classe ouvrière et vivant dans les faubourgs de Milan, comprend six membres, les parents, tous deux dans la cinquantaine ; un garçon de 20 ans, Paolino, qui travaille comme plombier ; une fille de 17 ans, Francesca, qui vient récemment d'obtenir son diplôme de secrétaire et cherche du travail ; un écolier de 12 ans, Stephano ; et la patiente désignée, Régina, 14 ans.

Régina, aveugle de naissance, commence à environ 4 ans à présenter un comportement psychotique si grave que plus tard, il empêchera son admission à une école locale d'enfants aveugles. Elle a, pour cette raison, à 6 ans, été admise dans une institution de l'Italie centrale, qui prend en charge pêle mêle, enfants psychotiques, déficients organiques, retardés et handicapés. Malgré la longueur du voyage, la mère rend visite à Régina presque chaque mois, l'emmenant à la maison pour Noël et pour les vacances d'été. Les périodes que Régina passe à la maison font cependant de la vie de famille un enfer virtuel. Pendant l'été précédent, Régina, se comportant toujours de façon psychotique, s'est beaucoup attachée à sa mère et ne veut plus la quitter. Elle ne fait plus de progrès à l'institution. En fait, après une première période d'adaptation d'un certain nombre d'années pendant laquelle elle est arrivée à une certaine relation avec les religieuses et les autres enfants, et a atteint scolairement le niveau de l'avant-dernière année d'école primaire, elle s'est progressivement isolée. Après le dernier été, elle s'est drapée dans une cape de négativisme. Le psychologue de l'institut, lors d'une des visites mensuelles de la mère, semble avoir déconseillé un autre séjour pour Régina, et a donné à la mère l'adresse de notre centre. La mère ne sait ni le nom du psychologue, ni pourquoi il a suggéré notre centre. Cependant, elle formule la demande explicite suivante : "quand nous viendrons, nous aurons à décider s'il est meilleur pour Régina de rester à l'institut ou de revenir à la maison avec nous".

Ceci constituait l'information stockée sur la fiche de la famille au moment de la prise de contact téléphonique, et un rendez-vous fut fixé pour les vacances de Noël, quand Régina reviendrait à la maison.

Pendant la réunion qui précéda la séance, notre groupe revit la fiche et discuta l'information déjà en notre possession, dans le but de formuler une hypothèse. La question fondamentale était : quel est le jeu systémique posé par le retour de Régina dans la famille, son comportement psychotique étant inchangé après tant d'années d'isolement dans une institution lointaine ? Et ensuite : de quelle façon s'était produit un certain changement dans la politique de l'institution, changement représenté par le psychologue inconnu qui avait averti la mère, et qui convergeait avec un changement dans la politique de la famille, qui se posait la question dramatique (et soudaine) : "vaut-il mieux pour Régina de revenir à la maison pour rester avec nous ?"

Nous nous mîmes d'accord sur l'hypothèse de la convergence de deux motivations différentes, venant de deux sous-systèmes. L'un était celui de l'institution. L'Italie, à ce moment là, se trouvait en pleine controverse idéologique, de caractère socio-politique et anti-institutionnel, qui menait à la conviction que le retour dans la famille est *toujours* la meilleure solution. Il nous semblait cependant que le mouvement expulsif de l'institution aurait pu ne pas être suivi s'il n'avait pas coïncidé sous quelque rapport avec les impératifs homéostatiques d'un système familial en danger de changement. Il était nécessaire d'hypothétiser la nature de ce danger. A partir de la fiche familiale, nous savions que Régina avait deux frères et sœur plus âgés : Paolino, 20 ans, et déjà dans la vie active, et Francesca, 17 ans, juste diplômée et cherchant du travail, un pas qui marquerait la fin de sa dépendance vis-à-vis de la famille. Le retour de Régina dans la famille à ce moment précis pourrait être le moyen le plus efficace pour assurer la cohésion du groupe. Du fait de sa cécité, sans parler de son comportement psychotique, Régina demanderait un soin et une surveillance constants. Francesca devrait probablement abandonner ses projets de travail afin de pouvoir rester à la maison pour aider sa mère. Il y aurait des frais en plus et une autre bouche à nourrir et selon toutes probabilités, Paolino devrait contribuer de façon plus effective à la maintenance de la famille, sacrifiant peut-être ses projets de vacances, de fréquentations féminines, de sorties, etc. . . L'équipe conclut alors un accord conformément à la formulation de l'hypothèse systémique suivante : la famille, ayant perçu ce moment comme étant dangereux pour son homéostasie, avait "découvert" le devoir de reprendre Régina dans la famille. Ce retour pourrait se révéler essentiel pour empêcher Francesca ou Paolino, ou les deux, de se tourner vers le monde extérieur.

En accord avec cette hypothèse, nous décidâmes que la séance devait, avant tout, impliquer Francesca et Paolino, leurs relations avec les différents membres de la famille, leurs éventuels projets, leurs opinions concernant le retour possible de Régina, et les effets qu'ils

pensaient que cet éventuel retour aurait sur leur vie. L'hypothèse fut confirmée par les rétroactions observées pendant l'entretien : la crise familiale se centrait sur l'adolescence de Francesca qui semblait en être aussi effrayée que les autres. Le problème, par conséquent, était totalement différent de celui qu'avait posé la mère.

L'hypothèse décrite ci-dessus, par delà le fait qu'elle est cohérente avec l'épistémologie systémique, est suggérée par deux types d'information :

1 – *certaines données acquises dans la recherche sur les familles à membre psychotique*. La crise schizophrénique d'un des membres coïncide souvent avec la menace que l'un des autres membres, souvent un adolescent, soit sur le point de quitter la famille. Cette fonction peut être hypothétisée, comme dans le cas exposé ci-dessus, quand nous observons un changement soudain dans la politique de la famille.

2 – *Information spécifique concernant la famille en observation*. En entrant dans la séance avec déjà une hypothèse, le thérapeute peut prendre l'initiative, procéder avec ordre, diriger, interrompre, guider, et provoquer des transactions, évitant à tout instant d'être inondé par un flot de bavardage dénué de sens.

Circularité

Par circularité, nous entendons la capacité du thérapeute à conduire son investigation en se basant sur les rétroactions de la famille en réponse aux informations qu'il sollicite sur les relations et, par conséquent, sur la différence et le changement dans les relations mêmes.

L'acquisition d'une telle capacité exige que les thérapeutes se libèrent du conditionnement linguistique et culturel qui leur fait croire qu'ils sont capables de penser en termes de "choses", de façon à ce qu'ils puissent redécouvrir "la vérité plus profonde, qui est que nous ne pensons encore qu'en termes de relations" (3, p. 173).

En 1968, Bateson avait déjà expliqué et démontré ce concept.

La même vérité générale – que toute connaissance des événements extérieurs est dérivée des relations qui existent entre eux – est reconnaissable dans le fait que, pour aboutir à une perception plus exacte, un être humain aura toujours recours au changement dans la relation entre lui-même et l'objet extérieur. S'il est en train d'inspecter un endroit rugueux sur une surface quelconque par le

moyen du toucher, il déplace son doigt sur cet endroit, créant ainsi un départ d'impulsions nerveuses de structure séquentielle définie, à partir desquelles il peut déduire la forme statique et les autres caractéristiques de l'objet examiné . . . Dans ce sens, nos données sensibles initiales sont toujours des "dérivées premières", affirmations à propos de *différences* qui existent entre les objets extérieurs, ou affirmations à propos de *changements* qui se produisent ou bien en eux, ou bien dans notre relation à eux . . . Ce que nous percevons facilement sont la différence et le changement – et la différence est une relation (3, p. 173).

Ce que nous appelons circularité est donc notre conscience, ou mieux encore, notre conviction, d'être capables d'obtenir de la famille de l'information authentique *seulement* si nous travaillons avec les points fondamentaux suivants :

- 1 – L'information est la différence
- 2 – La différence est une relation (ou un changement dans la relation).

Ceci n'est cependant pas suffisant. Un autre moyen est encore nécessaire pour aider le thérapeute face aux complexités de la famille : chaque membre de la famille est invité à nous dire comment il voit la relation entre deux autres membres de la famille. Ici, il s'agit de l'investigation d'une relation diadique telle qu'elle est vue par une tierce personne. On sera prêt à convenir qu'il est de loin plus fructueux, dans le fait que c'est efficace pour venir à bout d'une résistance, de demander à un fils : "dites-nous comment vous voyez la relation entre votre sœur et votre mère", que d'interroger directement la mère sur sa relation avec sa fille. Ce qui est peut-être moins évident est l'extrême efficacité de cette technique pour amorcer un tourbillon de réponses dans la famille, qui éclairent énormément les diverses relations triadiques. En fait, en invitant formellement un membre de la famille à métacommuniquer sur la relation de deux autres, *en leur présence*, nous sommes non seulement en train de briser une des règles ubiquitaires des familles dysfonctionnelles, mais encore de nous conformer au premier axiome de la logique de la communication humaine : dans une situation d'interaction, les différents participants, quoi qu'ils fassent, ne peuvent éviter de communiquer.

Considérez le cas de la patiente désignée invitée par le thérapeute à décrire sa perception de la relation entre son père et sa sœur plus jeune. Supposez qu'elle montre sa désapprobation d'un certain comportement du père vis-à-vis de sa sœur. Ce serait très différent par rapport à l'information concernant la relation triadique (c'est-à-dire, y compris la

personne interrogée) si les deux autres se montraient confus, ou si chacun réagissait de la même façon, ou si seulement le père protestait avec indignation, cependant que la sœur s'enfermait dans un silence énigmatique ou manifestait une hostilité marquée ou du dédain.

Nous avons eu un tel cas, où la patiente désignée, décrivant sa perception de la relation entre son père et sa sœur, Marina, introduisit dans ses commentaires l'histoire d'un récent épisode significatif. Elle termina en se tournant vers son père avec l'accusation suivante : "j'ai eu l'impression que tu la rendais malheureuse et que tu fais cela souvent". Le contraste entre l'indignation biblique du père et le silence inexpressif de Marina, qui ne fut ni d'accord, ni contre ce que disait sa sœur nous permit de faire certaines observations et par conséquent, de formuler de nouvelles hypothèses concernant la relation entre les deux sœurs (qui, jusque là, nous étaiant apparues amicalement proches l'une de l'autre), le rapport de chacune avec le père, le rapport du père avec chacune d'elles, etc. . . En même temps, les thérapeutes, et même plus encore, les observateurs de la séance, notèrent le comportement de la mère qui, avec des hochements de tête et des coups d'oeil désapprobateurs vers sa fille, montrait qu'elle était alliée à son mari dans sa colère. Inutile de dire que la séquence suivante de questions inclut la mère : "et maintenant, Marina, comment voyez-vous la relation entre votre sœur et votre mère ?".

De cette façon, au-delà des limitations que nous imposent le langage et le conditionnement culturel, nous pouvons accéder à l'intérieur de la famille par la triade, puis la somme des différentes triades. Ainsi, la chaîne passera à travers la trame, jusqu'à ce que l'on voie clairement le dessin sur le tissu, sans qu'il soit nécessaire de poser la question la plus attendue et par conséquent, la plus crainte, et contre laquelle on se défend le plus : "mais Marina, comment voyez-vous la relation entre votre père et votre mère ?".

Autres méthodes pratiques pour collecter de l'information

En ce qui concerne les modalités triadiques d'investigation des relations, et le principe fondamental selon lequel l'information est une différence, et la différence est une relation (ou un changement dans la relation), nous allons présenter ici des méthodes pratiques dont nous avons découvert l'extrême efficacité pour demander de l'information :

1 – En termes de comportement spécifique interactif dans des circonstances spécifiques (et non en termes de sentiments ou d'interprétations).

Par exemple, la transaction menée par le thérapeute avec le fils aîné d'une famille de quatre dans laquelle le dernier garçon, Lorenzo, présentait des crises de violence au cours desquelles il frappait sa mère.

Thérapeute : "quand Lorenzo commence à perdre le contrôle et bouscule votre mère, que fait votre père ? Et comment réagit votre mère à ce qu'il fait (ou ne fait pas) ? Et que faites-vous ? etc. . . etc. . ."

2 — *En termes de différence dans le comportement et non en termes de prédicats supposés intrinsèques à la personne.*

Par exemple, une conversation entre thérapeute et enfant, concernant les grand-parents paternels qui vivent avec la famille.

Fils : nous vivons avec mes grand-parents et ce sont de vrais enquiquineurs.

Thér. : que font-ils pour être enquiquineurs ?

Fils : ils n'arrêtent pas d'intervenir auprès de nos parents, pour leur dire ce qu'il faut faire avec nous.

Thér. : qui intervient le plus, votre grand-père ou votre grand-mère ?

Fils : grand-père !

Thér. : auprès de qui intervient-il le plus, votre mère ou votre père ?

Fils : auprès de mon père.

Thér. : et qui est le plus énervé quand votre grand-père intervient, votre père ou votre mère ?

Fils : oh, maman, évidemment ! Elle demande à papa de le rembarrer . . .

3 — *En termes de classement d'un comportement spécifique ou d'une interaction spécifique par plusieurs membres de la famille.*

Cette invitation à faire une classification devrait être offerte à plus d'un membre de la famille.

Thér. : classez les différents membres de la famille en fonction de leur tendance à rester à la maison le dimanche. Commencez par celui qui reste le plus à la maison,

ou encore :

Thér. : il semble que votre mère pleure beaucoup à la maison, qu'elle est très malheureuse. Emilie, dites-moi qui peut le mieux lui remonter le moral quand elle est triste : votre grand-mère, votre père, votre frère, ou vous ? Faites une échelle.

Cette méthode de classification par les membres de la famille est une importante source d'informations par le fait que non seulement, elle révèle la position des différents membres dans le "jeu familial", mais aussi qu'elle montre finalement des divergences intéressantes entre les différentes classifications.

4 – *En termes de changement dans la relation (ou mieux, en comportement indiquant un changement dans la relation) avant ou après un événement précis (investigation diachronique).*

L'exemple suivant est extrait de la première séance avec une famille de quatre personnes. La mère avait demandé de l'aide à propos du comportement rebelle et agressif de son fils de 12 ans, Marco. Il y avait aussi une sœur plus jeune, Sissy. Presque chaque jour, des disputes violentes explosaient entre mère et fils. L'événement précis au sujet duquel le thérapeute commença à poser des questions fut l'accident cardiaque du père, à la suite duquel il avait laissé son travail et obtenu une pension d'invalidité.

Thér. (à Sissy) : ta mère a dit que Marco a toujours été un enfant difficile. Mais selon toi, est-ce que ta mère et ton frère se bagarraient plus, avant la maladie de ton père, ou depuis ?

Sissy : oh, depuis, depuis ! Maman se met beaucoup plus en colère, et elle est plus nerveuse, aussi . . . Il n'y a que quand papa pose la main sur son cœur, qu'elle s'arrête.

5 – *En termes de différences par rapport aux circonstances hypothétiques.*

Thér. : Si l'un de vos enfants devait rester à la maison, sans se marier, qui, d'après vous, vaudrait-il mieux que ce soit pour votre père ? Qui, d'après vous, vaudrait-il mieux que ce soit, pour votre mère ?

Nous utilisons toutes ces méthodologies pendant l'investigation du symptôme, même pendant la première séance. Plutôt que de s'empêtrer à faire la liste fastidieuse du comportement symptomatique, le thérapeute conduit l'investigation en demandant *comment* chaque membre

de la famille réagit au symptôme. Le modèle est triadique — un membre de la famille est invité à décrire de quelle manière un autre membre réagit au symptôme, et encore de quelle façon un autre membre de la famille réagit à cette réaction.

L'exemple suivant provient de la première séance de thérapie avec une famille présentant un fils anorexique, Marcello.

Thér. : (à la sœur Ornella) : quand votre mère essaie de faire manger Marcello et qu'il refuse la nourriture, que fait votre père ?

Ornella : pendant quelque temps, il se retient mais au bout d'un moment, il devient furieux et commence à hurler.

Thér. : après qui ?

Ornella : après Marcello

Thér. : Et quand il hurle après Marcello, que fait votre mère ?

Ornella : elle devient furieuse après papa. Elle dit qu'il démolit tout, qu'il n'a aucune patience, qu'il rend tout encore pire.

Thér. (au père) : et pendant que tout ceci se passe, que fait Ornella ?

Père (souriant à sa fille avec une admiration évidente) : elle continue à manger, comme si de rien n'était !

L'élargissement graduel du champ d'observation

Une autre méthode importante pour récolter de l'information pendant l'entretien familial, consiste à commencer par l'investigation des sous-groupes. En voici un exemple.

Un jeune couple avec deux garçons, Paolo et Alexandro, respectivement 6 et 4 ans, consultèrent à notre centre pour leur difficulté à contrôler Paolo. Dans la période précédant la séance, son comportement vindicatif était devenu insupportable ; il avait inondé la maison, enfoncé des clous dans un meuble de prix, etc. . .

Pendant la discussion d'équipe précédant la première séance, nous décidâmes d'explorer les relations familiales en commençant par les différents sous-groupes. Si, comme c'est souvent le cas, le père était parti à son travail toute la journée et la mère restait à la maison avec les enfants, notre enquête commencerait par le sous-groupe mère-enfants, en utilisant les modalités que nous avons déjà décrites :

1 – *En termes de différences :*

Thér. : (au père) qui est le plus attaché à sa mère, Paolo ou Alexandro ?

2 – *En termes de comportement interactif spécifique dans des circonstances spécifiques :*

Thér. : Paolo, quand tu rends Alexandro furieux, que fait ta maman ? Alexandro, quand tu rends Paolo furieux, que fait ta maman ? etc. . .

Ensuite, nous poursuivions avec la famille entière, suivant toujours le schéma proposé.

Thér. : quand papa est là le soir, Paolo est-il plus méchant avec maman, ou moins méchant ? S'il est méchant avec maman, que fait papa ? etc. . .

C'est seulement après avoir dessiné un tableau bien net de la famille nucléaire, que nous pouvons élargir l'investigation afin d'inclure les relations avec les familles d'origine des parents, nous appesantissant en détail sur les relations entre grands-parents et petits-enfants – (par exemple : “qui est le chouchou de grand-mère ?”), en s'en tenant toujours aux méthodes décrites ci-dessus pour obtenir l'information.

Neutralité

Par neutralité du thérapeute, nous entendons l'effet pragmatique spécifique que son comportement total pendant la séance produit sur la famille (et non sa disposition intrapsychique).

– Nous essaierons d'expliquer exactement ce qu'est cet effet pragmatique en imaginant une situation expérimentale. Imaginons que quand un des membres de notre équipe a terminé son entretien avec la famille et s'est retiré pour discuter de l'information qu'il a collectée, avec le reste de l'équipe, un interviewer vienne vers la famille et demande à ses différents membres leurs impressions sur le thérapeute. Si la séance s'est déroulée selon l'épistémologie systémique, les différents membres de la famille auront beaucoup à dire sur la personnalité du thérapeute (s'il est intelligent ou pas, sa chaleur humaine, son amabilité, son style, etc. . .). Cependant, si on leur demande de déclarer qui il a soutenu, ou aux côtés de qui il s'est rangé, ou quel jugement il a porté sur tel ou tel individu ou son comportement, ou sur la famille entière, ils devraient se trouver embarrassés et incertains.

En fait, aussi longtemps que le thérapeute invite un membre à faire des commentaires sur la relation de deux autres membres, il semble à ce moment être l'allié de cette personne. Cependant, cette alliance change au moment où il demande à un autre membre de la famille, et encore à un autre, de faire la même chose. Le résultat final de ces alliances successives est que le thérapeute est allié à chacun et à personne au même moment.

Par ailleurs, plus le thérapeute assimile l'épistémologie systémique, plus il est intéressé à provoquer des rétroactions et à collecter de l'information, et moins il est enclin à porter des jugements moraux quels qu'ils soient. Le fait de juger, que ce soit pour approuver³ ou désapprouver, l'allie implicitement et inévitablement avec l'un des individus ou des groupes de la famille. Au même moment, nous essayons d'observer et de neutraliser aussitôt que possible toute tentative de coalition, de séduction, ou de relations privilégiées avec le thérapeute, faite par n'importe quel membre ou sous-groupe de la famille.

En fait, nous croyons que le thérapeute ne peut être efficace que dans la mesure où il est capable d'obtenir et de maintenir un niveau différent (*métaniveau*) de celui de la famille.

Conclusion

La conduite de l'entretien selon les principes et les méthodes discutées ci-dessus aide effectivement le thérapeute à récolter de l'information et donc l'aide dans son travail thérapeutique. Par information, nous entendons principalement l'accroissement de la connaissance qu'a le thérapeute de l'ensemble des modalités relationnelles mises en œuvre dans la famille. Sur ces connaissances, le thérapeute basera ses éventuelles interventions thérapeutiques, commentaires, simples prescriptions, prescriptions ritualisées, ou rituels familiaux.

La phase actuelle de notre recherche nous a amenés à faire face à un nouveau problème. La thérapie familiale peut-elle induire un changement uniquement à travers l'effet néguentropique de notre méthode actuelle de conduite de l'entretien, sans nécessiter une intervention finale ?

Nous espérons pouvoir répondre à cette question après qu'un nombre significatif de thérapies familiales auront été menées selon la méthode d'entretien décrite ci-dessus, tout en omettant toute intervention finale.

Traduction : *Anne-Marie Colas*
Giuliana Prata

³ La connotation positive, c'est-à-dire l'approbation du comportement symptomatique, peut, par la suite, être utilisée à la fin de la séance en tant qu'intervention paradoxale.

RESUME

Cet article présente les résultats de notre recherche sur l'individualisation et l'élaboration de principes et méthodes que nous avons trouvés hautement productifs dans la conduite d'un entretien familial. Nous avons synthétisé ces principes sous le titre : "hypothétisation, circularité, neutralité" en donnant les définitions conceptuelles, les descriptions, et des exemples pratiques de leur application. Notre but est d'aider le thérapeute à stimuler les familles pour produire des informations significatives, ce qui lui est indispensable pour faire un choix thérapeutique.

SUMMARY

This paper presents the results of our research focused on individualizing and elaborating principles and methods that we have found highly productive in interviewing the family. We have synthesized these principles under the headings Hypothesizing, Circularity, and Neutrality, giving conceptual definitions, descriptions, and practical examples of their application. Our purpose is to aid the therapist in stimulating the family to produce meaningful information, which is indispensable to the therapist in making a therapeutic choice.

Adresse de l'un des auteurs :

Professeur Mara Selvini Palazzoli
Centro per lo studio della famiglia
Viale Vittorio Veneto, 12
I - 20124 Milano

REFERENCES

1. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*, Le Seuil, Paris, 1977.
2. DE BEAUREGARD, O.C. : "Sur l'équivalence entre Information et entropie", *Sciences*, II, 51, 1961.
3. RUESCH, J., BATESON, G. : *Communication : the social matrix of psychiatry*, New York, W.W. Norton, 1968.
4. SCHAFROTH, M.R. : "The concept of temperature", in H. Messel (Ed.) *Selected lectures in modern physics*, London, Macmillan, 1960.
5. SCHRODINGER, E. : *What is life ?*, Cambridge University Press, 1967.
6. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*, E.S.F., Paris, 1978.

Article paru dans *Family Process*, volume 19, numéro 1, mars 1980.

MALADIES PSYCHOSOMATIQUES ET FAMILLES

D. MASSON *

1. Introduction :

Le fait de travailler depuis peu dans les services de médecine psycho-sociale des C.H.U. de Genève et Lausanne nous permet de rencontrer des familles dont le patient identifié est *adulte*, présentant soit des troubles dits "psychosomatiques" ou des complications "d'ordre psychologique" survenant au cours d'affections somatiques, entravant souvent leur traitement. Ceci correspond pour nous à une nouveauté, puisque nous avons l'habitude, jusqu'alors, d'entrer en contact avec les familles par le biais de patients identifiés souffrant de troubles psychologiques, exception faite de l'anorexie mentale. Dans la grande majorité des familles que nous avons vues dans ce contexte, nous avons pu constater qu'en outre au moins un membre présentait des symptômes psychologiques, pour la plupart des cas de la lignée dépressive anxieuse.

2. Bref survol de la littérature :

Dans la littérature, ce sont surtout les études consacrées aux familles dont un *enfant* présente des troubles psychosomatiques qui prédominent et sont les plus connues. Nous nous bornerons donc à les citer, soulignant à la fois leur apport sur le plan théorique et sur le plan pratique de la conduite thérapeutique. Il s'agit des travaux de Selvini et col. [1972, 1975 (1, 2)] concernant l'anorexie mentale et ceux de Minuchin et col. [1978 (3)] décrivant l'approche structurale de l'anorexie mentale, du diabète et de l'asthme chez les enfants.

En ce qui concerne l'approche familiale des troubles psychosomatiques chez *l'adulte* — de la "family somatics" comme l'appelle Weakland [1977 (4)] —, les études sont encore peu nombreuses à notre connaissance. Fry [1962 (5)] et Haley [1963 (6)] sont parmi les premiers à constater que dans un équilibre émotionnel si délicat formé par le couple, les symptômes (anxiété, troubles fonctionnels d'expression somatique) pouvaient avoir une *fonction* (protection mutuelle ou fonction de maintien du couple) dans le système conjugal. Jackson [1966 (7)], dans son étude sur les colites ulcéreuses, met en lumière la restriction des échanges sociaux et émotionnels en vigueur dans ces

* Avec la collaboration de : P. ROSATTI, D. VILOUX et P. GUÉX.

familles. Bowen [1966 (8)] introduit, avec son concept de "système projectif familial", la dimension multigénérationnelle. Pour lui, l'apparition de symptômes somatiques chez un membre de la famille correspond à l'un des mécanismes auxquels recourt le système familial lorsque les relations à l'intérieur de ce système se situeraient, selon son échelle, sur le versant de la moindre différenciation et servirait à contrôler l'intensité émotionnelle de relations d'allure "symbiotique".

Hoebel [1975 (9)] étudie, dans le but de favoriser le traitement de malades coronariens, le jeu interactionnel entre ces patients et leur conjoint et aboutit à des propositions thérapeutiques. Se situant à un autre niveau, Guntern [1977 (10)], observant un village en pleine transition socio-culturelle (passage d'une économie rurale de montagne traditionnelle à une économie d'exploitation touristique des ressources du pays), étudie le déséquilibre apparu dans les échanges de matière, information et énergie, entre les individus et leur environnement bio-social et physique. Ce déséquilibre des échanges aboutit à un dysfonctionnement du champ transactionnel que représente le village, se traduisant par l'apparition massive de troubles psychosomatiques dans la population. Wirsching et col. [1979 (11)] décrivent la possibilité de prédiction de malignité du cancer du sein à partir de l'étude des transactions familiales.

Ce survol de la littérature* nous montre que les troubles dits psychosomatiques sont l'expression d'un dysfonctionnement pouvant se situer à différents échelons dans l'organisation hiérarchique des systèmes — organismes — couples — familles — communautés et que nous sommes loin de pouvoir leur attribuer une spécificité.

3. Position théorique :

A partir de notre travail quotidien de consultants en médecine psycho-sociale au sein de C.H.U., nous cherchons des modes d'intervention thérapeutique tenant compte du contexte particulier qu'est le nôtre. Nous nous référons théoriquement à la perspective systémique. La maladie "psychosomatique" est ici comprise comme un indice d'expression somatique de la présence de difficultés survenant dans le réseau relationnel d'un système. Le fait de décrire des systèmes et des sous-systèmes tels qu'individu, diade, famille, soignants, réseau social, ne veut pas encore dire que l'on opère dans une perspective systémique.

* Signalons deux revues de littérature concernant le sujet :

- El Grolnick : "A family perspective of psychosomatic factors in illness : a review of literature". *Family Process* 11 : 457-486-, 1972.
- W.W. Meissner : "Family process and psychosomatic disease". *Int. J. of Psychiatry in Medicine* 5 : 411-430, 1974.

La perspective systémique est basée sur l'étude des patterns interactionnels qui régissent les échanges entre les éléments d'un système et entre sous-systèmes définissant la structure d'un système. En utilisant le modèle cybernétique de l'autorégulation par des boucles de rétroaction positive et négative, l'on peut admettre qu'un dysfonctionnement — signalé par l'apparition de symptômes psychiques et psychosomatiques — s'installe lorsque prédominent les boucles homéostatiques alors qu'un changement adaptatif du système serait nécessaire (exemple : lorsque les mécanismes homéostatiques empêchent l'adaptation nécessaire lors d'une phase de transition au cours du cycle vital) ou lorsque prédominent les boucles de rétroaction positive inaugurant un processus d'amplification qui, à son tour, peut devenir le problème [Maruyama, 1963 (14)]. Cette manière de voir ne dit *rien* sur l'étiologie même des affections "psychosomatiques" mais peut donner des indications sur la persistance ou l'aggravation de l'affection. Ce qui à notre sens représente une caractéristique des échanges dans les familles psychosomatiques est le fait que le ou les symptômes somatiques prennent une valeur communicationnelle particulière dans les transactions familiales en s'inscrivant de façon temporaire ou chronique dans le jeu circulaire des comportements-réponses. Ceci correspondrait aux idées introduites par Bateson et Birdwhistell [résumées par Winkin, 1981 (13)], selon lesquelles une famille ne "retient" comme modèle communicationnel que ce qui lui est nécessaire pour ses transactions. Nous disons bien retient car elle a un "certain choix" étant plongée dans un grand ensemble de modèles possibles de communication et dont seuls quelques-uns lui conviennent. Une maladie, quelle qu'elle soit, avec ses symptômes, peut être pensée en termes de communication. Lorsqu'une maladie se déclare, si elle s'intègre dans un ensemble de modèles de communication et sert les finalités du système, des mécanismes de maintien seront mis en place. Une des conséquences d'une telle situation peut être la mise en échec de traitements médicaux.

4. Travail de l'atelier :

Au cours de l'atelier nous avons travaillé sur un montage vidéo des dix premières séances du traitement d'un couple dont le mari a été adressé à l'un d'entre nous* pour crises d'asthme bronchique à répétition, allant s'aggravant. Le patient désigné, 36 ans, est marié depuis quatorze ans avec une femme du même âge. Il souffre de crises d'asthme qui ont débuté à la fin de l'été 1980. Des tests allergiques sont positifs pour les moisissures, les poussières et il est par ailleurs allergique à l'aspirine. Il suit depuis le début un traitement de désensibilisation. En

* P. Rosatti.

avril 1981, une péjoration de sa maladie asthmatique nécessite l'introduction de prednisone qui, interrompue, doit être reprise début octobre 1981. Devant l'inefficacité de ce traitement, il est hospitalisé une première fois en octobre 1981 pour un état de mal asthmatique stade III à IV. Il séjourne quatre jours au soins intensifs où l'on évite de justesse l'intubation. Il quitte l'hôpital contre l'avis des médecins ; son état se péjore à nouveau début novembre 1981 et il est réhospitalisé pour crise d'asthme associée à des brûlures gastriques, des vomissements et des crises d'angoisse nocturne. C'est à ce moment-là qu'il nous est adressé.

Il est fils unique, de parents d'un niveau socio-économique modeste. Les années 1967 et 1968 correspondent à des changements existentiels majeurs. En 1967, son père meurt d'un cancer digestif. Six mois après, il fait la connaissance de sa femme et se marie en 1968. Simultanément, pour des raisons qu'il ne peut encore aujourd'hui pas expliquer, six mois avant les examens finals, il interrompt ses études universitaires. Pendant cette période, il développe des symptômes dépressifs marqués par des troubles digestifs, ainsi qu'une panphobie (agoraphobie, claustrophobie) qui deviennent rapidement paralysants, tant pour lui que pour sa femme. Il recourt à un traitement psychothérapique individuel pendant trois ans où fut essentiellement travaillé le deuil du père. Il interrompt cette psychothérapie en 1971, quelques mois avant la naissance de son premier fils. En 1974, naissance du deuxième fils ; la petite enfance des deux garçons est caractérisée par l'apparition chez les deux, de crises faux croup entre l'âge de 2 et 3 ans. Avec sa mère, remariée en 1972, il entretient des rapports dits conventionnels.

Sa femme, cadette de huit, aurait, durant son enfance, toujours été sollicitée pour dépanner frères et soeurs. Son mariage lui aurait permis de quitter son milieu familial où elle avait pour tâche de s'occuper seule de ses parents, âgés mais valides. Professionnellement, elle travaille de façon irrégulière, occupant des postes de secrétaire temporaire pour de brèves périodes. Peu de temps après son mariage, elle cesse toute activité professionnelle. Depuis toujours, elle fait état de troubles digestifs et de moments de "cafard" répétitifs.

Comme le plus souvent chez les malades psychosomatiques, la demande du patient est rigidement centrée sur sa symptomatologie, à savoir : être débarrassé de ses crises d'asthme et de son angoisse. Aucun événement, ni dans la sphère relationnelle, ni dans celle du travail, ne peut être mis en corrélation avec l'apparition des crises d'asthme en 1980. Le seul lien que nous sommes en mesure d'établir est le fait que le dernier des enfants allait commencer l'école primaire à l'automne 1980. Question : peut-on envisager un traitement dans une telle situation ? Si oui, lequel et comment ?

En résumé l'attitude du thérapeute, qui fut discutée au cours de l'atelier, a été la suivante :

— Ayant rencontré les conjoints le jour du départ du patient de l'hôpital, il décide de leur proposer une thérapie de couple. Les informations recueillies et l'observation des inter-relations se développant entre conjoints et thérapeute au cours de cette première séance, lui permettaient de penser que les crises d'asthme pouvaient s'inscrire essentiellement dans le jeu communication-réponse à l'intérieur du couple. En effet, à partir des trois hypothèses envisagées, à savoir que — les crises d'asthme font partie d'un mécanisme homéostatique empêchant les modifications relationnelles rendues nécessaires par le début de la scolarité du dernier fils — que les crises d'asthme perpétuent le jeu soignant-soigné souvent présent dans cette famille — que les crises d'asthme servent à maintenir surimplication et surprotection mutuelles —, il était possible d'imaginer une intervention au niveau du couple.

— Le but du traitement est limité. Il ne s'agit pas de guérir l'asthme, mais de l'alléger de sa valeur communicationnelle particulière dans le jeu interactionnel du couple.

— Dans une telle situation, le symptôme correspond à la porte d'entrée que nous offre le système. Il s'agit donc de le respecter et de s'en occuper, mais non de le combattre de front. Le combattre serait se mettre en position symétrique et correspondrait à une attitude anti-thérapeutique de critique par rapport à la solution retenue par le système. Le thérapeute, respectant la fonction transactionnelle du symptôme, a cherché à utiliser les ressources du couple même, dont il avait connaissance, à savoir : la capacité dont avait fait état la femme de prédire et de juguler les crises de faux croup chez les enfants d'une part, et d'autre part l'effet anxiolytique enregistré par les deux conjoints lorsque, craignant une crise asthmatique, ils se donnaient la main.

— Le thérapeute, après accord sur le principe du traitement, prescrit au couple dès la première séance des massages à effectuer le soir au moindre signe laissant prévoir une crise. Cette prescription n'avait pas tellement pour but de rechercher l'effet relaxant du massage, mais d'inaugurer des modifications dans l'échange du couple. Elle paraissait valable parce qu'elle intensifiait le rôle de l'asthme dans leur interaction.

L'effet de cette prescription fut d'abord la disparition des grandes crises et l'espacement des petites crises à environ une fois par semaine. A ce stade, le couple fut invité à noter séparément les signes permettant de prévoir si une crise était imminente ou non. En cas de prévision positive de l'un des deux conjoints, le massage devait être maintenu. A la cinquième séance, on assiste, sur un mode dépressif, à une violente

révolte de la femme : elle se sent enchaînée par cette situation, a perdu toute liberté quant à des sorties individuelles et se déclare à bout de forces. Le mari reste impassible et produit, dans les semaines qui suivent, plusieurs petites crises. La femme ne réagit plus tout à fait de la même manière. Malgré les crises, elle négocie avec son mari des sorties seule l'après-midi. Le prétexte est de s'occuper d'un enfant en bas-âge qui lui avait été confié. Nous sommes en avril 1982.

Evolution du traitement :

Depuis mai 1982, très brièvement résumée, l'évolution fut la suivante : fin mai une nouvelle grande crise, nécessitant une très brève hospitalisation, n'ébranle pas le nouveau comportement de la femme. Cette crise sera la dernière jusqu'à ce jour. Toutefois, l'aîné des garçons accuse maintenant une forte baisse du rendement scolaire. Les séances s'espacent et il y est question non plus d'asthme, mais d'organisation de la vie familiale. A la 20ème et avant dernière séance, en mai 1983, après un an et demi de traitement, le couple en fait le bilan et, d'entente avec le thérapeute, fixe la dernière séance pour novembre 1983. Le bilan peut se résumer de la façon suivante :

- Les crises sont très rares et de faible intensité et ont perdu de leur pouvoir mobilisateur dans la relation conjugale.
- Le mari souligne que sa femme est restée avec lui, alors qu'il redoutait qu'elle ne le quitte.
- La femme fait état de la disparition de sa symptomatologie dépressive et digestive. Il est question d'un éventuel recyclage professionnel de la femme.
- Le couple est à nouveau capable de formuler et de réaliser des projets de week-end et vacances pour la famille.
- Le rendement scolaire de l'aîné des garçons s'est normalisé.
- Diminution considérable de la consommation médicale. Pour quelques mois encore, il ne reçoit plus que 5 mg de prednisone, ceci en fonction du schéma thérapeutique actuellement en vigueur, qui veut qu'un traitement aux corticoïdes à forte dose soit suivi, pour un temps égal, d'un traitement à dose minimale.

Centre de Psychologie Médicale du C.H.U.
Chemin de Mont-Paisible 20, 1011 Lausanne CH

BIBLIOGRAPHIE

1. SELVINI-Palazzoli, M. : "*Self-Starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*". London, Human Context-Books, 1972.

2. SELVINI-Palazzoli, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : "*Paradosso et Controparadosso*". Milano, Feltrinelli, 1975.
3. MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKER, L. : "*Psychosomatic Families. Anorexia nervosa in context*". Harvard University Press, Massachusetts, 1978.
4. WEAKLAND, J.H. : "Family Somatics" — A neglected Edge. *Family Process* 16 : 263-273, 1977.
5. FRY, W.F. : "The marital context of an Anxiety Syndrome". *Family Process* 1 : 245-252, 1962.
6. HALEY, J. : "marriage therapy". *Arch. Gen. Psychiat.* 8 : 213-234, 1963.
7. JACKSON, D., YALOM, I. : "Family research on the problem of ulcerative colitis". *Arch. Gen. Psychiat.* 15 : 410-418, 1966.
8. BOWEN, M. : "The use of Family theory in clinical practice". *Comprehens. Psychiat.* 7 : 345-374, 1966.
9. HOEBEL, F.C. : "Maladie de l'artère coronaire et interaction familiale : étude de la modification des facteurs de risque". In : Watzlawick, P., Weakland, J. : *Sur l'interaction*. P. 440-455, Paris, Le Seuil, 1981.
10. GUNTERN, G. : "Psychosomatic symptoms: Indicators of a dysfonctionnel transactional field". IVth Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Kyoto, 1977.
11. WIRSCHING, M., STIERLIN, H., WEBER, G., WIRSCHING, B., HEUNINGEN, B. : "prediction of breast cancer". Vth World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Jerusalem, 1979.
12. MARUYAMA, M. : "The second cybernetics : Deviation-Amplifying Mental Causal Processes". *Amer. Scientist* 51 : 164-179, 1963.
13. WINKIN, Y. : "*La Nouvelle Communication*". Paris, Le Seuil, 1981.

RESUME

Un nombre relativement peu élevé de publications sont consacrées à l'approche familiale des affections dites psychosomatiques chez l'adulte. Pour les auteurs, les symptômes psychosomatiques prennent une valeur communicationnelle particulière dans les transactions familiales, en s'inscrivant de façon temporaire ou chronique dans le jeu circulaire des comportements-réponses. Cette perspective est illustrée par un exemple clinique.

SUMMARY

The number of papers devoted to the family approach of psychosomatic disorders are relatively scarce. In the opinion of the authors, the psychosomatic symptoms have a special communication value within the family transactions. As behavior and response they become — temporary or chronically — a part in the circularity of the family transactions. A clinical example illustrates this view.

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

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

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

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

Dr J.-J. Eisenring
Hôpital psychiatrique
CH - 1633 Marsens (Suisse)

-
- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **THERAPIE FAMILIALE** pour l'année 198.....
- Abonnements individuels: **55 francs suisses - 185 francs français**
- Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs: **65 francs suisses - 220 francs français**

Modalité de règlement :

Sur la base de ce bulletin de souscription, nous vous enverrons une facture en précisant les modalités du règlement suivant la réglementation propre à chaque pays.

EDITIONS MEDECINE et HYGIENE

C.P. 229 - 1211 GENEVE 4 — C.C.P. 12-8677 GENEVE

Société de Banque Suisse, agence des Eaux-Vives, 1211 GENEVE 6, C. 622 803.

Nom et prénom :

Adresse :

N° Postal Ville

Date :

Signature :

ASPECTS SYSTEMIQUES DANS LES THERAPIES INDIVIDUELLES

Sylvana MONTAGANO

Je vais vous présenter une série de réflexions, qui ont mûri en moi au fur et à mesure que la pratique de la thérapie familiale me rendait susceptible d'employer l'optique systémique pour "lire" les situations pathologiques auxquelles j'avais affaire.

Etant de formation psychanalytique, il se trouvait souvent que des gens me demandent une analyse, ou, en tout cas, une psychothérapie individuelle, là où j'aurais souhaité qu'on me demande une thérapie familiale, car je voyais bien que c'était d'une pathologie familiale qu'il s'agissait surtout. Mais il n'était absolument pas possible de convoquer toute la famille, qui n'était pas là, ou qui refusait de venir en thérapie. Ou bien c'était le patient identifié qui revendiquait son droit à avoir sa thérapie, puisque c'était bien lui qui souffrait.

Il y avait aussi d'autres circonstances où je comprenais, cette fois au cours d'une thérapie, que l'emploi d'une technique différente aurait changé beaucoup plus rapidement la situation d'un patient, en lui permettant de retrouver la confiance en lui-même, ce qu'autrement il aurait fait sur un temps beaucoup plus long ; ou bien, appelée pour une thérapie de soutien, je me rendais compte que le seul soutien réellement efficace aurait été une provocation pour briser l'équilibre de la chronicisation établi depuis des années.

A ces occasions, prise entre l'enseignement analytique, qui visait au profond et au passé, et l'enseignement systémique, qui visait à l'ici et maintenant, il m'arrivait de me demander s'il fallait garder l'orthodoxie au prix du bien-être du malade, ou bien s'il fallait faire autre chose, au risque de s'éloigner de l'orthodoxie. Je réfléchissais aussi sur le fait qu'un patient qui se présente en analyse avec des symptômes qui entravent profondément sa vie, devrait pouvoir s'en libérer assez tôt, pour pouvoir consacrer ses énergies psychiques au travail qu'il accomplit avec son inconscient. A ce propos, je pensais que, quand on veut creuser à fond un terrain, il faut d'abord le débarrasser des obstacles qui y sont amassés.

Mais je dois avouer que, chaque fois qu'il m'est arrivé de confier mes doutes à mes collègues, je me suis aperçue que, s'il s'agissait de thérapeutes familiaux, je recevais le conseil de faire des efforts pour

convaincre la famille de venir en thérapie ; et s'il s'agissait de psychanalystes, on me suggérerait d'avoir confiance en des méthodes qui, bien que lentement, aboutissent toujours à des résultats appréciables.

Evidemment c'était mon problème, auquel s'ajoutaient les pressions qu'exerçait sur moi le service dans lequel je travaille, à propos du temps employé pour les thérapies. On me disait que des thérapies trop longues bloquent le service pour des années. Fallait-il sacrifier plusieurs personnes en difficulté, pour satisfaire un nombre limité de patients ?

Faute d'interlocuteurs, j'ai essayé de trouver moi-même une façon à moi de résoudre le problème.

En reprenant la lecture de la théorie générale des systèmes, point de départ des nouvelles formes de thérapie, j'ai remarqué que l'accent était constamment posé sur la relativité de tout processus concernant un organisme vivant. Von Bertalanffy dit (et je suis d'accord) qu'"une disfonction mentale c'est un trouble systémique", ce qui entraîne le concept selon lequel on pourrait théoriquement attaquer un système — et dans ce cas la personnalité d'un patient — n'importe où, par n'importe quels moyens, pourvu qu'on obtienne que le système commence à changer. La question était donc de savoir s'il fallait attendre que l'inconscient d'un patient me communique le moment et les circonstances où sa personnalité avait commencé à se replier sur elle-même, alors que son conscient me communiquait clairement quel était le contexte où se développaient ses angoisses actuelles, et que je savais qu'il était possible d'intervenir là-dessus.

Je me suis donc aventurée sur un chemin où je me sentais appelée substantiellement par le désir de soulager le plus tôt possible les gens qui m'apportaient leur fardeau de souffrance, avec toutes les contradictions intérieures que cela signifiait.

Je me sentais telle un artisan, qui a dans sa boîte à outils les instruments pour accomplir sa tâche, et qui n'est pas nécessairement obligé de les employer selon les instructions qu'il a reçues au début de son travail : mais qui peut faire recours à son bon sens, à son expérience, à son intuition, pourvu qu'il parvienne à rejoindre son but.

L'exemple que je vais vous présenter, n'est pas "exemplaire" dans le sens traditionnel du terme. Je ne prétends absolument pas, ni théoriser de nouvelles techniques, ni faire des découvertes sensationnelles. Je saisis volontiers la possibilité de discuter avec vous des "occasions" de thérapie, pour approfondir ensemble le problème de la façon d'agir dans notre pratique le plus efficacement possible.

GABRIELLA

33 ans — mariée depuis 12 ans avec un industriel — deux enfants (11 et 7 ans) — milieu grand bourgeois — culture de niveau universitaire

(elle a interrompu ses études au moment de sa première grossesse et elle les a reprises récemment, avec beaucoup de difficultés). La demande de Gabriella est une thérapie psychanalytique individuelle. Une de ses amies, que j'avais soignée il y a quelques années, lui a indiqué mon nom.

Dans la première séance, Gabriella déclare qu'elle a toujours été soignée de sa névrose par des médicaments, mais que récemment elle s'est découvert une allergie : son corps s'était couvert de taches rouges. Sur le conseil de son amie, elle a cessé de prendre les médicaments et a téléphoné pour un rendez-vous : les taches ont disparu.

Gabriella déclare qu'elle a toujours été "nerveuse", dès la première enfance, tandis que sa soeur aînée était "l'enfant sage de la famille". Elle a eu des problèmes de discipline au cours de ses études et des querelles avec sa mère tout au long de sa vie. Ses fiançailles ont eu lieu contre la volonté des siens, qui reprochaient à son fiancé d'appartenir à une famille dans laquelle les parents étaient séparés depuis longtemps. Elle s'est mariée alors qu'elle attendait déjà son premier bébé. Elle me confie qu'elle aimait passionnément son mari et que son entente sexuelle avec lui était parfaite. Progressivement sa situation conjugale est devenue plus difficile, particulièrement à cause du "mauvais caractère" de son mari, qui n'est pas parvenu à instaurer de bons rapports avec la famille d'origine de Gabriella. Mais, malgré lui, elle a gardé ses liens avec ses parents (qui habitent à proximité), et sa famille l'a aidée moralement dans des circonstances douloureuses. Son fils aîné a dû être opéré aux Etats-Unis pour une malformation cardiaque, et sa mère l'a accompagnée tandis que son mari était retenu par ses affaires à Florence. Il travaille toute la semaine et il passe ses week-ends à la mer, car il est passionné de voile. Gabriella ne l'accompagne jamais et passe ses journées chez ses parents avec les enfants. Elle dit nettement que cela ne l'amuse pas et qu'elle voit que son mari fuit la maison. "Et si tu n'avais pas ton bateau — lui a-t-elle demandé un jour — que ferais tu le dimanche ?" "Je ferais de l'alpinisme" a-t-il répondu.

Toutes ces informations me sont données presque "entre parenthèses", comme si elles n'avaient aucune importance. Par contre Gabriella me parle beaucoup de sa symptomatologie, qui consiste en des crises de suffocation, accompagnées d'une accélération du rythme cardiaque, et des douleurs "atroces" aux jambes, qui la réduisent presque à l'immobilité. Heureusement, sa mère vient l'aider pour accompagner les enfants à l'école, etc.

Ajoutons que Gabriella a été vue par les plus grands spécialistes de la ville, et qu'elle a subi toutes sortes d'analyses. Rien d'organique n'a été diagnostiqué.

Il suffit de deux séances pour avoir une cadre assez précis de la situation de Gabriella en ce qui concerne ses rapports avec son système familial. C'est là que se situe sa symptomatologie et ses angoisses

présentes. Evidemment il existe aussi une problématique qui se rattache à son passé, à sa première enfance et plus loin encore. Il y a ici une indication de travail de type systémique autant que de travail de psychanalyse.

Mon problème, à ce point, est de décider de ce qu'il faut faire. Je propose, d'abord, une thérapie de couple. Mais Gabriella refuse, en disant qu'elle ne croit pas à la possibilité d'amener son mari en thérapie. Il vit "en dehors de la famille", "ne se soucie guère ni d'elle-même ni des enfants" "il n'aime pas ses parents (à elle, bien sûr)" et elle a pourtant la certitude qu'il n'a pas d'autres liaisons. Leurs rapports sexuels — d'abord très rares — sont heureux. "C'est tout ce qui me reste de lui" dit Gabriella.

Je prends alors la résolution d'essayer d'abord un travail systémique, en expliquant à Gabriella que je voudrais avant tout qu'elle puisse vivre un peu mieux, pour pouvoir, ensuite, se dédier à un travail psychologique sur elle-même. Elle se dit d'accord et je sens qu'elle est réellement motivée pour chercher avec moi comment changer la situation dans sa famille. On ébauche, alors, un programme de recherche à deux, où Gabriella doit m'aider à comprendre quelle fonction remplit sa symptomatologie dans le cadre familial. Cela répond d'un côté à son désir de centralisation, mais, en même temps, sert à la sortir d'un état passif, où ses symptômes n'ont fait que se développer depuis des mois.

Elle doit tout d'abord noter soigneusement sur un carnet, au jour le jour, depuis le moment où elle se lève, jusqu'au moment où elle se couche, l'apparition des symptômes, leur durée, et tout ce qui se passe autour d'elle.

On apprend alors que les douleurs surviennent le matin, au moment où les enfants doivent aller à l'école. Gabriella explique que son mari se lève avant elle. Elle reste au lit, car elle se sent toujours très fatiguée le matin. Les enfants viennent alors la chercher dans sa chambre. Cela la remplit d'angoisse (car elle se sent obligée de se lever), et de rage, parce que son mari ne s'occupe que de sa toilette au lieu de l'aider. Tous les matins à cette heure il y a un coup de téléphone de sa mère, qui s'informe de sa santé, et puisqu'elle ne marche pas, vient chercher les enfants pour les conduire à l'école. Cinq minutes avant que sa belle-mère arrive, le mari de Gabriella sort de la maison. Elle reste au lit et les douleurs, peu à peu, disparaissent. (On apprend aussi que chez Gabriella vit une jeune fille anglaise au pair, chargée de s'occuper des enfants, mais elle ne les a jamais accompagnés à l'école).

Au cours de la matinée, Gabriella d'ordinaire s'occupe de sa maison (il y a aussi une bonne qui aide pour le ménage), fait des courses en ville, etc. A une heure son mari rentre pour le déjeuner (les enfants restent à l'école). A une heure et demie le père de Gabriella appelle pour avoir de ses nouvelles. ("Mon père — dit-elle — ne pourrait pas

manger s'il ne savait pas comment vont les choses chez moi. Moi, je tâche de le rassurer, mais d'ordinaire, je ne vais pas bien à ce moment-là, l'effort pour lui parler tranquillement m'ôte complètement la faim, je me sens tout à fait essoufflée. Quand je reviens à table, mon mari est déjà assis devant la TV").

On s'aperçoit, en suivant son carnet — et Gabriella le note aussi — que toute sa vie est contrôlée par le téléphone. Un coup de fil au milieu de l'après-midi pour rassurer son père et lui dire que les enfants sont arrivés à la maison sous l'escorte de Mamie, et un autre — cette fois encore de son père — à l'heure du dîner pour lui souhaiter une bonne nuit. A cette heure Gabriella sent monter l'angoisse sous forme d'une sensation de suffocation qui l'empêche de respirer. Elle attend parfois que son mari revienne à la maison, mais dîne très rarement avec lui. Elle va se blottir dans son lit, tandis que la jeune anglaise s'occupe des enfants, et elle tombe dans le lourd sommeil provoqué par les somnifères, seuls médicaments auxquels elle n'a jamais renoncé. Quand son mari vient se coucher elle dort depuis longtemps.

A travers les commentaires sur les notes dont Gabriella a scrupuleusement rempli le carnet, j'apprends que son père, qui appartient à une vieille famille juive et qui est un des antiquaires les plus connus de la ville, est soigné depuis trente ans par un psychiatre auquel il a fait appel pour la première fois lorsqu'il avait vingt-cinq ans et venait de se marier. C'est un anxieux phobique, qui n'a jamais pu se séparer un seul jour de sa femme et qui, quand il ne s'occupe pas de ses affaires (très bien, d'ailleurs) passe sa vie à appeler sa femme, ses filles, sa vieille mère veuve qui vit à la campagne, etc. Le téléphone a donc été un élément très significatif dans la vie de Gabriella : quand elle allait à l'école, elle devait appeler son père pendant la récréation ("Ma santé n'était pas bonne, il était inquiet pour moi"), jeune fille, ses rencontres avec ses amis et amies étaient liées à la possibilité de pouvoir appeler son père, ou bien qu'il pût appeler chez quelqu'un. En se rappelant ses fiançailles avec son futur mari, Gabriella raconte que ce dernier était furieux de savoir qu'elle devait informer son père de tous les déplacements qu'ils faisaient ensemble, et qu'elle avait interprété cela comme un manque de sensibilité vis-à-vis de sa famille.

Je me demande à ce point quel rôle a la mère de Gabriella et je pousse mon enquête dans cette direction, car je ne comprends pas bien pourquoi ce personnage de la mère, qui avait été si lourd à supporter dans la première jeunesse de Gabriella, est devenu plus tard si indispensable. Elle me dit que depuis que sa soeur aînée s'est mariée et est allée vivre dans une autre ville, sa mère a plus de temps à consacrer à ses petits-enfants, dont elle-même ne peut pas s'occuper à cause de sa maladie.

Voilà donc que tous les éléments du jeu sont en place et je peux tranquillement esquisser la carte du système.

Il y a d'abord un père et une mère, qui sont le père et la mère de Gabriella, qui ont joui d'un certain équilibre dans leur vie conjugale grâce à la présence de deux filles et d'un psychiatre, et grâce à l'invention du téléphone. Si on creusait davantage, on pourrait voir que le père de Gabriella n'a jamais divorcé de sa mère (qui habite à la campagne, mais qui est appelée trois fois par jour pour rassurer son petit bébé de cinquante cinq ans) mais nous ne voulons pas aller trop loin. On pourrait aussi s'amuser à donner libre cours à son imagination à propos de ce fil qui a remplacé tout contact physique dans cette famille, mais nous voulons en rester aux faits.

Gabriella, après avoir en vain essayé d'avoir une vie adulte avec son mari, a repris sa place de fille au sein de sa famille (j'ai remarqué que, quand elle parle de sa famille, c'est de sa famille d'origine qu'il s'agit) à côté de ses enfants, qui appartiennent plus à sa mère qu'à elle. Je suppose que le "cadeau" de ses enfants a été le prix pour rentrer dans la famille, occupant la place laissée vide par sa soeur, la "fille aimée".

Voyons maintenant la position de Georges, mari de Gabriella. Forcé d'entrer dans un système hostile par un mariage réparateur, il n'est pas parvenu à arracher sa femme à ses "loyautés invisibles".

Mais puisqu'il ne veut pas entrer à son tour dans le jeu, il ne lui reste que l'isolement. Gabriella voudrait malgré tout retrouver avec lui l'entente qui les avait unis. Mais puisqu'elle est tiraillée entre son désir conscient d'être adulte et heureuse et le désir opposé qui la pousse dans les bras de ses parents, une symptomatologie surgit pour maintenir l'homéostasie dans le système : les douleurs du matin appellent sa mère, les angoisses du soir empêchent de se retrouver avec son mari, toute la situation offre au père la justification d'un contrôle minutieux, qui autrement n'aurait absolument aucun sens.

Il faut toujours un point d'appui pour se servir d'un levier, et je sens que le mien est l'amour de Gabriella pour son mari, le souvenir des beaux jours, qui avaient marqué l'effort pour se libérer de sa prison familiale. C'est là le "côté sain" de Gabriella. J'observe alors que le comportement de son mari, qu'elle juge très négatif, est l'expression du profond respect qu'il a pour la tâche que Gabriella a choisie par rapport à sa famille d'origine, et qui est précisément de la protéger. Que pourrait-il faire ? Supposons que Gabriella essaye, le matin, de se lever et qu'elle lui demande de l'aider, accompagnant les enfants à l'école : la mère de Gabriella n'aurait plus l'occasion de se libérer pour une heure ou deux de ses soucis avec son mari et, peut-être, deviendrait-elle triste. Bien qu'on puisse également faire l'hypothèse que Gabriella la voie dans l'après-midi pour faire des choses ensemble, quand son mari n'est pas là

et les enfants non plus . . . — Il ne m'aidera pas — dit Gabriella, mais elle avoue qu'elle ne lui a jamais demandé de le faire.

Le résultat est que Gabriella essaie de se lever en même temps que son mari ("J'allais un peu mieux . . . — dit-elle pour se justifier") : ils prennent leur café ensemble. Le mari ne pose pas de questions, et se contente de profiter de cette occasion exceptionnelle.

Quand la mère de Gabriella appelle, elle lui dit qu'elle va mieux et que son mari va conduire les enfants à l'école. Elle ne lui a rien demandé, mais son mari a entendu et accepte, très simplement, ce qu'elle propose. Nouveau coup de téléphone de la mère, à peine sont-ils partis, pour s'informer si vraiment elle va mieux : Gabriella propose d'aller elle-même chez ses parents pour leur dire bonjour. En quinze jours les douleurs de Gabriella ont disparu complètement.

La stratégie suivie a été de restructurer les deux systèmes familiaux, restituant à chacun des membres son rôle. Tout cela a été possible grâce à la constatation que Gabriella a faite à propos de la disponibilité de son mari pour rester auprès d'elle, pourvu que ses parents n'entrent pas dans l'organisation de leur vie conjugale, et grâce à l'autre constatation selon laquelle il ne s'agissait pas de "perdre" l'un ou les autres, mais de pouvoir garder tous ceux qu'elle aimait en imaginant de nouvelles règles pour régenter leurs rapports. (Par exemple, en introduisant l'habitude d'appeler elle-même son père avant déjeuner, l'empêchant, de cette façon, de faire intrusion au moment des repas de la famille). Il faut dire que mon travail avec Gabriella a dû une grande partie de son succès à l'intelligence de cette dernière et aux efforts qu'elle a faits pour devenir ma cothérapeute par rapport aux siens. On avait examiné, par exemple, le rôle que la maladie avait dans sa famille d'origine : le malade devenait le point de convergence de l'amour de tout le monde. En ce qui concerne le père de Gabriella, cela lui avait assuré la présence de sa femme. Mais dans la famille de Georges, le mythe prévalent était la vie active, le sport, la vigueur, la santé joyeuse. Ce qui attirait Gabriella vers les siens, l'éloignait de son mari. Au fur et à mesure qu'elle découvrait la possibilité d'une nouvelle entente avec ce dernier, Gabriella s'est sentie plus forte vis-à-vis de ses parents : toute l'organisation de sa vie s'en est ressentie. Elle a recommencé peu à peu à recevoir des amis, à sortir avec son mari. Elle sait que pour ne pas suffoquer il faut avoir de l'air pur autour de soi : et elle l'a expérimenté le premier dimanche où elle est allée rejoindre son mari à la mer avec les enfants.

Lors de la séance suivante, Gabriella a commencé à m'apporter ses rêves.

Sylvana Montàgano

Centro INSIEME

Via Andrea del Castagno 44

50100 - Florence Italie

Sociologie et sociétés



Revue thématique semestrielle (avril et octobre). La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol). Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord.

Directeur : Robert Sévigny

Déjà parus :

Phénomène urbain, 1972	3\$	<input type="checkbox"/>	Changement social et rapports de classes, 1978	6\$	<input type="checkbox"/>
Les systèmes d'enseignement, 1973	5\$	<input type="checkbox"/>	Critique sociale et création culturelle, 1979	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Sémiologie et idéologie, 1973	6\$	<input type="checkbox"/>	Développement national et économie mondialisée, 1979	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Femme / travail / syndicalisme, 1974	5\$	<input type="checkbox"/>	Éducation, économie et politique, 1980	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Domination et sous-développement, 1974	5\$	<input type="checkbox"/>	Réflexions sur la sociologie, 1980	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Science et structure sociale, 1975	5\$	<input type="checkbox"/>	Écologie sociale et mouvements écologiques, 1981	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Travaux et recherches sur le Québec, 1975	5\$	<input type="checkbox"/>	Les Femmes dans la sociologie, 1981	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Pour une sociologie du cinéma, 1976	5\$	<input type="checkbox"/>	La Sociologie une question de méthodes?, 1982	8,50\$	<input type="checkbox"/>
La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi?, 1976	5\$	<input type="checkbox"/>	Regards sur la théorie, 1982	8,50\$	<input type="checkbox"/>
La Gestion de la santé, 1977	6\$	<input type="checkbox"/>			
Psychologie / Sociologie / Intervention, 1977	6\$	<input type="checkbox"/>			
Le Développement des relations sociales chez l'enfant, 1978	6\$	<input type="checkbox"/>			

À paraître

Les Autres « ethniques »
Vol. XV, n° 2, 1983
sous la direction de Danielle Juteau-Lee

Abonnement annuel

Individus :	
Canada :	14\$
Étudiants :	10,50\$
Pays étrangers :	16\$
Institutions :	
Tous les pays :	21\$
Le numéro :	8,50\$

Bulletin d'abonnement

L'abonnement annuel commence avec le premier numéro de chaque volume.

Je désire m'abonner à la Revue *Sociologie et sociétés* pour l'année _____ \$

Veuillez m'expédier les titres cochés.

Ci-joint (chèque ou mandat) à l'adresse postale.

Visa Master Card

n° _____



NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

Disponible en France : Librairie L'Écote (CLUF), 11, rue de Sèvres, 75728 Paris.



LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL
C.P. 6128, succ. « A »
Montréal, Qué. H3C 1J7
2910, bd Édouard-Montpetit
Montréal, Qué. H3T 1J7

CONFLIT CONJUGAL AVEC TENTATIVE DE SUICIDE DU MARI

Giuliana PRATA*

La famille "G" est un cas intéressant en raison du conflit conjugal grave qu'elle présente depuis longtemps, auquel se sont ajoutées, récemment, deux tentatives de suicide du mari. Le fait qu'à la première séance nous ayions convoqué tous les membres de la famille "qui habitent sous le même toit" n'est pas tant lié à la praxis habituelle du Centre qu'à notre expérience et notre conviction que la dynamique d'un conflit conjugal est incompréhensible si elle n'est pas insérée dans le réseau élargi des relations familiales dans leur ensemble. Nous avons donc invité Berto, le frère de Madame, qui vit provisoirement avec eux, pour avoir, de sa part, des informations sur les autres et surtout pour comprendre le rôle qu'il joue dans cette famille. Et nous avons invité les trois enfants tout en sachant par expérience que, lorsqu'il s'agit d'un problème de séparation conjugale, nous nous heurtons inévitablement à une extrême réticence de la part des enfants, surtout des plus jeunes. En effet, ils se taisent parce qu'ils ne veulent pas faire pencher la balance du côté de l'un ou l'autre des parents et, de ce fait, créer parfois des problèmes supplémentaires. Pour surmonter cette difficulté, nous avons donné beaucoup de place au "Testing des motivations" pour une thérapie familiale, afin d'essayer de récolter le plus possible d'informations en dépit de cette réticence.

A la fin de la séance nous nous sommes déclarées disponibles pour une nouvelle rencontre, mais nous n'avons pas fixé de rendez-vous. Il s'agit donc d'un cas où nous n'avons vu la famille qu'une seule fois, et pour lequel nous disposons de la catamnèse recueillie 14 mois plus tard.

FAMILLE "G"

Fiche téléphonique

(reproduite exactement comme elle a été faite par la Dr. Prata qui avait été appelée par Madame "G")

* Giuliana PRATA est co-directrice de l'équipe de Recherche du Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia - Viale Vittorio Veneto 12 - 20124 Milano.

Note : Je tiens à remercier la Prof. Mara Palazzoli-Selvini pour m'avoir aidée tant dans la supervision de cette séance que dans la discussion de ce manuscrit.

Référent : Dr. R. Pédiatre

Diagnostic : conflit conjugal grave

Adresse : Italie du Nord

Mari : Nando, 39 ans — Licencié en Sciences Politiques, il a un poste de responsabilité (Marketing)

Femme : Anna 33 ans — Licenciée en Philosophie, donne des cours à l'Université

Mariage : 1969

Giulio : 10 ans, 5ème primaire, bon élève

Massimo : 8 ans, 3ème primaire, bon élève

Camilla : 6 ans 1/2, 1ère primaire

Cohabitants : Berto, 22 ans, frère de Madame. Etudiant universitaire.

Le mari, Nando, vit actuellement chez ses parents.

Famille de Madame : le père de Madame est décédé en 1979. La mère, une arrière-grand-mère. Une soeur. Un frère (Berto) qui vit provisoirement avec eux.

Famille du mari : il a seulement ses parents.

Problème : Nando et Anna se sont séparés il y a 3 mois, en septembre 1980, après 2 ans de crise. Après la mort du père d'Anna, Nando est tombé amoureux d'une autre femme et elle d'un autre homme. En 1979 Nando est parti aux U.S.A. pour 3 mois. Après une année de cohabitation "forcée" ils se sont séparés mais depuis Nando est déprimé, il a continuellement des idées de suicide et il ne se sent pas en état de voir ses enfants. Madame se sent angoissée à cause de son mari, qu'elle refuse même physiquement. De son côté Nando la recherche, mais elle ne voit pas de solution et refuse de vivre ensemble car la cohabitation l'a rendue déjà suffisamment malheureuse. Nando est toujours passif, il ne prend aucune initiative. Sans les problèmes de son mari, elle serait heureuse. Les enfants vivent les tensions des coups de téléphone et des visites de leur père déprimé. Il y a peu de dialogue entre mari et femme. Elle n'a pas l'impression que son mari soit en train d'influencer les enfants pour qu'elle le laisse revenir à la maison. La mère de Nando souhaite qu'il rentre chez lui. Il y a 3 mois, quand Nando a décidé de partir, Anna n'en pouvait plus et elle n'a absolument rien fait pour le retenir. Elle a toujours dû prendre toutes les décisions familiales, son mari étant seulement une présence passive. Anna dit que, si je leur donne un rendez-vous, Nando viendra non pas pour comprendre et pour résoudre leur problèmes, mais seulement pour trouver le

moyen de reprendre la vie en commun. Nando a fait 2 T.S. au Valium avec un dosage à la limite entre le démonstratif et l'effectif.

Préparation de la séance

Comme d'habitude nous lisons la fiche téléphonique pour voir si nous pouvons nous faire une idée générale du système familial que nous allons voir, quelles sont les hypothèses que nous pouvons formuler, et le programme de la séance afin d'établir les questions et les tactiques, et de tester les hypothèses. Je rappelle ici que les hypothèses ne sont, en soi, ni vraies ni fausses, elles doivent simplement être plausibles, se baser sur les informations que nous avons et sur l'expérience de ces précédents. Elles sont notre instrument de recherche dans l'investigation que nous nous apprêtons à faire avec la famille¹. Dans la fiche téléphonique de cette famille notre attention est attirée par des coïncidences qui pourraient se révéler significatives : le père de Madame est décédé en 1979 et c'est après sa mort que le conflit conjugal a éclaté. Le mari est tombé amoureux d'une autre femme et il est parti trois mois aux USA. Madame, aussi est tombée amoureuse d'un autre homme. Après une année de "cohabitation forcée" mari et femme se sont séparés. Le conflit entre eux existait-il déjà avant ou a-t-il commencé en 1979 ? Et la mort du père de madame est-elle une simple coïncidence ou a-t-elle eu un sens précis pour ce couple ? Nous hypothisons que ce personnage aurait joué un rôle dans le maintien d'une entente plus ou moins apparente. Nous remarquons que, au téléphone, madame a mis l'accent sur le manque d'initiative de son mari et sur sa passivité : à un moment donné sa présence lui est devenue tellement insupportable qu'elle l'a pratiquement mis à la porte. Pouvons-nous hypothiser que le père de madame, lui, était une personne qui exerçait son autorité sur sa fille même après son mariage et que, après son décès, Monsieur "G." aurait perdu du terrain vis à vis de sa femme ? C'est possible, et nous hypothisons qu'il aurait essayé de reprendre le dessus en jouant la carte de la "rivale", mais qu'il serait mal tombé puisque sa femme a immédiatement répliqué en jouant contre lui la même carte. Avec son départ aux USA, Monsieur "G" a probablement voulu renforcer sa menace en faisant "le fugitif". Ainsi, entre une manoeuvre et une contre-manoeuvre ils sont tombés dans le piège de cette escalade symétrique sans merci qui se joue maintenant, de part et d'autre, sans exclusion de coups : elle l'a mis à la porte — il est devenu "incapable" de jouer le rôle de père s'il ne vivait pas avec ses enfants — elle a refusé de le reprendre à la maison

¹ Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, L., Prata, G., "Hypothesisation — Circularité — Neutralité" in *Thérapie Familiale* Volume IV, No 2, 1983.

— il est devenu “déprimé”, elle a continué à lui barrer sa porte — il a fait deux tentatives de suicide.

Notre hypothèse est qu’il a fait ça pour forcer la main à sa femme. Mais cela ne nous suffit pas : il a probablement voulu essayer également de s’allier quelqu’un de la famille contre sa femme. Notre hypothèse est qu’il aurait été contré par sa belle-famille et plus vraisemblablement par sa belle-mère. A-t-il réussi à l’apaiser et à l’attirer de son côté ? Et les enfants ? Ont-ils plaidé en sa faveur auprès de leur mère ? La manoeuvre de suicide a-t-elle atteint son but stratégique ? Il faudra tester notre hypothèse mais sans poser de questions directes à ce sujet. Nous décidons de commencer ce colloque familial en nous adressant d’abord à Monsieur, avec notre phrase habituelle : “puisqu’au téléphone nous avons parlé avec votre femme, nous voudrions maintenant connaître votre opinion. Comment voyez vous le problème qui a donné lieu à cette consultation ? Quelle est la situation actuelle ?”

Nous pensons qu’il faudra aborder ce sujet avec doigté, parce que les tentatives de suicide sont toujours une manoeuvre extrêmement lourde, indice d’une symétrie exaspérée. Mais pour comprendre les motifs d’une escalade de cette envergure nous devons inclure dans notre champ d’observation les familles élargies. Pour ce qui concerne le mari, nous savons seulement qu’il est fils unique, qu’il est allé à contrecœur chez ses parents et que sa mère le pousse à retourner chez sa femme. Il n’a donc pas l’air d’avoir été accueilli les bras ouverts, comme un fils “recupéré”. Ont-ils changé d’attitude après ses T.S. ? L’épaulent-ils maintenant, plus ou moins qu’avant, vis à vis de sa femme ? Madame doit avoir un caractère bien fort si, tout en se déclarant “épuisée”, elle continue à travailler, à tenir sa maison et à s’occuper d’un ménage qui est devenu plus lourd après l’arrivée de son frère et le retour de son mari. Elle n’a jamais déclaré forfait, mais elle doit se sentir “down” puisque c’est elle qui a demandé notre aide. Si son père représentait l’autorité qui maintenait l’équilibre dans ce système familial, il est possible que, jusqu’à sa mort, elle n’ait pas tellement ressenti le manque d’initiative de son époux. Puisque le conflit conjugal a éclaté après la mort du père de madame, il nous semble qu’on peut hypothiser qu’il était en quelque sorte un allié de son gendre pour la réussite du mariage et qu’il l’a aidé à maîtriser sa femme. Le fait est qu’après sa mort elle semble avoir échappé au contrôle de son mari, qui a réagi en faisant des tentatives de suicide.

Le programme de ce colloque est donc de vérifier autant que possible les hypothèses que nous avons faites jusqu’ici et d’autres que nous pourrions formuler en cours de route sur la base des informations récoltées pendant la séance. Il faudra aussi porter notre investigation sur le rôle des parents du mari et de la mère de madame. Pour qui ou contre

qui jouent-ils ? Pourquoi Berto se trouve-t-il chez sa soeur ? Comme allié ou comme rival du mari ? Ou comme surveillant de sa soeur ? Et dans ce cas au nom de qui exerce-t-il cette fonction ? Après avoir enquêté avec le mari sur la situation actuelle, il faudra s'adresser surtout à Berto, pour élargir notre champ d'observation et pour tirer profit de sa présence. En fait, si à la fin de cette séance nous voyons qu'une thérapie familiale est nécessaire, nous laisserons Berto à la maison et, comme d'habitude, à la deuxième séance nous inviterons seulement la famille nucléaire.

Dans cette première rencontre, tout en prévoyant que l'enquête sera difficile, il faudra s'adresser le plus possible aux enfants pour comprendre jusqu'à quel point ils ont été mêlés aux problèmes de leurs parents. Il est possible que le père soit déprimé et suicidaire non seulement pour culpabiliser sa femme mais aussi pour apitoyer les enfants et les induire à faciliter son retour dans la famille. Le thérapeute direct sera Prata. Cette décision est prise ici sur la base d'un partage équitable des cas que nous, Selvini et Prata, nous avons en thérapie en ce moment.

FAMILLE "G" — 1ère séance du 3.2.1981

Thérapeute : Dr. Prata

Superviseur : Dr. Selvini

Prata entre et serre la main à tout le monde.

PRATA bonsoir. Puisqu'au téléphone j'ai parlé avec madame, maintenant je voudrais que vous me disiez, monsieur, quelle est la situation actuelle. Les nouvelles que j'ai, remontent à la période d'avant Noël *MARI* oui. Je dirais que la situation actuelle est presque identique à la précédente, la seule différence étant que, depuis environ un mois, je suis retourné vivre à la maison *PRATA* vous habitiez chez vos parents *MARI* oui, j'ai vécu avec eux presque trois mois *PRATA* pourquoi étiez-vous allé vivre chez eux ? *MARI* mah ! Que voulez-vous dire ? Pourquoi j'ai quitté ma maison ou pourquoi je suis allé chez eux ? *PRATA* les deux choses *MARI* je suis parti de chez moi, je dirais, sur une requête *PRATA* de votre femme ? *MARI* oui ; et le fait d'aller vivre chez eux est dû au fait que c'est le premier endroit que j'ai trouvé *PRATA* par commodité ? *MARI* oui, mais aussi parce que, à cause de la situation particulière, cette maison devenait un refuge *PRATA* quelle situation particulière ? *MARI* de quitter ma maison *PRATA* s'agissait-il pour vous d'une chose passagère et la maison de vos parents représentait-elle donc un arrangement temporaire ? *MARI* oh oui, sûrement, je n'aurais jamais pensé à une solution définitive dans ces termes-là. Mon retour a été morne, si on veut, car le fait de retourner chez son père et sa mère . . . *PRATA* vous n'aimiez pas ça *MARI* non

PRATA vous ont-ils accueilli volontiers ? *MARI* oui, certainement, vu la situation ils ont pris ça du bon côté. Les parents, quand ils voient un fils en difficulté . . . *PRATA* et sont-ils de votre côté ou du côté de votre femme ? Comment vivent-ils tout ça ? *MARI* avec eux, cet argument je ne l'ai jamais discuté à fond, dans le sens de distribuer les raisons et les torts. Ils ont certainement été bouleversés par cette situation, et ils l'ont vécue chacun à sa façon. Mon père, qui est très âgé et qui a un caractère un peu abstrait, s'est renfermé en lui-même *PRATA* ils n'ont donc pris parti ni pour, ni contre votre femme, ni pour, ni contre vous *MARI* émotionnellement non, je dirais. Et ils n'ont sûrement pas fait d'éclats *PRATA* à votre avis, sont-ils contents que vous soyez rentré chez vous ? *MARI* oui, certainement *PRATA* ne désiraient-ils pas vous garder chez eux ? *MARI* non, absolument *PRATA* votre femme m'a dit qu'il y a eu deux tentatives de suicide . . . mais je ne sais ni quand ni comment *MARI* il y a eu deux formes de dépression plutôt intense *qui ont induit* à prendre des sédatifs à doses excessives *PRATA* dans le but de . . . *MARI* je ne sais pas . . . *PRATA* quelle dose ? Où étiez-vous ? *MARI* j'étais encore chez mon père, je me suis d'abord saigné et puis j'ai injecté une certaine dose de Valium *PRATA* c'est combien "une certaine dose de Valium ?" *MARI* quatre ampoules. Puis j'avais une certaine propension à ajouter du . . . mais j'ai changé d'avis *PRATA* vos parents étaient-ils à la maison ? *MARI* oui, mais ils étaient occupés *PRATA* était il probable qu'ils vous trouvent à temps ? *MARI* mon Dieu, il y avait du monde mais moi j'étais dans une chambre isolée *PRATA* on vous a hospitalisé ? *MARI* non, car je n'avais pas pris tout ce que j'avais préparé *PRATA* quand a eu lieu tout ça ? *MARI* je ne m'en souviens pas, entre le 15 et le 20 décembre, je dirais *PRATA* madame, avant ou après votre coup de téléphone ? *FEMME* après, je crois, avant Noël et après mon premier coup de téléphone *MARI* c'était un samedi *PRATA* avez-vous repris connaissance tout seul ? *MARI* oui *PRATA* et la tentative suivante ? *MARI* je ne l'ai même pas commencée, ça a été seulement une impulsion qui n'a pas été traduite en action. Je dirais que tout est resté seulement à un niveau de volonté et qu'elle n'est pas passée à la phase de réalisation *PRATA* et cette deuxième T.S., quand a-t-elle eu lieu ? *MARI* je ne me souviens pas exactement. Après Noël, le 3 ou le 4 janvier . . . *PRATA* par quel moyen ? *MARI* je voulais toujours prendre cette succinilcoline mais je ne l'ai pas prise *PRATA* avez-vous pris du Valium ? *MARI* j'ai jeté les ampoules *PRATA* donc vous n'avez rien fait *MARI* je vous ai dit que je ne suis pas passé à la phase de la réalisation *PRATA* j'ai compris. Et après que s'est-il passé ? *MARI* après nous sommes dans cette situation pour laquelle nous restons tous ensemble ; naturellement je loge dans une chambre à l'autre bout de la maison *PRATA* je voudrais savoir . . . puis-je vous appeler Berto ? *BERTO* oui, certainement

PRATA comment s'est fait ce retour ? (Silence) Pourquoi votre beau-frère est-il rentré chez lui ? (Silence) Etes vous encore chez eux ? *BERTO* un soir je suis rentré et je n'ai pas osé demander pourquoi il était là *PRATA* essayons de faire une hypothèse. Vous avez dû vous demander "pourquoi est-il revenu en ce moment avec ma soeur ?" *BERTO* normalement je ne pose pas de questions *PRATA* j'ai compris que vous êtes très discret mais moi, je suis très indiscrete et je pose des questions *BERTO* je vous comprends, mais je ne saurais pas vous dire *PRATA* puisque nous venons de parler de ces deux T.S. votre hypothèse est qu'elles ont joué un rôle dans le retour de votre beau frère ? *BERTO* oui, mais c'est seulement mon opinion personnelle *PRATA* et c'est votre opinion personnelle qui m'intéresse ! *BERTO* sa T.S. a été le motif qui a déclenché *PRATA* le fait que votre soeur *BERTO* l'accepte de nouveau à la maison *PRATA* (s'adressant aux trois enfants) *Berto* dit que, à son avis, papa a pris ces médicaments, qu'il s'est senti mal car il ne pouvait pas rester seul et il voulait revenir à la maison avec vous et avec votre mère. Avez-vous su quelque chose de ça ? Comment avez-vous expliqué le fait que papa est revenu à la maison ? *Toi Massimo*, que savais-tu du fait que papa avait quitté la maison ? . . . qui s'en souvient ? *Toi ? CAMILLA* non *PRATA* ne faites pas comme les trois petits singes qui ne voient rien, n'entendent rien et ne disent rien ! Vous pourriez m'aider un peu ! *Berto* a dit "papa un jour est revenu à la maison" mais lui, *Berto*, n'a rien demandé. Il a seulement pensé que c'était maman qui lui avait dit de revenir, et qu'elle avait accepté ça à cause de ce malaise que papa avait eu. Pourquoi papa est-il rentré à la maison ? *GIULIO* il voulait rester avec nous trois *PRATA* il voulait rester avec vous trois (*Selvini* appelle *Prata* qui sort. Puisque l'enquête est rendue impossible par la réticence de tout le monde, *Selvini* suggère d'abandonner le programme que nous avons fait et d'essayer d'obtenir des informations en demandant à chacun quelles sont les motivations pour cette séance et pour une éventuelle thérapie familiale. *Prata* rentre **POUR FAIRE LE TESTING DES MOTIVATIONS**).

PRATA je voudrais revenir à ce coup de téléphone que vous m'avez donné avant Noël. Pourquoi avez-vous appelé madame ? Qu'attendiez-vous du Centre ? *FEMME* je dirais que je l'ai fait suivant le conseil de certains amis . . . pour la simple raison que dans ces trois derniers mois de séparation, entre septembre et décembre, j'avais des problèmes parce que *Nando* avait des difficultés pour voir les enfants. Au moment de venir les chercher il se sentait mal ou il s'angoissait parce qu'il devait rester avec eux seulement à heures fixes *PRATA* difficultés d'ordre pratique ou affectif ? *FEMME* affectif je crois, c'était une chose qui le déprimait beaucoup. Et, par conséquent, les rares fois où il réussissait à être relaxé, les enfants rentraient à la maison sereins. Quand

il n'était pas serein. ou quand les enfants, chez leurs grands-parents, vivaient dans une atmosphère non satisfaisante, Giulio était un peu déprimé lui aussi, insatisfait. j'avais eu la preuve que les rares fois où Nando avait réussi à être serein avec eux et qu'ils étaient allés au cinéma ou au restaurant, les enfants étaient rentrés à la maison tranquilles même si, je crois, ils n'avaient pas accepté la situation *PRATA* comment aviez-vous expliqué ça aux enfants ? Comme une chose définitive ? *FEMME* comme une chose qui avait lieu de par nos exigences et comme un moment de réflexion qui ne pouvait pas avoir lieu quand d'autres problèmes se créaient. Pour cette raison un véritable moment de prise de distance et de tranquillité n'a jamais été possible. Je pensais que j'aurais pu voir clair en vivant seule avec les enfants. En réalité les problèmes existaient toujours et ils étaient très graves : j'étais celle qui avait provoqué la situation suivante : les enfants se retrouvaient pratiquement sans père puisqu'ils le voyaient une fois ou deux par semaine et dans une atmosphère psychologique telle qu'il ne pouvait rien leur donner. Et ceci était très lourd, parce que quand Nando habitait chez nous, même si nous avions des problèmes entre nous, avec les enfants il a toujours pu avoir des rapports que j'ai favorisés . . . La preuve : quand Nando l'été dernier est parti avec eux j'étais parfaitement tranquille. Je n'ai jamais laissé les enfants avec des personnes dans lesquelles je n'avais pas confiance. J'ai toujours eu confiance car j'ai toujours jugé que les rapports que Nando avait avec les enfants étaient bons. Et à cause de ça ces trois mois ont été pour moi très lourds ; je me sentais responsable de ces rapports qui manquaient, à part ce qui est arrivé *PRATA* c'est vous qui vous sentiez responsable, ou on vous faisait sentir responsable ? *FEMME* je me sentais ainsi, car la situation, objectivement, était ce qu'elle était. Et de la famille, la mienne et celle de Nando, bien que personne n'ait pris ouvertement parti contre moi, je n'ai jamais eu aucun soutien. Personne n'a compris mon exigence, ni ma famille ni mes frère et soeur *PRATA* et Berto ? *FEMME* je dirais qu'il a été le seul qui, puisqu'il vivait avec moi, m'a acceptée comme une personne qui a une série de problèmes qu'elle veut analyser . . . *PRATA* quand vous m'avez téléphoné, quelles étaient vos attentes ? *FEMME* j'avais le problème de cette situation qui devenait impossible puisque les enfants ne pouvaient pas voir leur père. Nando me disait continuellement que de l'extérieur il n'arrivait pas à jouer le père à heure fixe. C'est à dire, il avait cette impossibilité et cette énorme angoisse. Je me suis toujours identifiée . . . pour essayer de résoudre le problème *PRATA* de l'angoisse de votre mari ? *FEMME* de l'angoisse de mon mari et du fait que je n'arrivais pas à accepter ça. Je ne peux pas accepter de résoudre mes problèmes en niant cette relation entre mon mari et mes enfants, bien que je sache parfaitement qu'un parent devrait avoir sa responsabilité de père et de mère. Mais si quelqu'un me

dit "je suis tellement angoissé que je n'y arrive pas" je dois accepter cette réalité. Par contre je sais que dans la maison, malgré tout, cette relation existe. Hors de la maison elle n'existait presque plus. Voilà le gros problème : à la maison je peux jouer la mère mais je ne peux pas jouer le père *PRATA* qui vous demandait de jouer le père ? *FEMME* personne, mais j'avais trois enfants avec un père qui n'existait pas puisque de l'extérieur, il ne savait pas jouer ce rôle *PRATA* alors pourquoi n'est-ce pas votre mari qui a téléphoné ? C'est lui qui avait le problème de ne pas réussir à jouer le père . . . *FEMME* la première fois c'est lui qui a essayé de téléphoner mais le lundi matin il ne pouvait pas *PRATA* alors vous m'avez téléphoné. Ensuite avez-vous parlé avec votre mari ? *FEMME* après Noël *PRATA* "finalement j'ai pu parler avec ces personnes" *FEMME* après son retour à la maison nous avons pensé que c'était une expérience à faire pour voir certains noeuds qui *PRATA* je crois avoir compris que quand vous viviez avec votre mari ça n'allait pas. Puis, quand vous vous êtes séparés, vous avez eu le problème de ne pas réussir à jouer le rôle du père avec vos enfants et puis chaque fois que les enfants voyaient leur père, ils rentraient à la maison un peu déçus, un peu déprimés. En plus de ça vous aviez contre vous toute votre famille (Berto ne prenait pas parti) et toute votre belle-famille. Si vous restiez avec votre mari cela n'allait pas et ce n'était pas positif pour vous. Après la séparation il s'est produit ce dont on vient de parler. Telle était la situation dans laquelle vous demandiez notre aide quand m'avez appelée. Ensuite il y a eu ces deux phases de désarroi de votre mari qui ont rendu plus lourde la situation *FEMME* c'est à dire . . . j'ai eu trop de difficultés . . . j'ai craqué physiquement et j'ai énormément maigri. Notre situation durait déjà depuis des mois. Le fait de me retrouver toute seule avec les enfants . . . et j'aurais dû leur dire *PRATA* madame, donnez-vous des cours ? *FEMME* oui, et il y avait le problème des horaires. Heureusement je n'ai pas d'horaires très stricts mais . . . les problèmes étaient innombrables. Je ne pouvais plus continuer à cause de mes nerfs et de mon état physique. Psychologiquement je pouvais continuer mais physiquement non. Et en ce moment c'est la même chose, je ne suis pas en état d'assumer toute cette série de difficultés *PRATA* pourquoi l'avez-vous repris à la maison ? *FEMME* justement à cause du fait que, face à cette difficulté que je ne comprends pas et que je n'arrive donc pas à accepter, j'ai préféré arrêter tout, pour un instant *PRATA* la famille faisait-elle plus de pression sur vous ? *FEMME* oui. Quand tout ça est arrivé tout le monde s'est lavé les mains en disant "tu es le seul arbitre de toute la situation". Personne ne m'a rien dit, il savent tout mais on n'en parle pas car le seul arbitre c'est moi et il suffit que je fasse une action positive ou négative pour bouleverser tout ou . . . Mais je ne peux pas supporter ce jeu car c'est un jeu trop lourd. Je me suis demandée si, pour que quelqu'un se porte bien, il faut que

quelqu'un affronte toutes ces difficultés *PRATA* madame, aujourd'hui avec quelles attentes êtes-vous ici ? Avec quelles requêtes ? *FEMME* avec très peu de requêtes. Probablement je voudrais comprendre un peu plus. Je suis prête à me remettre en cause, je n'ai aucune difficulté à parler de moi. J'ai uniquement cette difficulté : mes enfants n'arrivent pas à comprendre ça, à cause de leur âge, et ils risquent surtout d'avoir une relation peu satisfaisante avec leur père. Ceci me préoccupe beaucoup *PRATA* un instant, "je viens ici avec très peu d'expectatives" dans le sens que vous vous sentez tellement coincée que vous me demandez seulement "Doctoresse Prata, aidez-moi à comprendre juste ce qu'il faut pour que j'accepte d'être coincée et engluée" *FEMME* non, je demande ceci : si on se respecte comme êtres humains, peut-on vivre ensemble ? En respectant réciproquement certaines exigences. Je n'y crois pas beaucoup *PRATA* quelle sorte d'exigence ? Par exemple faire table à part ? *FEMME* non, mais il y a trois petits enfants qui ont besoin d'un père et d'une mère, qui ont besoin de sérénité. Au fond je ne crois pas beaucoup à tout ça ; mais à cause de l'impossibilité de Nando de jouer le père s'il n'est pas à la maison, à cause de l'exigence, indéniable, de l'enfant à avoir un père, et de mon impossibilité à poursuivre une bataille qui serait du donquichottisme *PRATA* pour qui et contre qui ? *FEMME* pour moi-même et contre ce genre de . . . *PRATA* contre tout et contre tous *FEMME* oui . . . ça serait un manque de réalisme *PRATA* vous voyez ça comme une lutte sans espoir *FEMME* c'est une bataille réaliste car les données objectives me suggèrent de prendre du temps *PRATA* mais votre situation personnelle s'est-elle aggravée après votre appel téléphonique ? *FEMME* oui, maintenant je ne vois plus aucun hublot. J'ai confiance en moi-même, je suis assez sereine et je continue, même si je crois que cela ne s'arrange pas, même si j'ai d'autres attentes, même si ma nature, elle, veut autre chose. Mais au fond je suis sereine *PRATA* Berto, pourquoi êtes-vous allé vivre chez votre soeur ? *BERTO* je ne m'entendais pas avec ma mère et j'avais décidé de vivre ailleurs *PRATA* ce n'était pas pour votre soeur mais pour vous-même ? *BERTO* oui *FEMME* par hasard les deux choses sont arrivées en même temps *PRATA* pour vous c'était confortable d'aller chez votre soeur *BERTO* le jour où j'ai quitté la maison je suis allé chez elle *PRATA* avec votre mère ça n'allait plus *BERTO* il n'y a eu aucune scène *PRATA* les tensions chez vous étaient-elles dues aussi au fait qu'on parlait beaucoup de la situation de *BERTO* non, on n'en parlait absolument pas chez moi *PRATA* monsieur, je voudrais savoir, puisque c'est vous qui avez fait les premiers essais au téléphone, quelle était votre motivation ? *MARI* chercher de résoudre mon problème *PRATA* lequel ? *MARI* celui de la relation avec ma femme *PRATA* lequel des deux avait-il commencé la procédure de séparation ? *MARI et FEMME* personne *PRATA* c'était donc une séparation de facto *FEMME* oui, je

vous l'avait dit *PRATA* donc, personne n'a jamais commencé une procédure légale. Votre problème était davantage celui de résoudre votre problème avec Anna *MARI* oui *PRATA* que le problème d'être le père de vos enfants *MARI* oh oui ! Celui-ci je le considère comme un problème complètement secondaire *PRATA* et aujourd'hui votre requête est-elle la même ? *MARI* oui, je suis toujours convaincu de la même chose *PRATA* et votre retour à la maison ? Comment ça va maintenant ? *MARI* du point de vue formel je dirais que ça va mieux. Du point de vue substantiel je n'ai pas réussi . . . j'ai remarqué un certain raidissement de la part d'Anna. Je la trouve plus décidée à suivre son exigence . . . ses idées *PRATA* elle se sent clouée, avec toute la famille contre elle et avec ce mari qui . . . *MARI* la famille se contente de sauver les apparences et mon retour arrange donc tout le monde. Après la première surprise chacun pense à ses problèmes *PRATA* "Si je veux vivre plus relaxée pour mon compte, étant donné qu'avec ce mari je ne me plais pas, tous se mettent contre moi à un point tel que même physiquement je n'en peux plus". Que pensez-vous de ce que votre femme a dit ? *MARI* c'est exact pour ce qui concerne la réaction de la famille, bien que, après un certain nombre de mois, aussi bien les parents que les frères et soeurs s'habituent *PRATA* à la séparation ? *MARI* mais certainement ! Ça a toujours été comme ça ! *PRATA* ça a toujours été comme ça dans toutes les familles mais, si à un moment donné celui qui a quitté sa maison a des moments de découragement *MARI* oui, d'accord . . . alors je me sens très culpabilisé dans cette situation car je suis fautif. Je suis fautif comme homme car je n'arrive pas à comprendre les exigences d'une personne qui en a assez de moi. Et d'un point de vue strictement humain je n'ai pas la délicatesse de lui permettre de vivre heureuse. Et je suis fautif comme père car mes enfants ne peuvent pas avoir avec moi, si je suis dehors, une relation aussi sûre que celle que je pourrais avoir en étant à la maison. Je suis fautif comme fils car je donne des problèmes à mes parents, qui sont âgés. Et donc si nous sommes cloués, nous sommes cloués tous les deux, elle et moi. Elle de son côté, moi du mien. Si ma présence à la maison fait qu'Anna se sent ligotée et opprimée, si elle trouve ça difficile à supporter et qu'elle sent sa liberté limitée, pour moi ce n'est pas différent. Cela ne réduit pas ma liberté car je n'ai pas certaines exigences, mais ma sérénité est très compromise par cette manière de vivre. Si Anna de son côté, peut avoir l'espoir d'une alternative future et, si j'ai bien compris, elle s'est adressée à vous pour que vous l'aidiez à surmonter cette situation . . . moi, à part mes rapports avec elle, je ne vois aucune alternative. Et donc moi aussi, dans cette situation, je suis cloué *PRATA* faites-moi comprendre : vous ne voyez aucune alternative à cette relation avec Anna ? *MARI* non. Vous me jugerez romantique ou stupide mais je vois certaines choses d'une façon particulière. Peut-être

parce que je n'ai pas éprouvé ce qu'elle a éprouvé : c'est à dire que la relation avec une personne était terminée et qu'il fallait en commencer une autre avec quelqu'un d'autre. Je ne me suis jamais trouvé dans cette situation et comme je ne l'ai jamais jugée terminée, un beau jour je l'ai vue stopper . . . *PRATA* il n'y a rien de légal, mais ce mouvement "de séparation" est-il parti d'Anna ? *MARI* sans doute ! Je dirais que depuis un an il y avait une dégradation de la relation et puis il y a eu la séparation. Le mois de septembre c'est moi qui ai quitté, je ne dirais pas sur sa demande précise mais *PRATA* à qui appartient votre appartement ? *MARI* à Anna *PRATA* l'avez vous acheté ? *MARI* . . . *PRATA* un cadeau de ses parents ? *MARI* oui *PRATA* vous êtes allé aux USA, mais aviez-vous toujours l'idée de revenir à la maison ? *MARI* certainement *PRATA* et quand vous dites "je suis cloué car la seule relation concevable pour moi est celle avec Anna bien qu'elle me dise" *MARI* qu'elle ne veut plus de moi *PRATA* et maintenant vous la voyez "plus décidée" ; dans le sens de la séparation ? *MARI* dans le sens que les discours qu'on fait, (on ne parle que de ça) si avant on voyait une certaine disponibilité de la part d'Anna, maintenant je ne la sens plus *PRATA* par mauvaise volonté ? *MARI* je ne juge pas ça, j'exprime seulement mon sentiment ; je ne juge pas ce qu'il y a dans son for intérieur. Je sens cette situation irrémédiablement terminée, mais je ne sais pas pourquoi *PRATA* une situation terminée d'une façon irréparable mais que vous voulez continuer. Elle est finie mais elle doit continuer *MARI* c'est le gros problème : je me sens dans une position désagréable, celle d'un être humain qui impose sa présence "non grata" à un autre être humain. D'autre part il m'est difficile d'avoir, de l'extérieur, une relation avec mes enfants. C'est tout embrouillé. D'une part j'aime rester à la maison à cause des enfants et d'Anna pour laquelle je n'ai pas modifié mes sentiments et ma relation. D'autre part cette situation ambiguë est lourde *PRATA* alors cette situation, la voyez-vous terminée ? Que pourrait-il arriver ? Quelles sont les perspectives que vous entrevoyez ? Si la situation en est à sa conclusion il s'agit simplement de demander notre aide pour serrer les dents et pour continuer sur deux routes parallèles sans aucune possibilité de . . . *MARI* c'est une possibilité. Une autre, celle à laquelle je m'accroche, c'est de me demander si tout est fini et s'il n'est pas possible que quelque chose se transforme *PRATA* "rationnellement, après tout ce qui s'est passé, c'est fini et les possibilités d'aboutir à quelque chose de satisfaisant sont minimales" *MARI* certainement *PRATA* et il n'y a qu'un vague espoir que ceci ne soit pas définitif *FEMME* j'ai vérifié et j'ai enregistré d'autres réactions des enfants : le fait de se projeter vers l'extérieur qui n'existait pas avant. Ils ont commencé à rester tout le temps à la maison et à ne plus voir leurs amis, j'étais préoccupée. Dès que Nando est revenu à la maison Camilla a recommencé à sortir avec

ses amis et j'ai vu que les deux autres allaient mieux. Et tout ça augmente les difficultés car c'est un test. Ajoutez que, pour ce qui concerne le détachement que Nando ressent, ça dépend du fait que son retour a eu lieu, consciemment ou inconsciemment, sous une pression, une menace . . . qui, même si elle n'était pas consciente et si le chantage n'était pas fait exprès, fait que celui qui le subit vit ça comme du chantage, tout en sachant que certains mécanismes sont inconscients. Et alors la scission augmente car ce qu'on fait n'est pas un libre choix, décidé dans le respect réciproque mais à travers des mécanismes de force. Alors bien qu'il soit, apparemment, celui qui se porte bien, il subit le chantage de celui qui va mal et qui force l'autre à des choix obligés car il ne se porte pas bien. Pour cette raison ces mécanismes sont tels que, si quelqu'un n'est pas enclin à ça, ils augmentent la scission. Je ne suis pas née pour jouer la dame de la "Croix Rouge". Probablement si j'avais cette vocation mon ménage serait parfait, mais puisque je ne l'ai pas ça ne va pas pour moi. C'est très vilain, mais quand il va mal et qu'il est déprimé, il faudrait dédramatiser. Pour faire ça il faut beaucoup plus d'énergie que pour vivre la vie de tous les jours. Et très souvent une personne ne s'en rend pas compte mais les énergies se brûlent et après, quand on a remis l'autre debout alors on s'écroule. Il y a une semaine j'étais si mal fichue que je croyais avoir une grippe sans fièvre . . . Après une énorme dispute que nous avons eue dimanche dernier, je lui ai dit *"la semaine prochaine tu ne pourras pas être malade car je n'aurai pas assez d'énergie !"* Je veux dire que la semaine dernière il ne pouvait pas se permettre ce luxe car je n'aurais rien pu faire *PRATA* a-t-il fait face à la situation la semaine dernière ? *FEMME* oui, il allait mieux. Mais quand une personne arrive à déchiffrer tout ça, c'est laid. C'est comme si, inconsciemment, on se disait "au fond, si je vais mal tout va bien !". Et alors on a toutes sortes de réactions imprévues *PRATA* "je n'ai pas l'esprit d'une dame de la Croix Rouge et quand je suis malade tout va mieux, les autres trouvent l'énergie pour faire marcher les choses" *FEMME* j'ai essayé d'apprendre à mes enfants que quand on a un rhume il ne faut pas se laisser aller. Et puis je me retrouve vidée de toutes mes forces sans me rendre compte . . . *PRATA* avez-vous réalisé que votre femme est à bout de souffle ? *MARI* elle m'en a parlé seulement il y a une semaine, car j'ai eu une grippe *FEMME* oui, tu avais la grippe mais tu n'étais pas déprimé ! *MARI* je n'ai jamais mis en relation mes dépression avec ses moments d'euphorie *PRATA* pour revenir à vos motivations, à ce que je peux faire et à ce que vous attendez de moi, je vais le résumer ainsi : "pour vous monsieur, sans une aide extérieure la situation est sans issue car "j'ai besoin d'elle, j'ai ce désir d'être avec elle parce que c'est mon seul rapport significatif et valable, mais elle ne répond pas comme je voudrais". Pour votre femme la situation est sans issue car "sans une aide extérieure je suis clouée parce que mon mari va

mal ou il va pire, et les autres aussi. Je me sens culpabilisé et responsabilisée, je sens que, s'il n'est pas là, les enfants refusent de se socialiser. Je ne suis pas une dame de la Croix Rouge mais si j'arrive à avaler tout ça . . ." Pour vous aussi cette situation est sans issue ? *MARI* je dirais que oui *PRATA* ou bien voyez-vous des choses à faire ? *MARI* il faudrait croire aux miracles ! *PRATA* et vous madame ? *FEMME* quand je vous ai téléphoné avant Noël, je voyais des solutions : que je vive avec les enfants et que Nando arrive à entretenir une relation avec eux. Aujourd'hui je ne le crois plus possible à cause de ce que j'ai vérifié . . . chez Nando et parce que, au moment de mettre ça en pratique j'ai eu trop peur. J'ai du courage mais je n'en ai pas assez pour affronter une hypothèse de ce genre. Je ne peux pas traverser ça bien que je me considère suffisamment libre. J'ai accepté de vivre ça parce que, si on a une liberté intérieure on peut survivre, mais . . . c'est un discours réaliste que je ne ferais jamais sur le plan idéologique, je le fais sur le plan de la réalité. Si quelqu'un a trop de difficultés il doit regarder la réalité, il ne peut pas se cacher ces difficultés. Avant Noël je croyais que c'était possible . . . j'avais des difficultés avec les enfants mais j'allais bien, dedans ; je n'avais pas ce malaise qui maintenant m'oblige à me coucher à 9 heures du soir car je ne tiens pas debout. Je vois peut-être des difficultés parce que je suis très fatiguée. De toute façon je ne crois pas que la liberté de quelqu'un doive se bâtir sur la destruction d'un autre . . . je ne voudrais pas obtenir ma liberté à ce prix *PRATA* si je comprends bien ce qui vous pousse à demander de l'aide c'est le désespoir car vous ne voyez aucune solution. La thérapie, étant donné que les probabilités de succès sont minimales, c'est plus pour survivre que pour résoudre *FEMME* j'ai confiance en la capacité de Nando de rationaliser certaines choses ; jusqu'à présent je crois que ses choix ont été émotionnels, mais je pense que son côté rationnel pourra prendre le dessus. Si quelqu'un comprend et si la raison prévaut alors on peut voir une issue. Mais on ne peut pas voir l'issue tant que les mécanismes d'une personne sont surtout irrationnels *PRATA* si j'ai bien compris vous espérez, en venant ici, que votre mari puisse rationaliser la situation et arriver à une séparation qui soit tolérable et constructive pour tous les deux. Vous, au contraire, vous viendriez ici surtout pour trouver le moyen de rester ensemble d'une façon constructive *MARI* oui *FEMME* je n'y crois pas mais j'avais fait l'hypothèse d'une cohabitation pacifique. Jusqu'à présent elle n'est pas pacifique parce que les objectifs sont opposés et chacun décharge alors son agressivité sur l'autre. Nando, en dépit de ses déclarations, est très agressif envers moi, et cela me surprend. Cela contredit l'exclusivité de certains sentiments qu'il dit avoir pour moi ; je ne comprends pas *PRATA* vous admettez donc une possibilité de rester ensemble d'une façon plus satisfaisante tout en croyant davantage à une séparation. Vous, au contraire, vous croyez

plus à une possibilité de vivre ensemble d'une façon plus rationnelle et, en deuxième position, à une séparation *FEMME* en septembre, je l'ai laissé partir quand il a dit " si les choses sont comme ça je m'en vais" ; j'ai cru qu'il pouvait s'en aller, je ne l'ai pas renvoyé, je l'ai simplement laissé partir, c'est différent. Et je croyais aussi que le fait de couper pouvait servir à se comprendre soi-même et l'autre. Ceci ne s'est pas réalisé car, pendant les trois mois où il a vécu chez sa mère, il envoyait certains messages à travers les enfants. Quand l'enfant rentrait tout déprimé, découragé, la séparation aurait pû être constructive mais ça allait de soi que je devais continuer à être la mère et lui le père. Mais puisqu'il n'arrivait pas à être le père, certains messages m'arrivaient à travers les enfants. Il me créait des difficultés et donc une séparation réelle n'a jamais eu lieu *PRATA* j'ai compris. Maintenant je vais discuter avec l'équipe. (Prata sort pour préparer avec Selvini la conclusion de la séance).

Préparation de la conclusion

Comme prévu, les enfants n'ont pas répondu aux questions du thérapeute et notre espoir de pouvoir obtenir des informations intéressantes du frère de madame a été complètement déçu.

Sachant que tout secret est une manoeuvre, nous avons choisi dans ce cas de déjouer celui des tentatives de suicide en en parlant ouvertement dès le début de la séance devant les enfants. Ceux-ci, face aux allusions que laissaient planer les parents sans jamais en expliciter clairement le contenu, devaient savoir les faits, mais de façon partielle, déformée et donc plus angoissante. Cette hypothèse fut rapidement confirmée par l'attitude et les réponses évasives et ambiguës des parents concernant ce point durant la séance, ce qui, à nos yeux, reflétait leur comportement à la maison à l'égard des enfants.

C'est un trait tout à fait caractéristique de cette famille que les parents ne précisent jamais rien, tout est au conditionnel, sur un mode indéfini. Ils ne disent par exemple jamais "nos enfants" mais "les enfants", comme s'il ne s'agissait pas des leurs.

De la même façon, ils parlent "des parents" "du père" ou "de la mère" de manière tout à fait impersonnelle.

En outre, le scénario familial fait en sorte que les enfants assument des rôles tantôt de spectateurs, tantôt de figurants ou d'acteurs selon les besoins des "règles du jeu".

Au moment de la conclusion, confrontés à une situation si complexe, dans laquelle les parents expriment tous deux leur conviction qu'il n'y a aucune solution possible — mais chacun pour des raisons opposées — les thérapeutes essaient de sortir de l'impasse en choisissant de s'appuyer sur les messages, surtout analogiques, des enfants à la

maison, messages que les parents viennent de nous rapporter en séance. Les thérapeutes décident de transformer "les enfants" en enfants réels, en les appelant par leur nom, les présentifiant dans la famille, rendant implicitement les parents attentifs aux messages qu'ils leur adressent ou en reçoivent. L'intervention vise à recadrer la situation familiale en termes de système global, revalorisant le rôle des enfants en tant que membres à part entière de la famille.

Les enfants seront donc placés au centre de la situation comme ceux qui se prononcent positivement sur l'avenir de la famille : non seulement ils souhaitent avoir une vraie famille mais, contrairement à leurs parents, ils ont tendance à croire que c'est une chose possible. Pour cette raison, on ne fixe pas de date pour une séance suivante pour bien souligner toute la confirmation que l'équipe donne aux comportements-communications des enfants et à leur attente d'une évolution positive.

CONCLUSION DE LA SEANCE

PRATA excusez-moi de vous avoir fait attendre. Comme nous voyons beaucoup de situations de ce genre, nous donnons une grande importance à ce que nous signalent les enfants. Pour nous, ce qu'ont signalé Giulio, Massimo et Camilla est très important. Depuis que vous vivez ensemble ils sont très contents et ils vont mieux que lorsque vous avez traversé cette période de séparation. Vous nous avez dit que non seulement quand ils allaient chez leur père ils revenaient à la maison tristes, mais même quand ils restaient avec vous ils montraient que les choses n'allaient pas. Ils étaient tristes, n'est-ce pas ? Tandis que maintenant, depuis que votre mari est rentré à la maison, vous avez dit que même Camilla, qui est la plus petite, a recommencé à être sociable *BERTO j'ai remarqué moi-aussi. Depuis qu'il est revenu ils ont l'air plus détendu PRATA* ceci est très important. Les choses que nous signalent les enfants sont pour nous fondamentales, justement parce que si les enfants, quand vous vous êtes remis à vivre ensemble, se sont montrés plus détendus, plus contents, cela signifie qu'ils ont capté, au fond, des possibilités de cohabitation de votre part, dont, vous deux, probablement vous ne vous êtes même pas aperçus. Sinon les enfants ne seraient pas aussi optimistes, n'est-ce pas ? Les enfants ont capté des signes que vous n'apercevez même pas, mais eux ils les ont captés : peut-être la possibilité d'une cohabitation polie, bien que tourmentée, bien qu'avec des difficultés, etc., existe-elle, même si nous ne la voyons pas ou qu'elle nous semble un peu utopique. Peut-être que les enfants, quand ils vous voient ensemble, captent les messages dont vous ne vous rendez pas compte, mais qui les induisent à l'optimisme. Ils sont plus sereins, plus contents, sans doute ont-ils senti qu'il y a des probabilités pour que

cette cohabitation puisse exister et qu'elle se réalise tôt ou tard, n'est-ce pas ? Vous Massimo, Giulio et Camilla vous avez été un peu réservés ; effectivement la situation telle qu'elle m'a été présentée est assez complexe. Berto a confirmé lui aussi que depuis que le père est à la maison il voit les enfants plus épanouis, plus détendus. Cette phase est une période de rôdage, une tentative de rester ensemble avec la meilleure bonne volonté possible de la part de tout le monde. En somme c'est une tentative de faire marcher cette cohabitation, alors nous avons pensé laisser s'écouler les mois de février et de mars et voir comment vont les choses. Si, plus tard, vers le mois d'avril, mais pas avant, parce que maintenant c'est une situation de rôdage, très fluide, dans laquelle tous y mettent de la bonne volonté mais aussi certains freins et des attentes . . . les enfants y tiennent tellement ! Eux aussi s'efforcent au maximum, et je pense qu'ils mettront toute leur bonne volonté pour que ça marche. Et même sur ce point on peut compter sur eux car ce sont des enfants très affectueux, n'est-ce-pas ? Sans aucun doute, ils signalent les faits, ce qu'il faut faire et dans ce sens, ils vont vous aider, ils vous donneront des messages . . . N'allons donc pas y fourrer notre nez et laissons écouler un certain laps de temps. Si vers le mois d'avril vous voyez que vous avez besoin d'un coup de main, alors vous me téléphonerez. Laissons donc s'écouler ce temps, pour que les choses suivent leur cours pendant lequel toutes les bonnes volontés sont mises en jeu. Comme vous l'avez dit, il y a des freins, des perplexités, des obstacles mais il y a des bonnes volontés pour faire marcher les choses. D'accord ? Alors éventuellement nous ferons quelques colloques, un ou deux, ce qui sera nécessaire, avec vous deux *MARI* oui *PRATA* . . . alors sur ce, nous nous quittons . . . Au revoir. Le prix je vous l'avais dit au téléphone (Berto sort avec Camilla et Giulio) *MARI* nous n'avions pas parlé avec les enfants de mon suicide . . . *FEMME* nous avons dit simplement qu'il avait le moral tellement bas qu'il a pris des comprimés pour faire un bon somme *PRATA* de toute façon beaucoup de choses ont été dites aujourd'hui et donc pour eux ça a été un éclaircissement *FEMME* voilà, Massimo avait demandé ce que veut dire suicide, et moi je lui ai répondu : c'est quand on est très fatigué et qu'on a envie de mourir. Parce que je ne savais pas comment vous vouliez leur expliquer ça *PRATA* vous pouvez leur dire que leur père était très triste parce que vous ne réussissiez pas à vous mettre d'accord, mais que le moment venu il a pris quelque chose qui l'a, tout simplement fait dormir *FEMME* et cela seulement s'ils le demandent ou . . . *PRATA* non, vous pouvez expliquer parce qu'effectivement ça s'est passé comme ça. Nando a dit : "je voulais prendre une chose pour en finir, puis en réalité je n'ai pris que du valium qui m'a fait dormir profondément *MARI* oui, bien sûr *PRATA* expliquez-le leur avec des termes chimiques si vous le croyez nécessaire *FEMME* mais à votre avis croyez-vous qu'il vaut mieux que

nous, nous revenions sur ce sujet, ou bien seulement s'ils le demandent ? *PRATA* comme vous voulez . . . nous pouvons leur demander de venir ici. Ecoute Massimo, va chercher Camilla et Giulio, comme ça c'est moi qui leur dirai. — Voilà, votre père et votre mère étaient en train de me dire que peut-être vous n'avez pas bien compris quand on parlait de tentative de suicide de votre père, alors il s'agit tout simplement de ceci : il y a eu un moment où votre père était très triste, parce qu'il n'arrivait pas à faire marcher cette cohabitation avec votre mère, et il avait pensé à en finir et à mourir. Mais ça n'a duré qu'un instant : le truc pour mourir il ne l'a absolument pas pris, si bien qu'il n'a pas fallu l'amener à l'hôpital, lui pratiquer la réanimation et tout le reste, il a pris seulement quelque chose pour dormir. Comme quelqu'un qui est très fatigué et triste et qui fait un long somme. On dit "dormons, comme ça je n'y penserai plus !" D'accord ? L'envie d'en finir n'était qu'une pure idée et lui, le moment venu, il ne l'a absolument pas fait, au contraire il a pris un calmant pour ne plus y penser. Voilà, maintenant c'est clair ? Alors monsieur, mes meilleurs voeux. Au revoir.

DISCUSSION POST-SEANCE

Berto a finalement réagi, et il nous semble positif qu'il soit intervenu pour confirmer le thérapeute : ceci prouve que, tout en étant mêlé au problème de cette famille, il est tout à fait favorable à une réconciliation de sa soeur avec son mari. Ce rôle un peu ambigu, que la situation l'a amené à jouer, ne lui plaît pas, et les mots du thérapeute ont eu sur lui apparemment, un effet libérateur.

Pour ce qui concerne les enfants, qui étaient notre principal souci, ils ont eu l'air soulagé, et notre intervention pourrait les aider à renforcer ce mouvement d'autonomisation qu'ils ont amorcé eux-mêmes après le retour de leur père. Mais la disqualification, telle une douche froide, de la part du couple, n'est pas faite pour nous induire à faire des prévisions optimistes. En effet la rétroaction immédiate à notre conclusion est un refus total de la part des parents du recadrage effectué par les thérapeutes. Les rôles sont, pour ce qui les concerne, particulièrement fixes, et le jeu qui s'est emparé de cette famille est encore plus difficile à rompre que nous ne l'avions prévu. La rigidité du jeu homéostatique nous avait été révélée dès le début, par la symétrie des parents. Une symétrie exaspérée au point d'induire le père à faire du chantage au suicide et de pousser l'un et l'autre à "exploiter leur pathologie" chez les enfants. En effet, pendant la séparation des parents, Giulio, Massimo et Camilla avaient commencé à présenter des symptômes semblables à ceux de leur parents, c'est à dire dépression et manque de socialisation. Mais madame a dit, et Berto a confirmé, que tout ça a disparu après le retour du père à la maison. Nous avons

souligné cette information et nous avons dit que leur amélioration est due au fait qu'ils perçoivent des possibilités d'entente sous-jacentes que les parents ne peuvent même pas entrevoir. Peut-être cette amélioration des enfants est-elle due seulement au fait que les parents ont momentanément diminué leur opposition symétrique en vue d'un jeu de plus longue haleine ou simplement dans l'attente de leur rendez-vous avec nous. En définitive, l'impression que nous en tirons est que notre intervention n'a pas eu la rétroaction espérée, et notre prévision est que le jeu du couple ne changera pas après cette séance. En effet la disqualification immédiate, c'est à dire l'accord manifeste des parents pour ramener le problème du "suicide" sur le tapis, annulant tout ce qui avait été dit à ce sujet pendant la séance, a montré que sous le jeu "officiel" de deux sous-systèmes (mère+ enfants - père+ enfants) se cachait le jeu de deux autres sous-systèmes (couple parental - enfants) dont la perpétuation se révélait indispensable au maintien du statu quo du système dans sa totalité. C'est justement parce que notre conclusion s'attaquait à ce jeu caché qu'elle a été massivement rejetée par les deux parents. Aurait-il été possible d'assainir un coup plus fort au système et de rompre définitivement ce jeu là ? Nous ne le croyons pas. La seule chose que nous avons jugé réalisable a été d'essayer de remettre en crise une famille qui l'avait été mais qui, actuellement, est bien barricadée derrière ses schémas répétitifs et toute prête à rejeter quiconque s'approche pour changer quoi que ce soit. Le mouvement thérapeutique qui nous semble le plus important, mais dont on ne pourra évaluer l'efficacité que sur la distance, est le fait que la thérapeute non seulement n'a pas fait mystère des T.S. du père, mais qui elle a profité de la chance que cet "accident" de fin de séance lui a offert pour en informer *officiellement* les enfants, leur montrant ainsi tout le respect qui leur est dû. Par notre recadrage de la situation, nous espérons aussi que, grâce à la connotation positive de tous les membres, et à notre disponibilité pour une nouvelle prise en contact de leur part, ils voudraient profiter de cette opportunité et se représenteraient dans un esprit de collaboration qui actuellement leur fait totalement défaut.

Catamnèse du 30.4.1982

La famille n'ayant plus repris contact avec le Centre, la Dr. Prata, suivant la praxis et la fiche standard du Centre, a téléphoné elle-même pour avoir des nouvelles. C'est madame qui lui a répondu. Le mari était en train de sortir en promenade avec les trois enfants, et dans le vestibule il y avait beaucoup d'animation, on entendait les rires des enfants et les voix des parents qui les aidaient à s'habiller. Le mari a été informé par madame que ce coup de téléphone était de la part du Centre, mais il était pressé de sortir et il lui a dit de répondre elle-même.

Après un certain temps madame a pu revenir à l'appareil. Prata a demandé comment allaient les choses dans la famille depuis notre rencontre du 3.2.1981 au Centre.

MADAME : Pas mal. Berto semblait soulagé par ce qu'on avait dit dans la séance, et quelques jours plus tard il a décidé de rentrer chez ses parents. Il se porte bien, mais il a très peur d'affronter ses examens à l'Université, alors il vient de commencer une thérapie individuelle pour être plus relaxé. Il envisage de s'installer pour son compte. Mon mari va assez bien. Il a été choqué car, dans la séance, vous lui avez fait violence en parlant de ses tentatives de suicide devant les enfants. En sortant du Centre, il a dit qu'il s'était senti démasqué devant tout le monde. (En effet, implicitement, ses tentatives avaient été présentées comme une manoeuvre pour obliger Anna à le reprendre chez elle !) Pour ce qui la concerne, la séance et surtout notre conclusion l'avaient laissée perplexe mais elle aussi s'était sentie soulagée. Elle est contente de son travail, l'atmosphère familiale est plus sereine et Nando a complètement arrêté de faire des chantages. Il refuse toujours la séparation qui, au contraire, continue à être son but à elle. Le reste de la famille, c'est à dire sa mère et ses beaux-parents, la culpabilisent moins et elle, de son côté, est devenue moins sensible aux allusions culpabilisantes. Pour essayer de convaincre Nando à se séparer d'elle, après notre rencontre au Centre, elle lui a proposé une thérapie de couple. Ils ont fait seulement deux séances car Nando a refusé de continuer. A la maison ils vivent comme s'ils étaient séparés. Son mari continue à refuser la séparation légale, mais cette séparation "de facto" sous le même toit lui semble parfaitement supportable et il voudrait continuer ainsi indéfiniment. Après ce que nous avons dit sur l'engagement des enfants dans le conflit conjugal, elle est devenue attentive à ce problème, ne veut pas brusquer la situation et elle prépare donc cette séparation légale pour y arriver sans créer de situations traumatisantes pour personne. Nando est devenu très gentil avec elle et il lui fait la cour (avant il lui faisait des scènes et il lui lançait de lourdes culpabilisations). Les enfants vont bien, leur relation avec les parents est bonne, ils s'entendent bien entre eux et avec leurs copains et camarades de classe. L'école va bien. Ils sont sortis depuis longtemps de cette phase de tristesse et de repli qu'ils avaient quand leur père vivait chez ses parents. De leur côté ces derniers sont devenus très gentils avec elle mais, parallèlement, ils cherchent à monter les enfants contre elle. L'instigation est exercée surtout sur Giulio qui, lui, fait quelques petits chantages de ce genre : il demande quelque chose à sa mère, par exemple un jouet, et si elle refuse, il téléphone alors à sa grand-mère qui le plus souvent, lui achète ce qu'il veut. A cause de tout cela, elle a rompu toute relation avec ses beaux-parents. Prata se montre préoccupée à propos de cette instigation qui pourrait nuire à Giulio, mais madame la rassure en disant que, comme elle est parfaitement

consciente de cette double attitude de ses beaux-parents, il lui semble pouvoir contrôler la situation.

Le ton de la conversation est détendu, les conditionnels dont la séance était farcie ont disparu et nous tombons d'accord pour que, si dans l'avenir elle le juge nécessaire, elle reprenne contact avec nous.

Giuliana Prata

co-directrice de l'Equipe de Recherche du
Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia
Viale Vittorio Veneto 12
I-20124 Milano

RESUME

Une famille consulte pour un conflit conjugal grave et ancien (avec séparation de corps et 2 tentatives de suicide du mari).

La première partie de la séance est consacrée au recueil de l'information, qui s'avère peu fructueux en raison des réticences générales ; la thérapeute change alors de tactique et effectue un soigneux "testing des motivations pour une thérapie familiale".

En fin de séance, elle donne place aux enfants, qui souffrent, se sont peu exprimés, et à qui les parents ont "caché" les tentatives de suicide du père ; elle recadre la situation, revalorisant leurs rôles en tant que membres à part entière du système familial.

Séance unique, qui sera suivie 14 mois plus tard d'une enquête catamnétique montrant que, si les parents sont toujours en conflit, ils vivent néanmoins sous le même toit en bonne intelligence, et que leurs enfants sont heureux et bien socialisés.

SUMMARY

A family is consulting for a serious and ancient conjugal conflict (with separation and two attempted suicides of the husband).

The first part of the session is dedicated to the gathering of information, which appears to be little efficient because of the general reticences.

The therapist is there going to change of technic and realize a carefull "motivation testing regarding to a family therapy".

At the end of the session, she gives a main place to the children who are suffering, have had a very few opportunities to express themselves, and whose parents have concealed the father's attempted suicides.

She reviews the situation, to valorize each role as a real part in the family system.

Single session which will be continued of fourteen months later with a catamnestic investigation, showing that even if the parents are still conflictual, they are however all living in good terms, under the same roof, and that their children are happy and socially well adapted.

L'Association Lyonnaise de Thérapie Familiale remercie de leur confiance tous ceux qui se sont adressés à son service Formation. Elle leur demande de ne plus envoyer de nouvelles candidatures.

La nécessité de réfléchir sur l'évolution de la formation en thérapie systémique et d'étudier le feed-back des cycles qui se sont terminés les années précédentes nous conduit à interrompre les recrutements pour l'année 1984. Il n'y aura donc pas d'épreuve de sélection cet automne, ni de promotion dans le cycle d'initiation pour l'année 1984.

Bien entendu, les autres cycles en cours continuent (acquisition sur deux ans des techniques de base en thérapie familiale systémique d'une part, et en analyse systémique dans l'institution, d'autre part).

Toutes informations sur le devenir de la formation au Centre Bateson pourront être obtenues à l'occasion des Journées de juin 1984.

Docteur Yves COLAS
C.H.S.
69450 ST-CYR-AU-MONT-D'OR
Tél. (7) 822.42.22

A.L.T.F.
Centre Gregory Bateson
13, rue Victor Hugo
69002 LYON
Tél. (7) 842.77.08

SYSTEME INSTITUTIONNEL, SYSTEME THERAPEUTIQUE

Y. REY²

L'équipe de Grenoble, constituée d'une demi douzaine de médecins et de psychologues, travaille depuis 1976 sur les thèses systémiques dans trois directions complémentaires : le traitement, la recherche, la formation.

Son champ d'intervention essentiellement institutionnel concerne :

— une clinique universitaire Médico-Psychologique qui reçoit en internat des étudiants et des grands adolescents scolaires¹ ;

— un centre de consultation et de traitement Médico-Psycho-Pédagogique² ;

— un secteur scolaire où se réunissent une fois par mois une dizaine de psychologues de l'Education qui tentent d'introduire l'approche systémique dans le cadre de l'Ecole. Ce groupe fonctionne comme groupe de supervision de cas concrets présentés par les participants mais constitue aussi un lieu d'échange et d'approfondissement théorique³.

Ce parcours où se côtoient au moins deux idéologies (L'idéologie institutionnelle et l'idéologie systémique) ne peut être que jalonnée de questions, d'embûches, d'hésitations, de heurts et de limites. C'est de ces difficultés dont il sera tout d'abord question (sous forme de confrontation avec l'expérience des participants). Sur le versant positif, il y a d'heureuses rencontres et des propositions de solutions qui seront discutées au travers d'exemples cliniques.

IDEOLOGIE INSTITUTIONNELLE ET MODELE SYSTEMIQUE

Espaces désengagés, imbriqués ou démarqués

Il y a pour une équipe de thérapie familiale trois attitudes possibles vis à vis de l'Institution :

¹ Clinique G. DUMAS, 22, rue Pont Prouiller, 38700 La Tronche

² C.M.P.P. 2, rue Très-Cloîtres 38000 GRENOBLE, lieu de formation et du siège social du C.E.R.A.S.

³ Une partie de cette expérience et de cette réflexion est développée dans la thèse de Doctorat de Psychologie Clinique de P. BURILLE "Le comportement inadapté à l'école : le modèle systémique comme grille de compréhension et d'intervention".

— L'une des tentations est de refuser de prendre en compte le fait institutionnel. Le contexte environnant est alors évacué des préoccupations des intervenants et l'unité thérapeutique se considère comme une entité, isolée dans un espace vide, "aseptisée" de toute influence directionnelle. Les membres de l'équipe compartimentent soigneusement leur travail et s'identifient totalement à leur rôle de thérapeute familial, tout en feignant d'ignorer qu'ils représentent aussi l'Institution.

— Une autre attitude consiste à confondre les structures en mêlant objectifs institutionnels et objectifs thérapeutiques. Elle conduit l'équipe intervenante à s'ajuster à un rôle d'agent de contrôle de l'Institution, le traitement revêt alors un caractère normatif. En effet, comme le remarque HALEY⁴, par définition un agent de contrôle social a la tâche de maintenir la paix et l'ordre dans la communauté, en conséquence de stabiliser les gens qu'il prend en charge. Les objectifs de la thérapie sont au contraire de favoriser l'imprévisible, d'induire la déstabilisation afin de permettre l'émergence de comportements et d'événements nouveaux qui ne peuvent être anticipés.

— Ce problème général des frontières entre espace institutionnel et espace thérapeutique prend une importance particulière lorsque l'épistémologie qui soutient la démarche thérapeutique est systémique. Il convient alors, tout en intégrant les données institutionnelles et en prenant en compte l'organisation hiérarchique, de dégager, à travers les structures traditionnelles, un espace démarqué par une définition claire des rôles et des objectifs.

Emergence des contradictions

L'adoption d'une optique systémique au sein d'une Institution confronte très vite à un certain nombre de contradictions.

Ces structures (hôpital, école, centre de consultation) se proposent le changement de l'individu qu'elles prennent en charge. Mais ce but reconnu ne doit à aucun moment, menacer la cohérence ou l'identité de cette Institution, ni remettre en question sa permanence.

Le changement recherché n'est permis que dans une direction, celle du renforcement de ces structures en tant qu'organismes de soin ou d'éducation et de leur mythe qui n'est que le reflet du milieu socio-culturel ambiant. Il s'agit d'un changement compris en termes d'adaptation à la Société (via l'Institution). Il s'agit toujours du changement de l'autre.

Les différents moyens que se donne l'Institution pour changer (adapter) cet autre peuvent se résumer à deux grandes lignes d'action :

— Séparation du patient d'avec son milieu familial décrit alors comme "pathogène" et/ou assistance multiple des familles dites socialement défavorisées.

— Réparation du “patient” en lui offrant différents traitements ou rééducations dont les objectifs déclarés sont la suppression du symptôme et l’aide à devenir plus autonome.

Il est possible que l’hospitalisation, le placement, soit une étape nécessaire, un moment où chacun va pouvoir reprendre son souffle. Cependant ces mesures constituent le plus souvent une pseudo-séparation dans le sens où elles entraînent rarement un changement dans le mode des rapports avec le milieu (sauf justement si un travail est entrepris avec la famille, non pas dans un contexte d’assistance, mais dans un contexte de collaboration).

Sur un plan analogique, ces messages de séparation, assistance et réparation véhiculent :

— que les parents sont incompétents (voire nocifs) dans l’éducation ou l’aide qu’ils peuvent apporter à leur enfant. En contre point et par la logique même de la démarche, le personnel soignant se trouve investi du rôle de “meilleurs parents”. Ce qui ne peut qu’entraîner, pour ce personnel, des problèmes de compétition avec la famille et pour le patient des problèmes de loyauté.

— La proposition de “réparation” transforme le “sujet” en “patient” (passage dangereux et parfois définitif de l’actif au passif), elle indique que quelque part il va mal, il est malade donc irresponsable. Si les médecins ajoutent que la cause de ce mal est organique ou héréditaire, ils déchargent les parents du blâme d’une “mauvaise éducation” mais les désimputent du même coup du problème.

— Enfin, la prescription implicite au traitement de “plus d’autonomie” tombe invariablement dans le piège du paradoxe “obéis-moi, deviens autonome”.

Les contradictions de la démarche institutionnelle peuvent être mises en parallèle avec celles qui sous-tendent le plus souvent la demande de thérapie familiale : “soignez notre enfant — ne changez rien”. En fait toutes deux s’inscrivent dans une compréhension cloisonnée des problèmes qui repose sur la conception manichéenne de l’approche médicale classique.

L’envers du décor n’est cependant déchiffrable et ne devient visible que si on utilise un éclairage en contre-jour, autrement dit une grille de lecture, d’observation, différente de celle qui a déterminé les règles de fonctionnement de l’organisme considéré.

La philosophie du changement systémique

Le modèle systémique qui réfère à une représentation de la réalité en termes de circularité met en évidence ces différents phénomènes.

L'épistémologie du changement qui en découle ne concerne plus l'adaptation d'un individu (identifié) mais l'organisation structurelle du groupe (ou des sous-groupes) auquel cet individu appartient.

Ce changement qui porte sur la structure intéresse les processus de fonctionnement d'un ensemble d'éléments regroupés en système.

Selon cette optique, une incapacité à changer peut être due :

— soit à un manque d'ouverture du système qui va entraîner un défaut de stimulation;

— soit à la structure même du système qui récupère toutes les stimulations et dilue toutes les fluctuations de manière à les neutraliser.

Tout changement va en effet s'amorcer par une déviation locale et temporaire : la fluctuation. Cette fluctuation peut être induite de l'intérieur ou de l'extérieur du système, les feed-back négatifs tendent à l'atténuer, les feed-back positifs à l'amplifier.

— Mais pour qu'une fluctuation soit suivie d'effet et entraîne une modification d'état il faut qu'il y ait nucléation⁵. La nucléation est cette phase du changement qui potentialise la fluctuation, la rend significative dans le système. Ce phénomène de nucléation apparaît lorsque la fluctuation atteint une valeur critique qui dépend de l'état du système et de son régime de fonctionnement. Comme le souligne I. PRIGOGINE⁵ *"ce qui est, à un moment donné, déviation insignifiante par rapport à un comportement normal, peut, dans d'autres circonstances, être source de crise et de renouvellement"*.

Pour les systèmes humains, l'observation des thérapeutes familiaux va dans le sens de cette remarque et les moments critiques, c'est-à-dire les périodes de désorganisation sont celles où un membre entre dans la famille ou la quitte⁴. Ceci est sans doute transposable à des systèmes plus vastes et si on considère par exemple une organisation telle que l'Institution hospitalière il est permis de penser que l'installation en son sein d'une unité systémique présente le risque d'une remise en cause de son précédent équilibre.

Pour en revenir au changement par phénomène de nucléation, il faut préciser que de manière très générale, plus rapide est la communication dans le système (sa diffusion), plus élevé sera le seuil de nucléation. Inversement pour qu'une fluctuation atteigne ce seuil de nucléation et que le système change son type d'organisation, il est nécessaire que certains messages soient "irrécupérables" pour les processus tels qu'ils sont.

Schématiquement le changement est fonction du rapport :

$$\frac{\text{importance de la fluctuation.}}{\text{caractéristique du système}}$$

ASPECTS PRATIQUES

Le contre-paradoxe scindé

Les contre-paradoxes décrits par les thérapeutes familiaux constituent une des formes possibles de ces messages "irrécupérables".

Cependant si le contexte de la thérapie familiale est l'Institution, les données mêmes de ce contexte exposées plus avant rendent le discours contre-paradoxal peu crédible.

En effet, connoter positivement le symptôme anorexique, suicidaire ou les actes délinquants d'un patient hospitalisé aboutit soit à une disqualification des autres personnes soignantes et des objectifs institutionnels, soit à une disqualification de la thérapie elle-même, car ce contexte particulier est porteur d'un sens qui apparaît comme un "démenti" par rapport au langage de la thérapie.

L'expérience clinique aussi bien en établissement médico-universitaire que sur le secteur scolaire nous a très vite confrontés à ce problème de la crédibilité d'un discours contre-paradoxal. Pour contourner cette difficulté, il nous fallait inclure les données institutionnelles (ses règlements, ses objectifs) dans le dispositif thérapeutique. En termes plus concrets cela signifie une utilisation particulière de la profondeur de l'équipe qui permet de scinder¹ la source des messages du contre-paradoxe en différenciant les rôles des thérapeutes.

Sur un plan pratique un membre de l'équipe, (si possible le responsable médical en clinique ou le responsable pédagogique à l'École), va s'affilier aux données de l'Institution. Il peut se placer en séance légèrement en retrait ou derrière le miroir sans tain et intervenir en entrant directement dans la salle de la thérapie. Dans les deux cas, son langage sera celui de l'Institution, il va en dénoncer les exigences et souligner les inconvénients voire les dangers du comportement symptomatique. Par toute son attitude il se situe en même temps à l'intérieur (il fait partie de l'équipe) et en dehors (il est responsable vis à vis de l'Institution) de l'espace thérapeutique. Si sur un plan, en grande partie analogique, il montre qu'il est d'accord avec ce qui se passe, son discours lui, apparaît en totale contradiction avec celui du thérapeute en séance qui affirme que la conduite symptomatique a un sens et une fonction dans la famille.

La difficulté dans cette stratégie est de véhiculer des messages antinomiques qui n'apparaissent pas comme de simples contradictions logiques (et introduisent donc la confusion. L'utilisation dedans/dehors de l'espace thérapeutique, le dédoublement des rôles au sein de l'équipe de thérapeutes qui sont par ailleurs liés par l'appartenance, la simulta-

¹ En référence au terme utilisé par A. FERREIRA dans sa théorie des "doubles liens de scission" à propos des familles dont l'un des membres est délinquant (III).

néité de discours opposés d'où sont soigneusement exclus les "mais" transforment la contradiction en paradoxe.

Ce contre-paradoxe scindé "continuez comme ça — ne tenez pas compte de cet avis" reflète amplifié de la demande paradoxale de la famille véhicule :

— à un niveau le règlement de l'Institution, c'est-à-dire se réfère à une loi à laquelle sont soumis non seulement les patients mais aussi le personnel soignant, les uns et les autres se trouvant en position symétrique par rapport à elle. Clairement énoncée, cette loi définit les contraintes, les limites, les interdits, en bref, la relation et introduit la hiérarchie et la séparation. Ce message appartient au monde du logique, du contractuel, de la temporalité et du social¹.

— A l'autre niveau le thérapeute en séance (en position complémentaire par son statut de soignant ou d'intervenant) s'allie aux règles qui sous-tendent le jeu familial et le thème mythique. C'est ici le terrain des défis et de la surenchère où l'enjeu est parfois la mort. Dans ce monde restreint, arbitraire, conventionnel qui fonctionne sur le mode de la récurrence tous les partenaires sont liés par l'obligation aux règles de communication, sans pour autant être solidaires et différenciés¹.

Aucun de ces deux mondes n'est supposé être meilleur que l'autre, mais cette intervention à double face qui confronte et distingue les deux plans : celui du référent institutionnel et celui du jeu familial a pour objectif de rompre l'immobilisme du système d'appartenance du patient en utilisant un espace et un temps soigneusement démarqués où certaines fluctuations ne pourront être diluées.

Ce thème a été illustré par la présentation de trois situations pour lesquelles nous avons été amenés à utiliser ce type de stratégie. Les deux premiers cas ont été pris en charge dans le cadre de la clinique médico-psychologique pour adolescents et le troisième sur le secteur scolaire. La discussion s'est engagée à partir de la demande telle qu'elle a été posée à l'équipe thérapeutique.

Y. Rey

Clinique G. Dumas
22, rue Pont Prouiller
38700 La Tronche

RESUME

La pratique de la thérapie familiale systémique en Institution implique une analyse minutieuse du contexte et la mise en place de stratégies qui rendent sa crédibilité au discours contre-paradoxal.

L'utilisation particulière de la profondeur de l'équipe dans ce que nous avons appelé le contre-paradoxe scindé permet de définir, dès la prise de contact, l'espace thérapeutique dans le cadre institutionnel par la confrontation à découvert d'une double réalité.

La définition de cet espace nous apparaît comme un dispositif préalable destiné à favoriser ce que I. PRIGOGINE appelle la phase de "nucléation" dans les processus de changement d'un système.

Selon une perspective plus large et optimale, on peut aussi imaginer que l'introduction d'une approche systémique dans une Institution va agir comme facteur déstabilisant et "l'acheminer vers l'acceptation de la révision épistémologique de son fonctionnement"².

SUMMARY

The practice of systemic family therapy within an Institution involves a detailed analysis of the context and the implementation of strategies giving credibility to the counter-paradoxical discourse.

The utilisation of the entire team in what we call "the split counter-paradox" permits to define, from the very beginning, the therapeutical space within the institutional framework by confronting openly a double reality.

The definition of this space seemed to us to be a preliminary device intended to encourage what I. PRIGOGINE called the "nucleation" phase in the process of a changing system.

Within a larger and more optimistic perspective, we can also imagine that the introduction of a systemic approach within an Institution will act as a destabilising factor and will lead the Institution towards the "acceptance of the epistemological revision of its functioning".

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUDRILLARD, J. "De la Séduction" Ed. Galilee, Paris, 1979.
2. CAILLE, Ph. "Une pratique qui met en cause l'orthodoxie institutionnelle" Le Groupe Familial, No 43, p, 14-17, 1981.
3. FERREIRA, A. "Double lien et délinquance" in Changements systémiques et Thérapie Familiale E.S.F., Paris, 1980.
4. HALEY, J. "Leaving home" Mc. Graw Hill Book Company, New-York, 1980.
5. PRIGOGINE, I. et STENGERS, I. "La nouvelle Alliance" Ed. Gallimard, Paris, 1979.
6. REY, Y., MARTINEZ, J.P. et BURILLE, P. "traitement de famille en Institution : le contre-paradoxe scindé" à paraître ouvrage collectif E.S.F., 1983.
7. SELVINI-PALAZZOLI, M. et col. "Les pièges des Institutions" Réseaux, Systèmes, Agencements, Cahier No 2, P. 60-67, Ed Gamma, 1980.

Collection « **SCIENCES HUMAINES APPLIQUEES** » sous la direction de
MM. le Professeur Paul SIVADON, le Docteur Jean GUILHOT, le Docteur
J.C. BENOIT et le Docteur André MATHE.

LA THERAPIE FAMILIALE TELLE QUELLE...

De la théorie à la pratique
textes recueillis et présentés par Yveline REY

152 pages

SERVICE SOCIAL ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR

par Gérard MASSE et Xavier HOUSSIN, préface de Roger POPERT

176 pages

MARGINAUX DE LA SANTE

La réadaptation sociale en psychiatrie
par Marguerite QUIDU et Roger GOT

132 pages

LA THERAPIE AVEC LA FAMILLE

par Maurice ANDOLFI

176 pages

DES ROBOTS, DES ESPRITS ET DES HOMMES

La psychologie dans le monde moderne
par Ludwig VON BERTALANFLY

124 pages

PARADOXE ET CONTRE-PARADOXE

Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction
schizophrénique

par Mara SEVINI-PALAZZOLI, L. BOSCOLO, C. CECCHIN et G. PRATA

3^e édition, 140 pages

LE MAGICIEN SANS MAGIE

ou comment changer la situation paradoxale du psychologue dans l'école
sous la direction de Mara SELVINI-PALAZZOLI

148 pages

THERAPIE FAMILIALE, TRAITEMENT DE SYSTEMES VIVANTS

par Sue WALROND-SKINNER

168 pages

LA MUSICOTHERAPIE ET LES METHODES NOUVELLES

D'ASSOCIATION DES TECHNIQUES

par Marie-Aimée GUILHOT, Jacques JOST et Edith LECOURT

3^e édition, 230 pages

LA PRATIQUE DE LA MUSICOTHERAPIE

par Edith LECOURT

2^e édition, 158 pages

LA RENCONTRE PSYCHOLOGIQUE DU MEDECIN

par Michel LAXENAIRE

168 pages

METHODE DE REEDUCATION PSYCHO-MOTRICE

L'éducation gestuelle

par Marie-Louise ORLIC

5^e édition, 120 pages

L'EXPRESSION SCENIQUE ART DRAMATIQUE ET

PSYCHOTHERAPIE

par Emile DARS et Jean-Claude BENOIT

2^e édition, 168 pages

LA CREATION DU CONTEXTE THERAPEUTIQUE LORS DE LA PREMIERE SEANCE

Teresa SUAREZ et Carmen F. ROJERO

INTRODUCTION

Nous aimerions transmettre un début de réflexion sur ce qui se passe pendant nos premiers entretiens de famille.

Avant tout, définissons en deux mots le contexte dans lequel ces entretiens ont lieu.

Il s'agit d'une consultation privée à laquelle les patients viennent déjà avec une indication de thérapie de famille faite par un autre collègue. Nous pouvons diviser la situation d'assistance psychiatrique espagnole, et notamment à Madrid en :

- psychiatrie hospitalière, avec orientation phénoménologique classique et/ou antipsychiatrique,
- et psychiatrie ambulatoire très peu développée, sauf dans le secteur privé, celui-ci étant orienté psychanalytiquement (psychiatres), ou en comportementalisme (psychologues).

Depuis notre arrivée, étant donné notre contexte de travail à l'époque, c'est-à-dire au sein d'un groupe d'orientation psychanalytique, il s'est développé un consensus suivant lequel nous avons commencé à prendre en charge des patients au delà des limites de l'analysable (nous reviendrons plus tard sur ce thème), si bien que nous avons pu tester la validité du modèle familial systémique dans des situations assez graves et diverses.

Voici, en deux mots, les diagnostics des patients désignés, au moment de l'arrivée à notre consultation, pendant les deux premières années :

- T.S., toxicomanie	1 cas
- Anorexie mentale	2 cas
- Psychose	5 cas
- Schizophrénie paranoïde	5 cas
- Conflit conjugal	9 cas
- Alcoolisme	2 cas
- Psychose hystérique	1 cas
- Névrose chez un enfant	2 cas

— Dépression. Phobie scolaire	1 cas
— Schizophrénie. Dépression. Surdi-mutité	1 cas
— Paranoïa	1 cas
— Impuissance secondaire chez une névrose obsessionnelle	1 cas
— Troubles caractériels à l'adolescence	2 cas
— Hypochondrie	1 cas
— Psychose infantile	1 cas
— Dépression	2 cas
— Toxicomanie. Marginalité	2 cas
— Débilité mentale	1 cas
— Mélancolie	1 cas
TOTAL	42 cas

On peut ainsi constater que cet état de faits rapprochait davantage d'une consultation en psychiatrie publique que de la clientèle habituelle du secteur privé.

Depuis 1980, nous nous sommes occupées, non seulement de poursuivre ce genre d'assistance, mais d'élargir notre travail à un autre domaine, celui de l'enseignement systémique, étant donné la demande de nos jeunes collègues d'apprendre notre mode de travail.

Ce travail d'enseignement nous a poussées à réfléchir sur nos techniques d'intervention et sur le besoin de les décoder pour pouvoir les transmettre. Nous avons très tôt compris que, bien que le modèle théorique de base soit toujours le même (modèle systémique), nous adoptons une technique particulière suivant les familles et, avons l'impression que cette technique était déjà mise en place lors du premier entretien. Or, bien que ces techniques ne soient pas décodées, elles s'avèrent être des adaptations utiles, puisque nous avons de moins en moins de ruptures. Cette diminution des ruptures pouvait s'expliquer, d'un côté, par la stabilisation du "système thérapeutique", c'est-à-dire, par une plus claire définition de nos règles relationnelles, mais aussi, par une adaptation aux différents types de famille, ce qui supposait finalement, une *typologie de rencontres*.

Nous avons donc commencé à réfléchir sur cette adaptation dans la création du contexte thérapeutique. Puisque d'après notre situation de travail, il nous était difficile de standardiser les contacts téléphoniques (but que nous nous proposons à présent étant donné les erreurs qui en découlent), nous avons voulu standardiser le début du premier entretien afin de décoder les feed-back de la famille qui déterminaient notre choix de technique pendant le premier entretien, et la stratégie de traitement qui en découlait.

Nous nous sommes centrées sur le premier entretien parce que nous étions convaincues de "l'importance de bien commencer un traitement" (Haley). Et nous avons finalement décidé de comparer le début de la première séance avec la fin de la même, pour essayer d'en tirer des conclusions pronostiques, suivant l'évolution des règles du contexte thérapeutique tout au long du premier entretien. Cette comparaison nous permettrait donc, non seulement d'observer le réseau des règles du contexte, mais aussi leur évolution au cours d'un certain laps de temps (incluant non seulement l'appréciation d'une structure des règles, mais aussi l'observation du processus vers le changement).

Nous avons choisi la technique de début de premier entretien de Jay Haley, ceci parce qu'il nous semblait que les règles de base étaient, chez lui, assez claires. C'est à dire que, nous commençons par une phase sociale et une phase de définition du problème, toutes les deux bien différenciées. Ces deux phases sont suivies d'une troisième phase de récolte de l'information structurale et processuelle de la famille, suivie d'une pause et d'un commentaire et/ou d'une prescription après la pause. Etant donné que les deux premières phases et la dernière (après la pause), ont pour nous des aspects assez standardisés en ce qui concerne nos règles de base, c'est sur elles que portera notre réflexion.

Il existe certains concepts de base, définis différemment suivant les auteurs, que nous voulons reprendre avant de parler de notre travail. Il s'agit de concepts de règles de système, de hiérarchie des systèmes et de hiérarchie des règles. Nous suivrons surtout Jackson et Eleanor Wertheim pour énoncer ces concepts.

CONCEPTS THEORIQUES DE BASE

Prenons tout d'abord les concepts de Jackson. D'après lui, la famille est un système régi par des règles : ses membres se comportent entre eux de manière répétitive et organisée et ce type de structuration des comportements peut être isolé comme un principe directif de la vie familiale.

Avant de parler des règles, nous allons faire un survol des concepts de communication et de redondance.

Nous savons qu'un système est constitué (d'après Hall et Fagen) d'un ensemble d'éléments et des relations entre eux et leurs attributs. En ce qui concerne la famille, nous prendrons la définition de l'Ecole de Milan, qui considère la famille comme un groupe-naturel-avec-histoire, qui au cours de son développement, a forgé ses propres règles, trouvant fréquemment leurs sources dans les règles gérant les relations dans les familles d'origine.

Notons que les échanges au sein de la famille, comme dans tout autre système socio-culturel, sont des échanges d'information et non d'énergie.

Il faut dire que tout thérapeute traitant une famille a une idée, implicite ou explicite, de ce qu'est un système familial qui fonctionne. Voici quel est notre critère : nous pensons que pour qu'une famille fonctionne en tant que système, elle doit avoir :

- 1) des limites claires, aussi bien intra-qu'inter-systémiques,
- 2) des règles gérant ses relations, souples, cohérentes entre elles et clairement définies;
- 3) nous pensons aussi bien à la cohérence des règles existant à l'intérieur de chaque système ou sous-système, qu'au besoin d'une hiérarchie claire dans l'ensemble du réseau de règles. Cette hiérarchie, d'après Wertheim, peut être modifiée ponctuellement pour accomplir certaines tâches fonctionnelles du système, (exemple : parentification).

Essayons de mettre au clair ce qu'est une règle. Prenons à nouveau Jackson : "la règle est une inférence, une abstraction, forgée par l'observateur pour rendre compte de la redondance interactionnelle observée".

Il faut dire qu'au niveau de l'observation, nous sommes obligés, à cause du conditionnement linguistique (Selvini et col.), de partir des observations simples pour arriver à la complexité de l'organisation familiale.

C'est ainsi que nous partons du message isolé d'un des membres, pour y décoder :

- Contenu et
- Ordre : définissant celui-ci comme étant la relation par rapport à l'autre interlocuteur.

L'interlocuteur, à son tour, peut accepter, rejeter ou ignorer cette définition de la relation, donnant lieu (ensemble du message et de la réponse) à une interaction particulière. Dans les relations stabilisées, dans lesquelles les partenaires sont déjà arrivés à se mettre d'accord sur la définition de leur relation, nous pouvons observer des patterns relationnels répétitifs, c'est à dire des redondances communicationnelles.

C'est à partir de l'observation de ces redondances que nous pouvons inférer les règles qui gèrent leurs relations. Une nouvelle observation s'impose alors : l'écart permis dans chaque relation par rapport à cette règle, ainsi que les mécanismes correcteurs de la déviation par rapport à cette règle.

Parmi les règles que nous pouvons décoder, il existe une hiérarchie. Nous suivrons à partir d'ici la description d'Eleanor Wertheim qui nous semble assez claire malgré sa complexité.

Elle considère qu'il existe deux principes organisateurs des règles :

1) *Le principe hiérarchique*, qui gère les processus autocorrectifs, qui tiennent au maintien de la structure du système familial.

2) *Le principe fonctionnel ou dynamique*, qui gère les processus auto-directifs et qui sont donc en rapport avec la réalisation des objectifs du système.

Pour le bon fonctionnement du système, il faut un équilibre entre les deux principes organisateurs.

I. PRINCIPE HIERARCHIQUE

Les règles morphostatiques sont hiérarchiques de la façon suivante :

1.1.— *Règles de base*.— Qui prescrivent des comportements spécifiques et appliqués à des actions concrètes.

Ex. : "Dans notre famille on ne ferme pas les portes".

1.2.— *Méta-règles*.— Qui contrôlent les règles de base et qui reflètent le code moral du système. Elles gèrent le comportement du système en accord avec ses principes moraux.

Ex. : "Les familles unies ne doivent pas avoir de secrets individuels".

1.3.— *Méta-méta-règles*.— Ce sont des principes directifs qui gouvernent les méta-règles.

Ex. : "Les droits individuels ne doivent jamais compromettre l'unité familiale".

1.4.— *Méta-méta-méta-règles*.

Ex. : "Le code des valeurs individuelles doit être soumis au code familial".

Mises à part les différences que nous venons de signaler, qui sont de l'ordre des différences de niveau logique, il existe des *différences formelles entre les règles* :

- Suivant le degré d'explicitation de la règle.
- Suivant qu'elle est exprimée dans le langage analogique ou digital.
- Suivant la sensibilité du système par rapport à l'infraction de la règle.
- Suivant la tolérance à l'infraction.

— (On mesure les deux derniers items au temps que met le système pour mettre en oeuvre les corrections de la déviance).

Notons que la différenciation entre règles morphostatiques et règles fonctionnelles n'est que ponctuelle, car une fois le changement produit, les règles fonctionnelles deviennent des règles morphostatiques ou structurelles.

La relation entre les deux types de règles est dynamique et réglée par les exigences adaptatives.

II. ARTICULATION FONCTIONNELLE DES REGLES

Dans la réalisation de chaque objectif du système, s'organise un circuit de règles valable seulement dans l'accomplissement de la tâche à réaliser.

— Dans ce circuit il existe aussi une hiérarchie :

2.1.— *Règles majeures.*— Elles soutiennent les objectifs systémiques.

2.2.— *Règles mineures.*— Elles règlent l'accomplissement des objectifs concrets.

Remarquons que cette hiérarchie n'est valable que dans un temps donné et par rapport à une tâche précise, si bien que, par rapport à une autre tâche ou à un autre stade du fonctionnement, cette hiérarchie peut se modifier ou s'inverser.

Théoriquement au moins, on peut déterminer la structure du réseau des règles. On peut formuler une hypothèse selon laquelle :

— Les systèmes familiaux intellectuellement et psychologiquement *adéquats*, auront un réseau de règles complexes, différenciées, intégrées, et cohérentes.

— Les systèmes adaptativement *déficients* possèdent probablement peu de règles, ou bien celles-ci sont très globales, faiblement reliées entre elles, ou elles sont absolument déconnectées.

— Les systèmes familiaux *déviés* pourraient avoir un réseau de règles incohérentes entre elles, celles-ci seraient mal différenciées, et également mal intégrées entre elles. On peut aussi vérifier une instabilité dans le réseau des règles ou encore l'existence de règles paradoxales.

Nous terminerons en disant que, alors que l'organisation hiérarchique structurale des règles est le reflet des valeurs familiales, le circuit ou l'organisation fonctionnelle des règles est plutôt le soutien de la réalité comportementale de la famille.

THEORISATION DE NOTRE TRAVAIL

Définissons d'abord de façon un peu plus précise notre contexte de travail.

Nous ne travaillons pas à l'hôpital, mais en ambulatoire. Nous ne sommes pas un service public, mais privé. Nous ne sommes pas une équipe pour enfants, ni pour adultes, ni pour le troisième âge, pas plus qu'une consultation conjugale. Et pourtant, nous recevons des patients pour lesquels une indication préalable de thérapie familiale a été posée.

Qu'est donc notre marque de contexte ? Nous avons essayé de définir notre travail en nous basant sur le fait que, d'après nous, l'intervention familiale, (et le modèle théorique sous-tendu, était la meilleure façon de résoudre certains problèmes apparus dans différents domaines de la santé mentale, c'est à dire, des problèmes comportant différents niveaux de désignation : enfant ou parent identifié, conflit conjugal, etc.).

Nous avons été redéfinies par nos collègues comme des thérapeutes devant montrer l'efficacité de leur modèle de travail dans des situations qui étaient, pour eux, à la limite du traitable, tout au moins du point de vue psychothérapeutique individuel, soit à cause de la gravité du problème individuel, ou de l'existence de différents niveaux de dysfonctionnement dans la famille, soit à cause d'autres paramètres qui rendaient impossible le traitement individuel.

Lorsque la qualité de notre travail a commencé à être reconnue, nous avons reçu des patients qui étaient "des proches" des collègues qui nous les envoyaient.

Ceci étant dit, entrons dans le sujet de notre atelier, c'est à dire nos réflexions sur la création du contexte thérapeutique au cours de la première séance de famille. Nous partons habituellement d'une *très brève information téléphonique* qui nous permet de récolter les paramètres suivants :

- Nom de la famille et numéro de téléphone
- Membres composant la famille nucléaire et faisant partie de la maisonnée.
- Qui les envoie et pour quel motif.
- Qui téléphone.

Nous donnons aussi par téléphone une information assez standardisée :

- Le jour, l'heure et l'endroit du rendez-vous.
- Qui va les voir.
- Durée de l'entretien.
- Nombre des membres de la famille qui doivent assister au rendez-vous.

— Nous notons aussi les feed-back réponse à l'imposition de ces règles explicites, dans le but d'avoir un minimum d'information sur le genre de définition de la relation qu'ils vont essayer de nous proposer pendant le premier entretien.

Nos règles ne sont pas absolument rigides mais sont assez stables, étant donné notre réalité personnelle et professionnelle, à laquelle nous sommes complémentaires. Ceci est transmis explicitement à la famille au téléphone, ce qui favorise la complémentarité de la famille envers nous.

Pendant le premier entretien, mise à part la récolte d'informations par les thérapeutes, sur la famille et sur le problème qui les amène à la consultation, on trouvera toutes les manœuvres et contremanœuvres (de part et d'autre) destinées à parvenir à une définition de la relation.

Nous avons décidé d'établir un certain nombre de :

— Règles de base concernant l'organisation de l'entretien et du traitement.

— Méta-règles qui contrôlent l'écart permis par rapport aux règles de base, et mécanismes pour les rétablir.

— Méta-Méta-règles ou principes organisateurs du contexte thérapeutique.

Pour nous, une relation thérapeutique serait le pont dialectique entre la coopération autour de la tâche (cette dernière concrétisée de façon changeante au cours du traitement) et la complémentarité implicite du fait même de la demande d'aide.

PHASE SOCIALE

1. Règles que le système thérapeutique veut imposer

1.1. Règles de base :

— “Nous allons commencer par nous présenter . . . nous connaître . . . nous tous”. Elle est presque toujours explicite.

— “Chaque membre de la famille a une place”. Implicite.

— “Les thérapeutes décident de quand on commence, par qui on commence, du temps et du nombre de questions accordés à chacun dans la présentation, et du droit de chacun à se présenter lui-même”. Tout cela est implicite.

1.2. Méta-règles :

— “Chacun de vous est un interlocuteur valable pour les thérapeutes”. Toujours implicite.

— “Nous ne pouvons pas vous traiter sans vous connaître”. Toujours implicite.

1.3. Méta-méta-règles :

— “Ce sont les thérapeutes qui décident de comment et de quand on entre dans le vif du sujet”. C’est la règle de la complémentarité appliquée à la fonctionnalité du contexte thérapeutique par rapport à la tâche commune, c’est à dire, l’établissement du premier contact. Implique.

2. Feed-back que nous avons pu observer de la part des familles face à ces règles

2.1. Acceptation totale des règles une fois comprises : *Complémentarité*.

2.2. Rejet ouvert des règles : *symétrie ouverte*.

2.3. Acceptation des règles explicites mais essai de disqualification des règles implicites et spécialement des règles du niveau hiérarchique supérieur : *Symétrie cachée*.

Cette typologie module notre attitude en tant que thérapeutes par rapport à la phase suivante, c’est-à-dire de la phase de définition du problème.

PHASE DE DEFINITION DU PROBLEME

1. Règles imposées par le système thérapeutique

1.1. Règles de base :

— “Nous décidons de qui doit commencer à définir les problèmes ou bien, nous laissons cette décision à la famille en ce qui concerne la personne qui commence, l’ordre de la parole, le temps accordé à chacun, le fait de permettre ou non des interruptions, le moment où le problème est suffisamment défini et où cette phase est terminée”.

1.2. Méta-règles :

— “Pour qu’un problème soit résolu il doit être préalablement défini”.

— “Tout le monde peut et doit donner son opinion sur le problème”.

— “Il est permis d’avoir des opinions différentes sur le problème”.

— “Tout le monde a le droit d’être écouté et de ne pas être interrompu”.

— “Toutes les opinions sont également importantes pour les thérapeutes”, (ce qui implique que les thérapeutes ne prennent pas parti).

1.3. *Méta-méta-règles :*

— “Ce sont les thérapeutes qui ont le droit de décision aux autres niveaux pour l’accomplissement de la tâche qui est, en ce moment, la définition du problème”. (Complémentarité).

2. Les thérapeutes auront des mécanismes adaptatifs suivant la typologie vue ci-dessus pour répondre à la déviation par rapport aux règles et aux méta-règles.

2.1. *Quand il existe une bonne complémentarité*, les thérapeutes peuvent assumer le risque d’explicitier certaines règles, aussi bien dans l’accomplissement de la tâche, que dans la correction de la déviance par rapport à la règle.

2.2. *Lorsqu’il existe une symétrie ouverte*, nous tenons d’avantage compte des règles spécifiques du système familial, que nous avons déjà commencé à décoder, pour maintenir, si possible, nos méta-règles et, en tous cas, la méta-méta-règle de la complémentarité.

Exemple : on accepte le porte-parole de la famille, on lui accorde davantage de temps, on lui permet certaines interruptions ne déviant pas trop de la tâche . . . etc.

2.3. *Quand il y a symétrie cachée :*

- nous explicitons un minimum des règles,
- nous corrigeons la déviance par rapport à nos règles de façon ferme et non-verbale,
- nous contrôlons les interactions en faisant un entretien “en étoile”,
- nous prenons davantage en compte la neutralité dûe par les thérapeutes pour rester très attentives aux différentes propositions des coalitions qui vont immédiatement se faire jour.

TROISIEME PHASE

Après la définition du problème, nous entrons dans une nouvelle phase que nous n’avons pas encore suffisamment décodée. Tout ce que nous savons à son propos est que :

- Nous considérons que cette phase commence au moment où la relation entre la famille et nous-mêmes est devenue plus clairement

définie, si bien que nous nous centrons davantage sur l'information du système familial nucléaire et élargi.

– Nous cherchons activement les liens entre le(s) problèmes(s) défini(s) et les règles du système.

– Nous cherchons à définir les limites du contexte avec lequel nous allons travailler.

– Il arrive que nous n'atteignons pas les objectifs de la deuxième phase, et que nous n'arrivions pas à définir clairement la relation entre la famille et nous, thérapeutes, et ceci va modifier la structure du premier entretien.

– La fin de cette phase est clairement fixée par les thérapeutes qui annoncent qu'ils vont s'absenter un moment de la pièce pour réfléchir.

– La clôture de cette phase est presque ritualisée : “Voilà notre façon de travailler. Avant de terminer l'entretien, nous faisons toujours une pause pour réfléchir à deux sur les problèmes dont on vient de parler tous ensemble, et nous vous dirons ensuite si nous pensons pouvoir vous aider et comment. Vous pouvez rester dans la pièce.

1.1. Règles de base :

– “Les thérapeutes s'en vont ensemble et ils vous quittent”.

– “Vous, la famille, vous restez dans la pièce”.

– “On arrête la vidéo”.

1.2. Méta-règles :

– “Les thérapeutes et la famille sont des systèmes différents qui peuvent se séparer et avoir des secrets”.

– “L'entretien continue hors de la présence des thérapeutes”, (défini par le contexte de la pièce).

– “Il faut prendre une certaine distance pour mieux voir les problèmes”.

– “La séparation ne coupe pas nos liens”.

– “Les thérapeutes décident du moment de la durée, et de la fin de la pause”.

1.3. Méta-méta-règles :

– “Vous, famille, et nous, thérapeutes, nous devons rester complémentaires vis à vis du modèle de travail et de notre tâche commune”, (le traitement de vos problèmes). Cette méta-méta-règle définit le contexte comme thérapeutique.

CINQUIEME PHASE

La dernière partie de l'entretien, c'est à dire après la pause, a pour nous une importance cruciale.

C'est tout d'abord la nouvelle rencontre entre les thérapeutes, qui viennent de se différencier en quittant la pièce, et la famille, pour reconstituer le contexte thérapeutique. C'est à ce moment-là qu'on peut évaluer clairement le travail affectué pendant l'entretien : par exemple dans un de nos cas, celui de la famille B, nous avons pu voir que les interactions étaient presque identiques à celles du début de l'entretien : toutes les règles imposées pendant l'entretien (fixation de limites claires, leader-ship des thérapeutes) avaient disparu pendant la pause, et tout se passait comme si on repartait à zéro. Après la pause, nous entrons silencieusement et nous commençons par un commentaire ritualisé. Si la famille prend la parole avant nous, nous l'arrêtons et ne lui répondons pas. Les commentaires ritualisés sont de l'ordre de : "la doctoresse X. et moi-même, après avoir réfléchi, pensons que . . ."

Ceci va être suivi d'un commentaire concernant l'aide qu'on peut leur offrir.

Cette séquence a pour nous une importance primordiale, car cet énoncé, non seulement définit l'interaction entre la famille et nous-mêmes à ce moment précis, mais *servira, en plus, de marque de contexte jusqu'à la fin du traitement*, si l'on n'arrive pas à la modifier par la suite. Rater les termes de cet énoncé signifie souvent, à notre avis, rater toutes les possibilités de traitement.

Nous avons pu décoder cet énoncé :

1) "*Nous pensons que nous pouvons vous traiter*". La plupart du temps cet énoncé va être doublé d'une connotation positive du système familial.

2) "*Nous ne sommes pas sûres de pouvoir vous traiter*". En général nous ajoutons une prescription pour être plus au clair à propos de la complémentarité de la famille envers nous ; ou bien lorsque nous avons l'impression qu'il s'agit d'une famille en symétrie ouverte envers nous, nous profitons de cette symétrie pour la motiver en vue de la prescription suivante et implicitement en vue du traitement. Nous nous décidons par le moyen de cet énoncé, au cas où nous aurions des doutes sur la complémentarité de la famille, et en cas de symétrie ouverte. Nous nous appuyons souvent sur des déclarations connotant positivement la morphostase, pour justifier nos doutes concernant l'indication ou non du traitement.

3) Le troisième énoncé, enfin, formulé de différentes façons, est de l'ordre d'un "*contrat de non-traitement*", c'est-à-dire, le contrat d'une série de séances "pour vous convaincre que le traitement n'est pas dangereux, que la famille peut se permettre certains changements . . ."

Nous choisissons le 1er énoncé lorsque nous avons l'impression que la complémentarité est bien établie, le 2ème lorsque nous n'en sommes pas sûres et que nous voulons la tester, ou en cas de symétrie ouverte, et le troisième en cas de symétrie cachée. Nous avons l'impression que ces dernières familles sont souvent régies par la règle : "les familles unies n'ont pas besoin d'aide extérieure", si bien qu'elles collectionnent les échecs de traitements multiples.

Pour terminer, après cet énoncé qui définit la relation entre thérapeutes et famille, nous faisons des commentaires, prescriptions, etc... qui sont destinés à tester les hypothèses ou à provoquer des changements dans les règles familiales.

Finalement, nous explicitons toujours notre *contrat* quant aux points suivants :

- Nombre de séances.
- Durée de chaque séance.
- Périodicité.
- Membres de la famille qui doivent assister.
- Honoraires, etc.

Ces règles de base explicites serviront souvent de test pour mesurer la complémentarité de la famille au cours du traitement.

Carmen F. Rojero et Teresa Suarez

C.M.P.P.F.

Fuencarral, 132 - 2^o - D

Madrid - 10

RESUME

Ce texte est le résumé théorique que nous avons utilisé dans notre atelier, pendant les Ves Journées Internationales de thérapies familiales à Lyon (Mai 1982).

Il s'agit, d'un côté, d'une réflexion sur le processus suivi par notre système en tant que thérapeutes de famille depuis 1978 (alors que le modèle systémique était absolument inconnu en Espagne), jusqu'en 1982, et la concrétisation de ce processus dans nos premiers entretiens de famille. Nous essayons de systématiser, non des typologies de familles, mais des typologies de "rencontres", repérées à l'occasion ces difficultés plus ou moins importantes que nous éprouvons à créer le contexte thérapeutique. Les protocoles de trois entretiens de famille ont servi d'exemple à cette "typologie de rencontres".

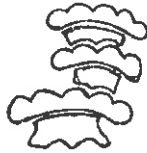
SUMMARY

This text is the theoretical summary which has been used in our working group, during 5th international days of Family Therapy in Lyon (May 1982).

It concerns research on the process which has been going on with our system as family therapists since 1978 (whereas the systemical model was absolutely unknown in Spain), until 1982, and the concretisation of this process in our first families' sessions. We try to systematize, no families' typologies, but "meeting" typologies which have been pointed out by the more or less important difficulties that we have been experiencing in creating the therapeutic context.

The protocols of three family's sessions have been used as example for this "meetings typology".

**L'INSTITUT DE THERAPIE FAMILIALE
ET PATHOLOGIE DE LA COMMUNICATION
(Menton)**



et

**JACK DENNIS
(San Diego)**

organisent :

**"Symposium International
sur la Communication et les systèmes familiaux"**

Par : Virginia SATIR à Monte-Carlo

Les 5/6/7 Octobre 1984

Contact : Pour l'Europe : I.T.F.
Winter Palace
Av. Riviera
06500 MENTON (France)

Pour le reste du monde :
Jack DENNIS
2464 Geranium
92109 SAN DIEGO (Cal.)

APPROCHE SYSTEMIQUE ET JUSTICE DES MINEURS*

Pierre SEGOND¹

Objectifs de l'Atelier :

Atelier centré sur les applications de l'approche systémique aux problèmes posés par le travail auprès de "mineurs de Justice", à partir de la pratique expérimentale conduite, depuis deux ans, dans le contexte de la CONSULTATION FAMILIALE POUR LES PROBLEMES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE DE PARIS (Ministère de la Justice, Service d'Education Surveillée de Paris).

Ce n'est pas un simple mouvement de pudeur ou de prudence stratégique qui nous a conduit à écarter du titre choisi pour cet atelier la notion même de "thérapie familiale" pour lui préférer le concept — plus modeste, mais plus extensif également — d'*approche systémique*. Nous nous proposons de conduire, en effet, avec l'aide des participants — et à partir des matériaux de notre pratique professionnelle — une réflexion sur le champ d'application de l'approche systémique dans le contexte de la Justice des mineurs. Une telle réflexion se veut centrée sur les ouvertures apportées, selon nous, par cette "nouvelle grille" de lecture à l'action éducative dans le domaine de la déviance sociale des jeunes, mais également sur les limites inhérentes au contexte d'intervention dans un cadre judiciaire qui ne saurait être gommé, et dont la présence en horizon est déterminante à bien des points de vue du projet éducatif à mettre en oeuvre.

Il serait irréaliste, en effet, de considérer comme favorable à l'instauration d'une relation thérapeutique authentique la prégnance d'un contexte judiciaire, qui, par définition, est vécu par les justiciables comme un cadre contraignant au moins, si ce n'est carrément répressif, quand ces justiciables sont soit des adolescents interpellés à la suite de délits, soit des parents dépassés par leur tâche éducative et qui en

* Avec la collaboration de Christiane CHIROL.

¹ Psychologue et formateur. Consultation Familiale pour les problèmes de l'Enfance et de l'Adolescence, 35 bis rue Sedaine - 75011 - Paris (Intervenant également au Centre de Recherche et de Formation de l'Education Surveillée à Vaucresson). L'Equipe de la Consultation compte également parmi les consultants : Philippe BACQUIAS, psychiatre et Maïté BOURQUIN, éducatrice).

arrivent à en réclamer craintivement l'assistance. Que peut-il advenir, dans un tel contexte, des éléments constitutifs d'une réelle demande d'aide qui, dans la plupart des cas, n'émergent que de façon diffuse et extrêmement morcelée et dont les familles, comme le patient désigné lui-même, se trouvent, en fait, en grande partie dépossédés.

Contrairement au contexte plus habituel de l'intervention thérapeutique familiale dans le champ médico-pédagogique ou psychiatrique, les éléments de la demande (symptôme, souffrance et allégation d'un appel à l'aide) ne se trouvent, la plupart du temps, pas réunis au sein du seul contexte familial, mais dispersés entre différents contextes qui communiquent difficilement entre eux. Dans le champ judiciaire, en effet, le "patient identifié" fait l'objet d'une double-désignation : désignation par la société que ses comportements dérangent (et "étiquetage" consécutif comme "délinquant" ou "cas social" par l'intervention judiciaire), et désignation par sa famille sur laquelle il attire, malgré elle, les interventions attentives et multiples d'un contrôle social contraignant.

Pourtant, malgré toutes ces restrictions, il convient peut-être ici de mettre en relief une fonction, moins perceptible sans doute, mais bien réelle, de l'intervention judiciaire, à savoir qu'elle ne devrait s'inscrire que dans la perspective d'une tentative de résolution des conflits. Vue sous cet angle, l'intervention du judiciaire peut apparaître moins contradictoire avec le champ de l'intervention éducative dont elle peut également définir les limites en disant la Loi et en rappelant le droit des personnes face aux risques — toujours présents — d'un impérialisme éducatif pavé de bonnes intentions, que ne saurait toujours contenir un simple contrôle administratif, sans possibilité de débat contradictoire.

Quoiqu'il en soit, dans un tel contexte d'intervention, les doubles liens sont si nombreux et si enchevêtrés que tous les protagonistes risquent de s'y perdre, s'ils ne font pas l'objet d'un repérage constant et attentif.

Le Juge des Enfants se doit — en règle générale — de donner la préférence, dans ses décisions, aux mesures éducatives, la sanction pénale devant rester une exception dictée uniquement par l'importance de la réaction sociale ou par la "dangerosité" du mineur concerné. Il n'en reste pas moins vrai que la possibilité de sanction pénale reste toujours présente en horizon, comme une épée de Damoclès, dans le champ d'intervention du juge (menace qui n'est pas seulement fantasmagique, si l'on considère l'importance des mesures de prison préventive ou provisoire concernant les mineurs en France, ces dernières années). C'est donc une difficulté évidente, pour le magistrat, que de décider de mesures éducatives, sans laisser se profiler, en arrière plan, la possibilité de recours à des mesures plus contraignantes. Quelles que puissent être ses intentions, il ne saurait contrôler la perception de ses pouvoirs par les justiciables et court le risque permanent de glissements de rôles

auxquels il lui est souvent difficile d'échapper : doit-il se limiter à être le Juge qui applique la Loi, où peut-il se permettre d'être Juge-Educateur, ou Educateur-Juge, tout en tenant la ligne difficile de ses fonctions de conciliateur entre les différentes parties impliquées ? Et comment sera-t-il perçu, au bout du compte, par celles-ci ?

Les parents, quant à eux, découvrent, parfois brutalement, les conduites délictueuses de leur enfant et leurs conséquences tant au niveau de leur responsabilité civile immédiate que du contrôle social qui est mis en place à leur encontre, pour les aider, certes, mais aussi pour les évaluer dans leur capacité éducative, alors même que leur demande d'aide — si tant est qu'elle émerge parfois — peut être d'un tout autre ordre que celle qui mobilise l'intervention judiciaire : "Notre fils n'a fait que quelques "bêtises" sous l'influence des copains (vols, agression, etc . . .), ce n'est pas bien grave, mais, par contre nous ne le comprenons plus, il n'est plus jamais "sage" à la maison comme avant, sa chambre est un vrai chantier, il répond à son père, il veut sortir quand bon lui semble, il ne rentre pas de la nuit, il veut arrêter l'école, nous sommes obligés de tout mettre sous clef etc . . ." Pour eux, ce désordre dans la société ne les concerne guère, leur préoccupation centrale c'est le déséquilibre que met l'adolescent dans l'ordre familial (dans l'homéostasie du système) c'est la remise en cause de leurs habitudes ("il prend le jour pour la nuit") et de leurs projets de parents.

Face à "son juge" et à ses parents l'adolescent "désigné" se trouve coincé, devenu la cible d'une double désignation à la fois sociale et familiale, se renforçant mutuellement, et d'une double disqualification qui tend à le déposséder des actes qu'il a pu poser, même délictuels, qui, souvent, comme l'a souligné Guy AUSLOOS, ne sont que le prolongement agi sur l'extérieur d'un "non-dit" ou d'un secret familial indicible au sein de la famille. Dans le reproche implicite qui lui est fait, d'une part de ne pas respecter l'ordre social et d'autre part de contester les règles familiales, il ne repère plus sa part de territoire. Certaines interventions peuvent lui laisser pressentir que ses parents, qui restaient jusque là des repères éducatifs et affectifs (plus ou moins supportables et plus ou moins contestés) relativement prégnants, risquent de devenir, à la lumière de l'"enquête sociale" des parents "nocifs", dépassés, trop faibles, auxquels il convient d'adjoindre des tuteurs, de "meilleurs parents" ou des éducateurs spécialisés avec le risque que ne s'établisse soit une escalade symétrique éducateur-parents dans la "normalisation" dont l'enfant devient l'enjeu, soit une démission dans la dépendance totale vis à vis d'un pouvoir éducatif "compétent", pouvant déboucher sur la déchéance complète de l'autorité parentale. Face à cet imbroglio, peut-être pourrait-il être tenté de jouer — temporairement — la scène de l'"enfant prodigue", et de devoir dénier son aspiration à l'autonomie qu'il avait tenté de faire entendre en posant des actes que tout le monde

veut effacer : repartir à zéro, c'est aussi revenir aussi lisse et vide qu'un zéro. Comment pourra-t-il faire entendre que le bruit qu'il tente de faire est à la fois un jeu, provocateur certes, mais qu'il convient de ne pas toujours prendre au sérieux (c'est peut-être la dernière fois de sa vie qu'il peut se permettre de jouer, aussi le fait-il bruyamment), mais aussi un appel à l'aide.

L'éducateur lui-même, mandaté par le Juge pour intervenir, risque également de se trouver coincé dans une "impasse maligne". Pour délimiter le champ de son intervention, il lui faudra sans cesse négocier la marge souvent étroite que lui concèdent l'autorité parentale et l'autorité judiciaire. Face à cette double-contrainte, il court le risque d'oublier — en le gommant — le mandat judiciaire qui lui prescrit et l'autorise à intervenir, ou les droits des parents qui constituent souvent une gêne dans son projet. La tentation risque alors d'être grande de nouer une alliance exclusive avec le jeune dont il a la charge provisoire et de ne plus pouvoir s'en défaire ni l'en délier, ou au contraire de se trouver lui-même rejeté pour avoir noué une relation trop proche. Il pourra également être l'objet des plaintes des parents qui lui reprocheront son laxisme ou qui dénonceront (secrètement satisfaits parfois) son incapacité à "normaliser" leur enfant et à le rendre "sage", ce qui ne vient d'ailleurs que renforcer leur opinion préalable selon laquelle "leur fils n'est pas "normal" !

Face au champ chaotique de ces contradictions multiples, une lecture "systémique" de la déviance juvénile et des différents contextes, souvent contradictoires, dans lesquels elle s'inscrit, ne peut-elle pas être une aide pour mieux en percevoir les articulations intersystémiques, en décrypter le sens et élaborer des stratégies opérationnelles susceptibles d'introduire un changement réel de deuxième niveau en s'appuyant sur les ressources positives des uns et des autres et en dépassant le cercle vicieux du diagnostic linéaire.

Sans être, bien évidemment, une voie royale qui aurait raison de toutes les difficultés rencontrées, la pratique de la *Consultation familiale systémique d'évaluation que nous expérimentons* depuis bientôt deux ans nous semble une perspective intéressante à approfondir. Il s'agit bien, pour nous, de poser les bases et les conditions nécessaires à la mise en oeuvre d'un tel mode de Consultation, sans préjuger au départ d'une action thérapeutique ultérieure (mais sans l'exclure pour autant, non plus) dont le contexte de mise en place devra en tous cas faire l'objet d'une étude attentive : l'objectif prioritaire reste pour nous, dans le contexte de travail qui est le notre, de tenter d'aménager, par une démarche systémique, les conditions d'un changement possible qui soit, si possible, réducteur de souffrance.

Ce texte ne vise qu'à sensibiliser les participants à l'atelier, à la problématique de notre travail, et à jalonner la réflexion que nous

comptons conduire avec leur aide pendant ces journées. Après avoir rappelé la démarche qui a été la notre depuis quelques années, nous tenterons d'illustrer notre pratique par la présentation de deux cas d'intervention auprès de familles de délinquants (un cas d'intervention limitée dans le temps, et un cas où il a été possible d'établir avec les membres de la famille un contrat thérapeutique).

Pierre Segond

Psychologue et formateur
Consultation Familiale pour les problèmes
de l'Enfance et de l'Adolescence
35 bis rue Sedaine
75011 - Paris

RESUME

Cet atelier présente la pratique de la consultation familiale systémique conduite dans le cadre de la justice des mineurs, dont l'objectif prioritaire vise à aménager, par une démarche systémique, les conditions d'un changement possible pouvant éventuellement déboucher ultérieurement sur un réel contrat thérapeutique. Dans cette perspective il convient de conduire une analyse précise du contexte judiciaire et éducatif dans lequel s'inscrit notre intervention, ainsi que de la dispersion des éléments de la demande au sein de la famille et dans le système socio-éducatif, sous peine de se trouver bloqués dans une impasse "maligne".

L'approche systémique a l'avantage de permettre d'éviter les alliances partielles et les escalades symétriques, et par là même de dégager l'adolescent "désigné" d'un double "étiquetage" familial et judiciaire souvent contradictoire.

SUMMARY

This workshop presents the practice of a systemic oriented family consultation within the french juvenile justice system. The first aim of this work is to create — through the systemic approach — the right conditions for a change liable to give rise to a true therapeutic contract. From this point of view, we have to lead an accurate analysis of the legal and educational framework in which our action fits with. It is also necessary to study the scattering of the components of the demand within the family and the socio-educational system, for fear of finding oneself held up in a state mate.

The systemic approach has the advantage of making it possible to avoid partial coalitions and symmetrical escalations and thereby to set the identified adolescent free of a twofolded familial and legal labeling which often is conflicting.

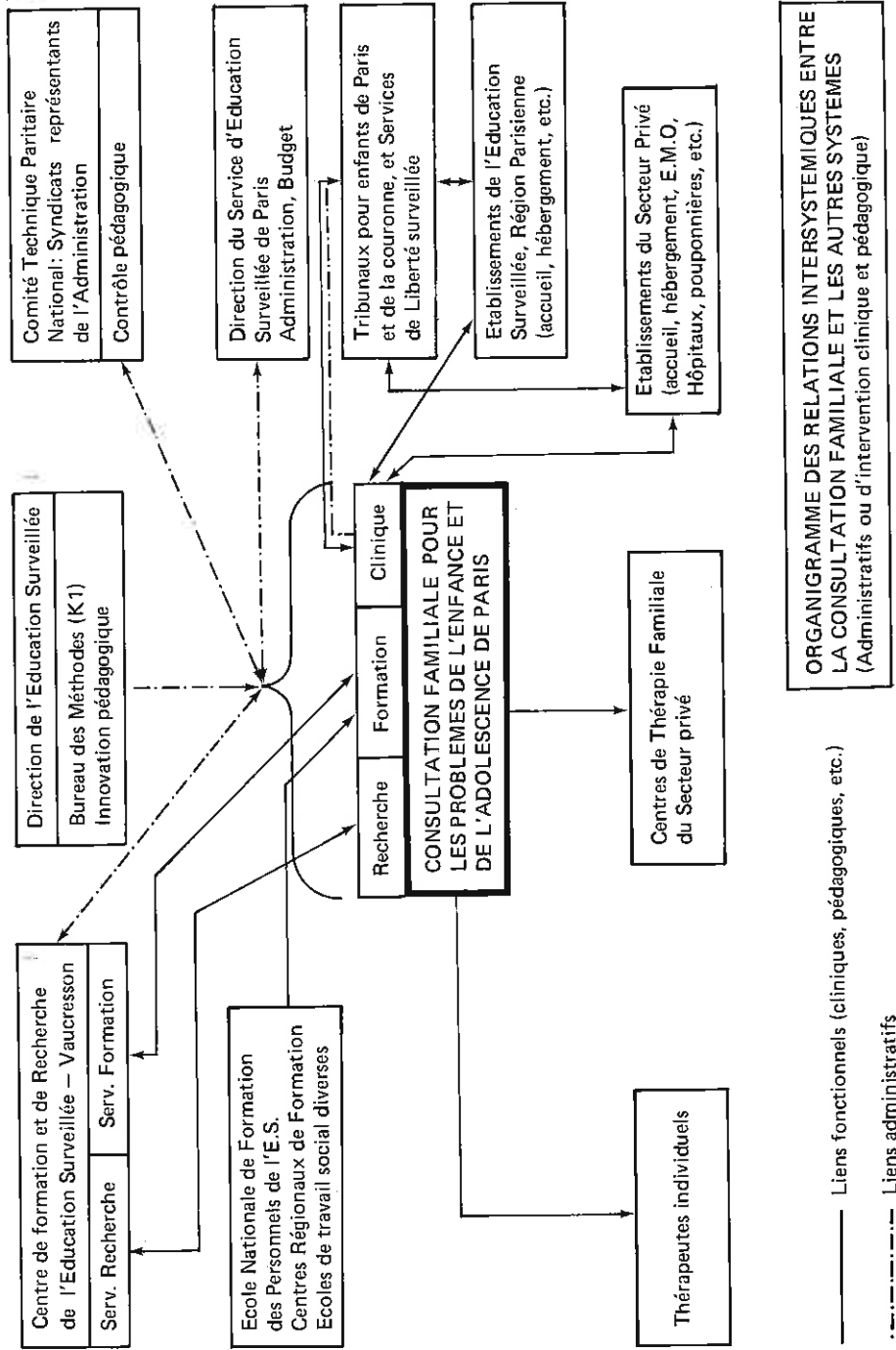
BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. : Adolescence, délinquance et famille. Expérience de thérapie familiale. *Annales de Vaucresson*, Fr., No 14, (1976-77), pp. 80-89.
2. AUSLOOS, G. : Modalités de contrôle des déviances dans la famille et la société. *Instantanés Criminologiques / Annales de Vaucresson*, Fr., 1978, No Spécial : Colloque de la Société Française de Criminologie, "Fonction des Déviances", Lyon, juillet 1977, pp. 175-188.
3. AUSLOOS, G. : Familles à transactions délictogènes (aperçu d'une recherche), *Annales de Vaucresson*, Fr., 1979, No Spécial du Colloque International de Vaucresson : "Le travail avec les familles de jeunes marginaux", pp. 393-412.
4. AUSLOOS, G. : Thérapie familiale et institutions, *Champs Professionnels* Institut d'Etudes Sociales de Genève, C.H., 1981, pp. 203-226.
5. BLANKSTEIN, J.H. : Répétition des modèles de relations familiales dans un centre de traitement. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1971, No 9, pp. 217-224.
6. CAILLE, Ph. : Phase d'évaluation en thérapie familiale systémique. *Réseaux-Système-Agencements*, Belg., 1980, No 2, pp. 50-59.
7. CAILLE, Ph. : L'information utile pour tenter une approche systémique. *Thérapie Familiale*, 2, No 3, pp. 203-209.
8. CATTI, E. : Juge des Enfants et système familial, *Sauvegarde de l'Enfance*, Fr., 1980, No 3.
9. CHIROL, C., LAVIGERIE, J. et BOYER, M. : Un passage à l'acte délinquant. Sa lecture sociale traditionnelle et une expérience de lecture en famille. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1979, No Spécial : Colloque International de Vaucresson : "Le travail avec les familles de jeunes marginaux", pp. 451-470.
10. CHIROL, C. et CAPO, C. : Autour de l'intérêt de l'enfant : famille naturelle et famille nourricière. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1979, No 16, pp. 181-196.
11. CHIROL, A. et col. : A la rencontre de la famille des adolescents dits délinquants ou en danger moral. *Dialogue*, Fr., 1980, No 67.
12. HALEY, J. : Thérapie familiale avec des adolescents perturbés. *Cahiers de Vaucresson*, Fr., 1978, No 1, pp. 7-30.
13. HIRSCH, S. : La psychothérapie institutionnelle et en milieu ouvert. *Rev. Pénit. Dr. Pén.*, Fr., 1972, avr. juin, pp.399-409.
14. HIRSCH, S. et SEGOND, P. : La famille "aspirateur". Approche structurelle du travail éducatif auprès d'une famille suivie en milieu ouvert. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1978, No 15, pp.111-156.
15. HIRSCH, S. : La famille, répertoire émotionnel spécifique. *Génitif*, Fr., 1981, 3, No 1-2-3, pp. 7-11,
16. NEUBURGER, R. : Aspects de la demande en psychanalyse et en thérapie familiale, *Thérapie Familiale*, 1980, 1, No 2, pp. 133-144.

17. NEUBURGER, R. : Hystérie et psychose hystérique : avoir ou être le symptôme. Problème d'indication de psychanalyse ou de thérapie familiale. *Etudes Psychothérapeutiques*, Fr., 1981, No 44, pp. 129-134.
18. POISSON, P. : Travailleurs sociaux et approche systémique, *Le Groupe Familial*, Fr., 1981, No 93, pp. 37-41.
19. SCHOUTEN, J., HIRSCH, S. et BLANKSTEIN, H. : Garde ton masque, traitement résidentiel des adolescents : l'expérience de Zandwijk, Paris Fleurus, Collec. "Pédagogie sociale", No 27, 1976.
20. SEGOND, P. : Le groupe émotionnel-didactique centré sur le travail institutionnel. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1975, No 13, pp. 10-29.
21. SEGOND, P. : Vocabulaire de thérapie familiale. Doc. ronéo. Vaucresson, Fr., 1981.
22. SEGOND, P. : Notre famille et la leur. En guise d'introduction à la thérapie familiale systémique. *Cahiers de Vaucresson*, Fr., 1978, No 1, p. 31-54.
23. SELVINI, M. et col. : Le magicien sans magie. Paris, E.S.F., 1980.
24. SELVINI-PALAZZOLI, M. : Contexte et métacontexte dans la psychothérapie de la famille. *Thérapie Familiale*, 1981, 2, No 1, pp. 19-27.
25. STIERLIN, H. : Principes de la thérapie familiale avec les jeunes perturbés. *Annales de Vaucresson*, Fr., 1979, No Spécial : Colloque International de Vaucresson : Le travail avec les familles de Jeunes marginaux, pp. 35-59.
26. *A paraître* : CHROL, C. et SEGOND, P. : Délinquance des jeunes, homéostasie familiale et sociale. *Bulletin de Psychologie de Paris*, No Spécial sur la Délinquance, octobre 1982.

N.B. : Il est possible de commander les publications du C.F.R.E.S. de Vaucresson en écrivant, avec les références à :

Service des Publications
 Centre de Formation et de Recherche de l'Education Surveillée.
 54, rue de Garches
 92420 - Vaucresson (France)



ANALYSE DE LA DEMANDE VERSUS ANALYSE DE LA PLAINTÉ

Edith TILMANS-OSTYN

A. Aperçu des différents thèmes abordés

A repris le travail de thérapie familiale avec des jeunes enfants. Elle a commencé par situer le *symptôme* du patient identifié comme une *tentative de solution* que la famille met sur pied pour poursuivre son évolution et maintenir son unité.

Elle a clarifié cette idée en donnant des exemples de symptômes pour chaque *phase d'évolution* que la famille parcourt, avec les changements structuraux qui doivent s'y opérer.

Voir la production d'un symptôme comme un essai de solution, implique une *attitude* beaucoup plus *positive* du consultant lors des premiers entretiens. Une autre exigence est que le thérapeute fasse une *analyse* bien précise de la demande de manière à mieux saisir la signification que prend pour la famille le fait que le thérapeute accepte la demande et passe à l'analyse de la plainte.

Dans ce contexte, quelques questions sont importantes. Qui a téléphoné ? Quels sont les événements qui ont précédé l'appel téléphonique ? Quelle est la goutte qui a fait déborder le vase ? De qui le seuil de tolérance a-t-il été dépassé ? Quelles sont les personnes – famille élargie, amis, collègues – qui connaissent la demande d'aide de la famille et l'approuveraient, c'est-à-dire : de qui, le thérapeute se fait-il l'allié en acceptant la demande et en passant à l'analyse de la plainte ?

Plusieurs exercices ont permis d'expérimenter combien une bonne analyse de la demande permet un diagnostic précis et des interventions qui en elles-mêmes sont déjà thérapeutiques, avant même que l'analyse explicite de la plainte ne soit faite et que la demande d'aide ne soit explicitement acceptée.

B. Rapport plus détaillé

par Richard VUAGRIAUX (Suisse)

L'atelier s'est déroulé en deux temps :

- 1) Temps théorique : étude de développement de la famille et symptômes chez les enfants.

- 2) Analyse de la demande et analyse du problème, temps théorique et pratique à l'aide de jeux de rôles.

(J'ajoute ici une troisième partie sur les remarques des participants à propos de l'atelier).

1. Stade développemental de la famille et symptôme

1.1. Succession des stades

Ces stades représentent des moments successifs que chacun et chacune traversent dans leur vie. Ils nécessitent, pour les personnes, un temps d'adaptation plus ou moins long et dont le résultat sera plus ou moins fonctionnel.

a) Le couple :

Passage de la vie individuelle au partage. Premier niveau d'adaptation qui consiste à inscrire, dans la continuité et la discontinuité d'avec la génération des parents respectifs, les bases d'un nouvel embryon familial. Pour peu qu'il soit viable à plus ou moins long terme, le couple aura à trouver un équilibre, tant à l'égard culturel de ses pairs qu'à l'égard des familles d'origine.

b) Couple plus enfants :

L'enfant consacre le passage du rôle de mari et femme à celui de père et mère. Ce tiers peut remettre en cause l'existence du couple au profit strict des rôles parentaux. Il faut différencier les enfants non scolarisés de ceux qui le sont : nouveau moment d'adaptation.

c) Adolescence des enfants :

Nouvelle mise à l'épreuve du couple. A la fois, l'adolescent remet en question les valeurs de ses parents, à la fois, dans cette mise à l'épreuve, il compte inconsciemment sur la solidité du couple parental qui aura à se redéfinir dans sa solitude.

d) Grands-parents :

Ne pas omettre *cet ultime stade* qui boucle, non seulement la vie individuelle, mais également va moduler, en fonction des conditions familiales et culturelles spécifiques, la succession des générations.

1.2. Le symptôme

En consultation, il faudra toujours évaluer la fonction du ou des symptômes de l'enfant par rapport à sa plus ou moins grande proximité

avec les stades d'adaptation de la famille, tels qu'ils ont été définis plus haut.

Le symptôme de l'enfant est une tentative pour aider la famille à affronter ses difficultés d'adaptation. Il fait partie des ressources de la famille face aux problèmes de la vie. Le connoter comme un échec, c'est d'emblée disqualifier les possibilités sur lesquelles le thérapeute est sensé s'appuyer.

Si le symptôme apparaît comme une solution ancienne, sans rapport évident avec un stade évolutif, le thérapeute est placé devant un problème chronique. Une stratégie axée sur le non-changement, donc fortement alliée à l'homéostasie familiale devient alors indispensable. C'est sur le pattern d'interaction, à savoir au niveau structurel, que devront porter les efforts du thérapeute.

2. Analyse de la demande et analyse du problème

Si l'attitude du thérapeute va vers l'explicitation et le soutien des capacités de changement et d'adaptation de la famille, l'analyse avec les parents de leur demande est un temps indispensable et préalable à toute entrée en matière sur le problème présenté pour l'enfant. D'où vient la demande ? Des parents ? De l'école ? De la maîtresse, du tuteur, ou même des familles d'origine (grands-parents). Autrement dit, au nom de qui parlent les parents, en leur nom propre ou au nom d'un tiers ? C'est une question qu'il paraît évident de se poser, mais qui n'en est pas moins souvent éludée, surtout dans des réseaux institutionnels où l'argument d'autorité fait loi (allez vous faire soigner, ce n'est pas mon problème . . .).

C'est par des jeux de rôles, que nous avons abordé ce premier temps de la consultation dans le but de déjouer, même dans des cas graves (anorexie), les demandes reçues d'ailleurs.

3. Commentaires et questions des participants

3.1. Assistant social travaillant sur mandat, il m'arrive parfois de proposer une thérapie de famille à un service spécialisé, ma situation est ambiguë, et pourtant, il y a des situations où je pense vraiment qu'une thérapie serait souhaitable, un tel séminaire m'a sensibilisé à l'envers du tableau, je me rends compte que les dés peuvent être pipés.

A ceci s'ajoute une réflexion plus générale : quelle est la tolérance mise à l'épreuve par le symptôme, quand je propose un traitement, celle de la famille ou celle du juge ?

3.2. Pour moi, je repense à la distinction utile entre crise et urgence. La crise peut être un moment nécessaire à la famille; l'aborder comme une urgence, c'est peut-être désamorcer un processus de maturation de la famille.

3.3. Se souvenir que le thérapeute n'est pas l'exécutant de celui qui a fait le passage.

3.4. Je suis en psychiatrie adulte, et je vois des patients qui sont, par ailleurs, des parents. Faut-il aussi aborder cet aspect de leur vie ?
Réponse : les institutions dans lesquelles nous travaillons pré-déterminent les demandes des familles. En psychiatrie de l'enfant, nous n'allons pas d'emblée parler à des parents de leur situation de couple ; c'est sur l'interaction parents-enfant que nous axons d'abord notre travail, même si ultérieurement, intervenir au niveau du couple peut être utile. En psychiatrie adulte, c'est l'inverse : remettre en question le rôle des parents alors que le contexte institutionnel définit l'approche par rapport aux difficultés d'un individu ou du couple, serait faire peser sur la famille et le patient une violence arbitraire, même si, dans le mouvement de la thérapie, aborder la relation parents-enfant peut être aussi nécessaire.

3.5. Comment s'adresser à l'enfant ? *Réponse* : nous avons vu des situations d'interaction familiale où l'enfant ne parlait pas comme symptôme principal. Précisément par ce qu'il ne parle pas, la famille tend à ne pas donner de sens aux interactions de l'enfant avec elle. La fonction du thérapeute est de montrer, à l'enfant dès le début, que pour lui, son comportement a un sens dans l'interaction et que donc, il peut communiquer analogiquement avec le thérapeute et la famille.

3.6. Au début d'une consultation, nous voulons aller trop vite. Nous nous précipitons sur les problèmes de la famille sans voir que dans la définition du symptôme et de la demande, l'environnement est aussi important que la définition donnée par les parents.

3.7. Ne pas comprendre la valeur positive du symptôme dans le système familial c'est faire passer aux parents le message suivant : vous ne vous en tirerez pas seuls (le symptôme comme preuve de l'échec de la famille). A partir de là, il n'y a aucune raison pour que la famille ne soit pas indéfiniment dépendante du système thérapeutique.

3.8. Comment travailler avec une famille n'ayant qu'un enfant ?
Réponse : dans la famille à plusieurs enfants, je travaille toujours sur l'interaction entre enfants comme métaphore de la relation parentale. J'utilise donc les enfants comme terrain d'expérience et de prise de conscience pour les parents, tout d'abord dans leurs problèmes avec les enfants, puis dans leurs problèmes de couple.

Edith Tilmans-Ostyn
Woluwe UCL
Belgique

RESUME

Comment prendre réellement au sérieux et décoder la signification du rôle des très jeunes enfants dans la famille : ceci a été approfondi à travers des exemples cliniques, des jeux de rôles et des réflexions théoriques. Une attention plus précise a été donnée aux plaintes psychosomatiques et aux comportements anti-sociaux chez les jeunes enfants.

SUMMARY

Symptom production is one way family members look for a solution and try to protect their unity. This implies a positive attitude of the therapist in the first consultation.

When we look for a larger comprehension at which developmental stage the family fails to enter, it is important to analyse in the first phase the process of the request for aid before paying attention to the complaints.

What are the risks of a second appointment given by a psycho-therapist? In doing so, by whom (of the extended family or other agencies) is the therapist the not-declared side-taker? What are the implicit rules that are trapping him?

BIBLIOGRAPHIE

1. HALEY, J., *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. ERICKSON*, MD, NORTON, New York, 1973.
2. TILMANS-OSTYN, E. et KINOO, Ph., Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne in : *Revue Médicale et Pédiatrique*, Paris, (à paraître)
3. TILMANS-OSTYN, E., La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants, in : *Thérapie Familiale*, Genève, 1982, No 1.
4. DERMEDT du TOICT, D. et TILMANS-OSTYN, E. : Les tendances anti-sociales chez le jeune enfant. Dépistage précoce et approche thérapeutique, in : *Thérapie Familiale*, Genève, p. 21, (à paraître).

ASSOCIATION PARISIENNE



DE RECHERCHE ET DE TRAVAIL
AVEC LES FAMILLES

J.C. BOULEY - P. CHALTIEL -
D. DESTAL - C. FERREIRA -
C. GUITTON - S. HEFEZ -
E. ROMAND - F. ROUGEOL

L.A.P.R.T.F. organise un week-end avec :

Maurizio ANDOLFI

de l'Institut de Thérapie Familiale de ROME les :

15 et 16 octobre 1983

Les demandes d'inscription sont à envoyer dès maintenant au siège de l'association.

Par ailleurs, l'A.P.R.T.F. organise des week-ends de sensibilisation, des stages de supervision et une *formation sur deux ans* à la thérapie familiale systémique et relationnelle.

Début des stages en octobre 1983.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

Monsieur Jean-Clair BOULEY

161, rue Tolbiac

75013 PARIS

Tél. : 589.94.36

FINALITES INDIVIDUELLES, FINALITES FAMILIALES : OUVRIR DES CHOIX*

Guy AUSLOOS

Depuis bientôt un siècle, la psychologie s'était centrée sur l'étude de l'individu et de son fonctionnement intrapsychique. Et c'était bien dans la tradition de la philosophie occidentale qui a toujours privilégié l'individu, au détriment souvent d'une conception plus large, plus globale, plus synthétique. La religion en Occident mettait également au premier plan la personne et sa relation singulière au Créateur plutôt que son immersion dans le grand tout des philosophies et religions de l'Orient.

Vint le systémique et l'accent mis sur les interactions, l'écosystème, l'environnement. D'aucuns crièrent au sacrilège, à l'hérésie globalisante qui noyait l'individu dans le grand jeu systémique, dans ses règles et ses rôles. Nombre d'auteurs ne firent rien pour les détromper, présentant les membres du système comme des marionnettes actionnées par les interactions, dont l'individualité se diluait pour le plus grand bien du fonctionnement systémique. Et de justifier ainsi les critiques intransigeantes par une intransigeance inverse au nom de la pureté systémique.

Les compromis historiques ne tardèrent pas, et les recettes variées de suivre, permettant d'accommoder un pot-au-feu analytico-systémique ou systémico-analytique, selon les cas. Pour ma part, je n'aime pas trop les mélanges, pensant que la plupart du temps les saveurs s'annulent, perdent de leur originalité et n'ont plus que le mérite d'arranger tout le monde sans satisfaire réellement personne.

L'objection teste cependant de taille : quelle place faire à l'individu dans une conception systémique ? Ce sont des éléments de réponse à cette question que j'ai tenté de donner dans le cadre de cet atelier qui se voulait réflexion sur les fondements théoriques de l'approche familiale systémique.

Centration du système et individuation

Un passage trop méconnu de L. von Bertalanffy nous fournit une première piste. Peut-être est-ce parce qu'il est essentiellement mathématique qu'il échappe à beaucoup. Etudiant la notion de mécanisation

progressive des systèmes et l'apparition de dominances qui déterminent des centrations successives, il en vient à cette idée qu'*en s'organisant*, c'est-à-dire en précisant les rôles de chacun des éléments, leurs dominances respectives et leur hiérarchie, *le système augmente l'individuation* de ses éléments. Dire qu'un système s'organise, est "en organisation" — et non "organisé", dans la mesure où ce processus est permanent et ne peut être décrit comme figé — c'est dire que ses éléments interagissent et que, de ces interactions, naîtront des lois, des règles, des rôles qui à leur tour contribueront à l'organisation et définiront les interactions dans un processus circulaire évolutif et non causal et linéaire.

Ce point théorique nous intéresse en tant que thérapeutes. On sait bien que les systèmes familiaux ou institutionnels dont les frontières sont mal définies, dont les rôles sont mal distribués, dont les règles sont floues, apparaissent comme dysfonctionnels.

Il est vrai aussi que dans de tels systèmes l'individuation ne peut se faire ou se fait mal. Souvent notre première tâche thérapeutique visera à une meilleure distribution des rôles, à une redéfinition des frontières intergénérationnelles, à une clarification des règles en vigueur.

C'est sans doute dans le travail avec les adolescents que m'est apparu le plus clairement qu'ils ne leur étaient pas possible d'atteindre à une différenciation et à une autonomie suffisante tant que leur famille n'était pas suffisamment centrée et organisée. On ne peut s'individualiser seul, on ne peut le faire que si l'autre ou les autres sont suffisamment clairement définis.

De ce point de vue donc, l'approche systémique, loin de nier l'individu, contribue au contraire à trouver des moyens qui lui permettent de se définir davantage. Tentons de préciser les étapes qui mènent de l'organisation du système à l'individuation de ses éléments.

Genèse de systèmes

Il y a cependant d'autres moments où l'individu occupe une place prévalente dans le système. Et particulièrement au moment où un nouveau système se constitue : je veux parler de la rencontre du couple qui formera une famille. Chaque individu vient à l'autre avec sa propre histoire familiale, ses règles, ses projets. Pour une part, ceux-ci sont directement hérités de la famille d'origine ; pour une autre part, ils ont été forgés par l'individu qui en est le porteur, par son histoire, par ses interactions avec les systèmes qui l'ont concerné. L'ensemble forme ce que j'appellerais les *finalités individuelles* de chacun des partenaires, c'est-à-dire tous ces projets, buts, besoins, désirs qu'il apporte à l'autre, qu'il cherche à partager et sur lesquels se forgera la rencontre (*Ausloos-1981a*).

Dans un système qui se constitue, et c'est vrai d'un couple comme d'une institution, comme d'un groupe de travail, la rencontre de ces finalités individuelles imposera ce que j'appelle la "*négociation constitutive du système*".

Par "négociation" je veux souligner qu'il ne s'agit pas d'une sommation simple d'intérêts, mais que par le jeu des interactions, les finalités de chacun vont à leur tour se modifier, se nuancer, évoluer.

Lorsqu'un tel système se constitue de manière fonctionnelle, la tonalité de ces finalités individuelles fondera les *finalités du système* considéré et ses règles, rôles et fonctionnements en découleront directement.

Si nous prenons l'exemple d'un atelier comme celui-ci, nous sommes venus chacun avec un certain nombre d'attentes que l'on peut appeler nos finalités individuelles pour cet atelier.

Elles ne sont certainement pas identiques, mais de leur rencontre et des interactions qui en naîtront, se définiront progressivement les finalités du groupe pour cet atelier. Si le processus se déroule de façon adéquate, le sentiment de satisfaction des participants traduira que les finalités de ce système ont été suffisamment réalisées. Ceci ne voudra cependant pas dire que chacun aura pleinement atteint toutes ses finalités individuelles, mais que la négociation constitutive aura permis aux attentes de chacun de se modifier, de se nuancer, d'évoluer.

Si la négociation constitutive n'est pas adéquate, qu'elle soit entravée par des non-dits, par des prises de pouvoir autoritaire, par une mauvaise circulation de l'information, etc., le système risque de devenir dysfonctionnel un ou plusieurs patients-désignés d'apparaître et un malaise plus ou moins général de s'installer. Ce qui amènera à plus ou moins brève échéance une crise.

Crises, fluctuations, catastrophes

La *crise* peut être définie (*Langsley*) comme "l'état d'un système au moment où un changement est imminent" ou en train de se produire. Par définition même, la crise n'est donc pas nécessairement un moment difficile, même si souvent elle est ressentie par les éléments du système comme pénible.

En fonction de l'inertie de tout système, un changement modifiant les habitudes entraîne de l'inconfort, momentanément du moins. Qui n'a pas mal vécu ces déménagements qui pourtant nous apportaient à la longue plus d'avantages que d'inconvénients ? Dans cette mesure donc, la crise, au lieu de devoir être combattue, apparaît comme nécessaire pour qu'un changement survienne. La crise d'adolescence en est sans doute le meilleur exemple sur le plan individuel.

— La crise est habituellement précédée par un *événement*, c'est-à-dire (Walliser) par “une modification discontinue de l'état qui peut être due au système lui-même (activation interne) ou à son environnement (activation externe)”.

Dans un système familial, l'événement peut être une activation interne dans le cas d'une naissance ou d'un décès, de l'adolescence d'un des membres, d'un départ, etc., ou une activation externe dans le cas d'une mise au chômage, d'une émigration forcée, d'une ruine économique, etc. L'événement en lui-même n'est pas indifférent dans la mesure où il activera, selon les cas, soit l'homéostasie seulement, soit les autres formes d'équilibration (Ausloos, 1981b).

Si l'on reprend les modèles physiques proposés par Prigogine, la crise peut également être décrite comme une *fluctuation*, c'est-à-dire “une position d'instabilité à partir de laquelle un nouvel état peut être atteint moyennant une perturbation infinitésimale”. Comme il le dit encore : “on peut parler de choix du système, non pas à cause d'une quelconque liberté subjective, mais parce que la fluctuation est précisément ce qui, de l'activité intrinsèque du système, échappe irréductiblement au contrôle”.

Ce n'est pas sans raison que j'introduis ici ce terme de fluctuation. Il permet en effet de préciser un aspect de la crise que l'on oublie trop souvent : la part de l'environnement, et modifie la vision épistémologique, voire même éthique, que l'on peut se faire de la crise. Prigogine précise en effet : “La fluctuation représente l'élément aléatoire, la part du hasard. Mais l'instabilité du milieu qui permet à cette fluctuation de croître, de gagner l'ensemble du système, représente une nécessité”.

Cette rencontre du hasard et de la nécessité fait surgir “un ensemble de thèmes étrangers à la science classique : “la vie, le destin, la liberté, la spontanéité” en face des notions de “causalité, légalité, déterminisme, mécanisme, rationalité” associées à la science officielle”.

— Pendant cette période de crise, de fluctuation, le système continue de fonctionner. Il finira sans doute par atteindre un point de *bifurcation*, c'est-à-dire “le point critique à partir duquel un nouvel état devient possible” (Prigogine). Ce terme de bifurcation rend bien l'idée que le système est en quelque sorte à la croisée des chemins et qu'au-delà de cette bifurcation, plus rien ne sera jamais vraiment comme avant.

Pour décrire ce phénomène, Ashby (1960) parle de mécanisme-escalier voulant signifier par là que le système passe par sauts discontinus d'un intervalle de constance à un autre. Bateson reprend cette idée et souligne que “pour qu'un saut créatif se produise dans les systèmes complexes, il faut une période de confusion, accompagnée de messages auto-contradictaires, d'inconsistances et surtout d'injonctions parado-

xales". Lyon Hoffman résume ces différents mécanismes dans la notion de "changement discontinu".

Enfin, René Thom parle de *catastrophe* qu'il définit comme "un changement graduel et relativement petit qui produit un saut soudain de comportement". Cette notion de catastrophe me semble intéressante dans la mesure où elle correspond bien à certains phénomènes cliniques auxquels on peut être confronté : une tentative de suicide, une première bouffée psychotique, un raptus anxieux, une fugue, . . .

Ces catastrophes se produisent au point de bifurcation, ce qui a permis à Thom pour un certain nombre de phénomènes chimiques et biologiques, de préciser les variables en cause, les conditions d'apparition de la catastrophe et certaines probabilités concernant les phénomènes qui vont en résulter. Mais cela nous entraînerait hors du sujet de développer cet aspect de la crise. Quoiqu'il en soit la catastrophe se produit à un moment donné dans le temps et, dans une famille, c'est habituellement lors d'un processus catastrophique qu'un patient-désigné apparaît.

Avant d'étudier les conséquences de cette théorie, voyons encore une dernière notion que présente Prigogine. Il parle de *structures dissipatives* pour décrire des phénomènes improbables, survenant dans des conditions éloignées de l'équilibre. Ces structures nouvelles, le plus souvent non reproductibles, permettent au système dans certaines conditions d'utiliser à son profit l'énergie se trouvant dans l'environnement. De là le nom de "structures dissipatives" dans la mesure où ces structures vont "dissiper" dans le système l'énergie puisée dans le milieu environnant.

On voit l'analogie que l'on peut faire entre l'apparition des structures dissipatives dans des systèmes physiques et la mise en place d'un patient-désigné dans les systèmes humains. Un exemple biologique (*Elkaim & coll.*) nous permettent de faire la transition. Les amibes acrasiales, des unicellulaires, ont besoin d'un certain taux de nourriture pour survivre. Lorsque ce taux baisse dans l'environnement, une amibe (dont on ne sait encore pourquoi celle-là plutôt qu'une autre) émettra une substance chimique qui sert de signal pour attirer les autres amibes. Celles-ci se regroupent alors et leur agglutination produit une structure pluricellulaire qui permet de mieux utiliser la faible quantité de nourriture subsistant dans l'environnement. Cette structure pluricellulaire peut se reproduire et donc survivre jusqu'à ce que les conditions redeviennent satisfaisantes.

Si je reprends ce que je viens de dire, la baisse du taux de nourriture serait l'événement qui met le système amibial en crise par une activation externe. Un dysfonctionnement menaçant l'homéostasie risque de s'installer. C'est alors que se produit la catastrophe par l'émission de la substance chimique par une amibe. Cette amibe

(patient-désigné) par son signal (symptôme) amène la mise en place d'une structure dissipative qui, au travers des fluctuations, permettra au système d'assurer sa survie et de poursuivre son processus d'équilibration. En d'autres termes, l'amibe-signal permet au système amibial de traverser la crise en modifiant sa structure.

On voit bien que ceci implique de considérer l'ensemble des amibes comme un système en interaction avec l'environnement et de ne voir dans les stades unicellulaires ou pluricellulaires que deux manifestations structurelles différentes du même système. On voit également que la structure ne peut être figée à un moment donné, mais qu'elle ne cesse d'évoluer ou, en d'autres termes, que le système n'est jamais structuré mais en structuration.

Dans les systèmes familiaux également, il n'y a ni structure achevée, ni déstructuration mais seulement structuration évoluant dans le temps. Le patient-désigné qui apparaît dans un système familial peut être comparé à l'amibe-signal. Par son comportement, il intervient dans la structuration du système et le rend apte à modifier ses rapports avec l'environnement. Encore faut-il que dans l'environnement, et/ou dans le système, se trouvent les ressources nécessaires pour que le système puisse poursuivre son évolution et non se figer, comme il fallait un minimum de nourriture aux amibes pour survivre. C'est ici que se situe la nécessaire disponibilité de ressources thérapeutiques prenant en compte aussi bien le patient-désigné que son système familial. Nous y reviendrons plus loin.

Systemes et évolution

Lorsqu'apparaissent des structures dissipatives, "les fluctuations ne vont plus tendre à ramener en arrière, mais plutôt à s'amplifier et permettre ainsi à un autre état du système de s'installer". Comme le dit Mony Elkaïm, citant Prigogine, "ce nouvel état correspond à un plus haut niveau d'interaction du système avec l'environnement. Ce comportement a été appelé *feed-back évolutif*. En effet, en augmentant sa dissipation, la classe de fluctuation conduisant à des instabilités est élargie".

La *rétroaction évolutive* débouche évidemment sur la notion d'évolution sur laquelle je voudrais insister. Un système n'est jamais statique, mais sans cesse évolutif. Même dans l'apparence du non changement le plus extrême, il y a sans cesse transformation. Comme le dit Héraclite, "on ne peut pas entrer deux fois dans le même fleuve" ou encore "tout s'écoule, tout n'est que flux". Trop souvent encore nos conceptions sont imprégnées d'immobilisme, c'est-à-dire d'une vision du monde et des relations que l'on pourrait réduire à une succession d'états stables. Et dans notre vision de la pathologie, nous n'avons que trop

tendance à ne voir les patients-désignés et leur famille que comme inscrits dans des processus irréversibles où les changements sont bien aléatoires.

Comme le rappelle Bateson (1978) : “contrairement à l'épigenèse et à la tautologie qui appartiennent au monde de la réplication, de la copie, il y a tout le domaine de la créativité, de l'art, de l'apprentissage et de l'évolution dans lequel les processus de changement qui se produisent, se nourrissent du hasard (feed on the random). L'essence de l'épigenèse est la répétition prédictible ; l'essence de l'apprentissage et de l'évolution est l'exploration et le changement”.

Une fois de plus, j'insisterai donc sur cette idée qu'un système n'est jamais organisé ou désorganisé, structuré ou déstructuré, fonctionnel ou dysfonctionnel, équilibré ou déséquilibré, mais seulement en organisation, en structuration, en fonctionnement, en équilibration. Il ne s'agit pas là de jouer sur les mots, mais de souligner cette idée que le système est sans cesse évolutif et que dans cette mesure, il ne peut être dans un “bon” ou “mauvais” état. Lorsqu'en tant qu'observateur, nous ou un membre du système le définissons comme dysfonctionnel, nous devons sans cesse nous rappeler qu'une telle formulation ne dit rien d'un état de fonctionnement idéal du système en soi, mais relève seulement d'une appréciation subjective de l'observation (et/ou de son environnement socio-culturel) en fonction de normes qui sont étrangères au système lui-même.

Il faudrait même aller jusqu'à se rappeler que des formulations telles que : “le comportement du patient-désigné est utile au système” ou “par son symptôme, il protège . . .” sont en toute rigueur épistémologique fausses, comme le souligne Paul Dell. Rien ne peut être utile ou inutile au système, qui ne peut qu'être. Ce n'est qu'en nous plaçant en position d'observateur et en attribuant des finalités au système que nous pouvons estimer en fonction de notre cadre de référence que tel ou tel comportement est utile ou inutile. En fait, nous n'avons rien dit quant à la “réalité” du système ou de son fonctionnement. Ces précisions étant faites, voyons maintenant les rapports que l'on peut établir entre un patient-désigné et son système.

Symptôme et patient-désigné

Un système peut traverser de nombreuses crises sans que son homéostasie ou son équilibration soient mises en péril. Dans un certain nombre de familles, un adolescent peut faire une fugue sans pour autant être étiqueté comme patient-désigné. Son comportement a été reçu comme un message imposant une renégociation et cette transaction familiale n'a pas débouché sur une mise en danger de l'homéostasie. C'est ce qui se passe dans nombre de systèmes à transactions souples

(Ausloos, 1981 b). A ce moment-là, on reste dans une situation de *changement continu* qui permet au système de continuer son évolution.

Toutes les fugues n'évoluent cependant pas de manière aussi satisfaisante. Dans certaines familles, le fugue sera considérée comme anormale et au lieu de permettre une modification de fonctionnement du système, elle entraîne au contraire un *blocage*, une rigidification du fonctionnement. Celui qui a fugué sera étiqueté comme problématique ou en d'autres termes comme patient-désigné.

La fugue ne sera pas vue comme un comportement imposant une renégociation et sera considérée comme un symptôme. C'est ce que Lynn Hoffman résume en disant : "les jeux symptomatiques peuvent être vus négativement comme des transformations avortées ou positivement comme des négociations au sujet de la possibilité de changer". Ce qui l'amène à la notion de *changement discontinu* : "dans la famille, la "cassure" de l'individu se produit comme un mécanisme escalier signalant l'échec des mécanismes homéostatiques et nécessitant l'intervention d'un système plus large, la communauté".

Revenant à la notion des finalités, je dirai que le comportement symptomatique du patient-désigné résulte d'une incompatibilité entre ses finalités individuelles et les finalités du système familial.

Si je reprends l'exemple de la fugue, je fais l'hypothèse qu'elle survient plus fréquemment dans les systèmes dont les finalités pourraient être perçues comme s'opposant à la différenciation de ses membres. Or, à l'adolescence, les finalités individuelles tendent à la différenciation, à l'individuation, à l'autonomie. L'adolescent qui grandit provoque donc une activation interne du système qui le met en crise. C'est à ce titre que la crise d'adolescence n'est pas seulement individuelle mais familiale. Un dysfonctionnement menaçant l'homéostasie risque de s'installer si le système ne réalise pas l'adaptation structurelle (*Le Moigne*) que l'adolescence impose, ou en d'autres termes s'il n'est pas apte à renégocier ses finalités parce qu'elles redeviennent compatibles avec celles de l'adolescent.

Lorsque cette négociation se réalise, le système résout la crise par une adaptation structurelle en modifiant ses finalités (Ausloos, 1981 b). Lorsqu'elle ne peut avoir lieu, se produit la catastrophe, c'est-à-dire la fugue à la suite de laquelle plus rien ne sera jamais comme avant dans la famille. L'adolescent (patient-désigné) par sa fugue (comportement étiqueté comme symptomatique) amène la mise en place d'une structure dissipative (consultation, intervention des services sociaux, placement, ...) qui, au travers de ses fluctuations, devrait permettre au système de réaliser son équilibration (ceci bien sûr à condition que les intervenants soient disponibles et adéquats !).

Cette vision du symptôme impose plusieurs remarques. S'il est vrai que le symptôme peut être perçu comme un message par l'observateur,

il n'est la plupart du temps pas intentionnel pour celui qui l'émet. Le patient-désigné n'a pas l'intention de modifier son système par son comportement ; le plus souvent même, il se perçoit comme perturbateur, inadéquat, problématique. Son symptôme n'est donc pas un message qu'il envoie, mais peut être reçu comme tel par l'observateur.

A ce titre, il peut être vu comme une mise en scène (acting) du fonctionnement familial (voir "*adolescence, délinquance et famille*" in Ausloos & Segond, 1983). Une fois de plus cependant, cette mise en scène n'est pas intentionnelle. Le patient-désigné ne "veut" rien montrer, rien expliquer ; il tente seulement de satisfaire ses désirs ou ses besoins ou les nécessités imposées par sa situation. Dans la mesure où ces finalités ne sont plus compatibles avec celles de son système survient la crise imposant le changement.

Une dernière analogie peut être présentée. Les hologrammes sont des plaques photographiques qui, éclairées par un rayon laser, projettent des images à trois dimensions. Ces hologrammes possèdent la propriété de reproduire la totalité de l'image même si l'on ne dispose que d'un minuscule fragment de la plaque. Il en est de même des systèmes : chacune de leurs manifestations contient potentiellement tout ce qui est nécessaire pour l'expliquer. C'est à ce titre que le symptôme nous présente une voie royale pour lire le fonctionnement du système.

Implications thérapeutiques

Si l'identification du patient-désigné résulte d'une incompatibilité entre ses finalités et celles du ou des systèmes auxquels il participe, toute intervention thérapeutique devra viser à résoudre cette incompatibilité. Le patient-désigné se trouve en effet dans un double-lien : réaliser ses finalités en sacrifiant celles de son système, ou sacrifier ses finalités propres au profit de celles du système. Aucune solution n'apparaissant pleinement satisfaisante, il se trouve coincé et ne peut qu'adopter des solutions qui seront de nouveaux problèmes. D'où l'importance pour le thérapeute de travailler à rendre compatible ces finalités ou à ouvrir des choix.

C'est en partant de ces considérations que nous avons développé la technique du "double-lien scindé thérapeutique" (Ausloos, 1981 a) que d'autres ont par la suite appelé plus élégamment "contre-paradoxe scindé".

Je ne reviendrai pas ici sur cette technique. Je me contenterai de rappeler qu'elle consiste à ce que dans un couple de thérapeutes, l'un prescrive au patient-désigné de continuer le comportement symptomatique pour le plus grand bien de la famille alors que l'autre, tout en se montrant pleinement d'accord avec le premier, lui prescrive de se

préoccuper de ses finalités propres. C'est pour montrer au patient-désigné le dilemme dans lequel il est pris et à la famille qu'un choix est nécessaire que cette stratégie a été développée. Il est bien sûr important que les cothérapeutes montrent leur accord pour que la possibilité de choix apparaisse. Ils présentent ainsi les deux termes de l'alternative, leur accord montrant qu'ils ne privilégient aucun des deux termes. Par ailleurs, pour le patient-désigné, le choix est ouvert puisque, quelle que soit la solution adoptée, elle sera en accord avec les propositions des thérapeutes.

Nous utilisons également ce que nous appelons "*l'historiogramme*". Il s'agit, en séance, de demander aux enfants d'inscrire sur une feuille les dates principales de ce qu'ils connaissent de l'histoire du couple et de la famille. A côté de la date, ils inscrivent l'événement et commentent ce qu'ils en savent. Les parents n'interviennent qu'à la demande des enfants pour compléter, corriger, ou nuancer les informations retenues. Lorsque les enfants ne savent pas un événement, ils demandent aux parents de le leur raconter. Cette technique permet de faire circuler l'information et de mettre pratiquement en évidence les finalités du système. Elle laisse aussi une large part d'initiative aux membres du système, le thérapeute se contentant de faciliter la circulation de l'information.

Une variante de cette technique, le "*génogramme commenté*", consiste à demander aux enfants de commenter le génogramme des parents en relevant les différences et les points de convergence. Là aussi cela permet aux enfants de mieux connaître les projets de leurs parents et de leurs familles d'origine et les aide à se situer et à faire leurs choix propres.

Une réserve importante : nous n'utilisons l'historiogramme ou le génogramme qu'après cinq ou six séances. Utilisé plus tôt, cette technique peut être perçue par la famille comme une variante de l'investigation psychiatrique classique, avec tout ce que celle-ci peut avoir de persécutoire, et induire la famille à penser que nous fondons notre démarche sur une approche historique ou que nous cherchons qui est coupable de la situation problématique. Notre but n'est pas de recueillir des informations historiques pour mieux comprendre la famille ou fonder nos hypothèses. Ce que nous visons, c'est de faire circuler une "*information pertinente*" pour la famille, c'est-à-dire une information qui vienne du système pour retourner au système.

Conclusion

Dans la mesure où le manque d'apports ou de circulation de l'information dans le système en augmente l'entropie, on pourrait dire qu'une thérapie systémique se résume à faire circuler de l'information

pertinente dans le système. La question est de savoir quelle est cette information et comment la faire circuler.

Ce que nous avons dit de la crise montre la nécessité pour le système de passer par des moments de confusion, de contradictions, de paradoxes pour pouvoir faire des changements et donc évoluer. Notre responsabilité de thérapeutes se trouvant engagée : si nous nous efforçons de réduire trop rapidement la crise et la confusion qui en résulte, c'est nous qui choisissons pour la famille et l'empêchons donc d'évoluer selon son génie propre. Nous nous posons alors comme les auteurs du changement et limitons leur créativité.

D'un point de vue éthique, il m'apparaît nécessaire de montrer le plus grand respect pour le fonctionnement familial afin de stimuler la créativité, la spontanéité, l'innovation plutôt que de nous en sentir responsables (ce qui les mettrait d'ailleurs en situation de double-lien). C'est par les choix que fait le système lors de sauts créatifs qu'il poursuivra son organisation et diminuera sa tendance au désordre, c'est-à-dire son entropie. C'est ainsi également que les membres du système seront en position pour faire les choix que nécessite tout processus d'individuation.

Guy Ausloos

psychiatre, thérapeute de famille,
responsable de la formation en
thérapie familiale CEFOC - IES, Genève
Avenue de Montoie 22
1007 Lausanne

RESUME

L'individu a ses finalités propres et se trouve immergé dans un environnement au même titre que les systèmes auxquels il participe. C'est dans le processus circulaire d'interaction entre individu et systèmes que se réalisent les équilibres permanents qui mènent à "l'ordre par la fluctuation" (Prigogine).

Cet atelier propose un travail en commun de modélisation. La constitution du système familial, son évolution, les crises permettant le changement ou aboutissant à l'émergence d'une pathologie seront étudiées. Les notions de changement discontinu, rétroaction évolutive, catastrophe, structure dissipative seront présentées pour préciser les interactions entre individu et systèmes.

SUMMARY

The individual has his own purposes. He is also immersed in an environment as well as the systems from which he is part. In the

circular process of interaction between individual and systems, permanent equilibration occur which lead "to order through fluctuation" (Prigogine).

This workshop proposes modelisation. The following notions will be presented : birth of a family system, evolution, crises, discontinuous change, evolutive feedback, catastrophe, dissipative structure, to precise the interactions between individual and systems.

BIBLIOGRAPHIE

1. ASHBY, W.R. (1960) : *Design for a Brain*, London, Chapman and Hall.
2. AUSLOOS, G. (1980) : "Secrets de familles" in J.C. Benoît (éd.) : *Changements systémiques en thérapie familiale*, Paris, ESF – Annales de psychothérapie, pp. 62-80.
3. AUSLOOS, G. (1981 a) : "Thérapie familiale et institution" in C. Julier (éd.) : *Thérapie familiale*, coll. Champs Professionnels, Genève, IES, pp. 203-226.
4. AUSLOOS, G. (1981 b) : "Systèmes, homéostasie, équilibration" in *Thérapie familiale*, 2 (3) : 187-203.
5. AUSLOOS, G., SEGOND P. (éd.) (1983) : *Marginalité, Système et famille : relectures sur l'approche systémique en travail social*, Vauresson, CFRES – Genève, IES.
6. BATESON, G. (1977-1980) : *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Seuil, T 1 & T 2.
7. BATESON, G. (1979) : *Mind and Nature – a Necessary Unit*, New York, Dutton.
8. BERTALANFFY, L. (von) (1973) : *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod.
9. DELL, P. (1980) : "Beyond Homeostasis" in *Family Process*, 19 : 16-23.
10. DELL, P. (1981) : "Some Irreverent Thoughts on Paradox" in *Family Process*, 20 (1) : 37-47.
11. ELKAIM, M., GOLBETER, A., GOLBETER, E. (1980) : "Analyse des transitions de comportement dans un système familial en termes de bifurcations" in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 3 : 18-34.
12. HERACLITE : "Fragments" in BOLLACK, J., WISMANN, H. : *Héraclite ou la séparation*, Paris, Ed. de Minuit, 1972.
13. HOFFMAN, L. (1971) : "Deviation – amplifying Processes in Natural Groups" in J. Haley (éd.) : *Changing Families*, New York, Grune & Stratton, pp. 285-311.
14. HOFFMAN, L. (1981) : "The Family Life Cycle and Discontinuous Change" in E.A. Carter & M. Mc Goldrick (éd.) : *The Family Life Cycle : a Framenwork for Family Therapy*, New York, Gardner Press, pp. 53-68.
15. HOFFMAN, L. (1981) : *Foundations of Family Therapy*, New York, Basic Books.
16. LANGSLEY, D., KAPLAN, D. (1968) : *The Treatment of Families in Crisis*, New York, Grune & Stratton.
17. LE MOIGNE, J.L. (1977) : *La théorie dy système général*, Paris, PUF.

18. PITTMAN, F.S. III (1973) : "pour faire face aux urgences psychiatriques aiguës : définir la crise familiale" in D.A. Bloch (éd.) : *Techniques de base en thérapie familiale*, Paris, Delarge, 1979.
19. PRIGOGINE, I., STENGERS, I. (1980) : *La nouvelle alliance - métamorphose de la science*, Paris, Gallimard - NRF.
20. THOM, R. (1980) : *Modèles mathématiques de la morphogenèse*, Paris, Christian Bourgeois.
21. WALLISER, B. (1977) : *Systèmes et modèles - Introduction critique à l'analyse des systèmes*, Paris, Seuil.

Mots clé
Crise
Thérapie familiale
Différenciation

Key words
Crisis
Family Therapy
Differentiation

LE POINT DE REPÈRE

Groupe de Thérapie Familiale
8, rue des Volontaires
34000 MONTPELLIER

Equipe composée de psychiatres, psychologues, infirmiers et infirmières (D.E. et I.S.P.) intervenant également au Centre Hospitalier Spécialisé de la Colombière, avenue Ch. Flahaut à Montpellier.

Médecin responsable : Thierry CAZEJUST

LES EDITIONS ESF



17, rue Viète
75854 Paris Cedex 17

COLLECTION "PSYCHOTHÉRAPIES – MÉTHODES ET CAS"

Sous la direction de MM, le Professeur Paul Sivadon,
le Docteur Jean Guilhot, le Docteur Jean-Claude Benoît
et le Docteur André Mathé

Des ouvrages concrets et approfondis sur la pratique actuelle de la psychothérapie.

L'ENFANT ET LE RÊVE ÉVEILLÉ

Une approche psychothérapique de l'enfant
par Nicole Fabre
A paraître en mars 1982

MYTHANALYSE JUNGIEUNE

par Pierre Solje
104 pages, 55 FF

LE PSYCHODRAME

Une psychothérapie analytique
par Philippe Garnier et Sylviane Bonnot-Matheron
100 pages, 46 FF

DÉTENTE ET MOUVEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

L'abord corporel thérapeutique
par E. Baron, J.-C. Benoît, E. Debure, M. Erlich, F. Noël et M. Pellerin
90 pages, 44 FF

SEXE, CORPS ET GROUPE

L'abord psychocorporel en sexologie
par Marie-Aimée Guilhot et Alain Létuve
128 pages, 49 FF

LES ATELIERS THÉRAPEUTIQUES D'EXPRESSION PLASTIQUE

par Anne Denner
116 pages, 56 FF

PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE POUR LES COUPLES

Changer le couple et changer en groupe
par Marie-Aimée et Jean Guilhot
108 pages, 46 FF

DES ENTRETIENS COLLECTIFS AUX THÉRAPIES FAMILIALES

en psychiatrie de secteur
par A. Draigremont, C. Guitton et B. Rabeau
104 pages, 48 FF

L'ANALYSE PAR LE RÊVE-ÉVEILLÉ-DIRIGÉ

Une étude clinique
par Nicole Fabre
112 pages, 48 FF

LE FACE À FACE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Entretiens individuels et collectifs
par Jean-Claude Benoît
128 pages, 51 FF

LES "EDITIONS IES"

INSTITUT D'ETUDES SOCIALES

28, rue Prévost-Martin
Case postale 179
1211 GENEVE 4
Tél. (022) 20 93 11

présentent :

dans la collection : "CHAMPS PROFESSIONNELS"
le numéro 3 intitulé :

THERAPIE FAMILIALE

Des assistants sociaux, éducateurs, psychologues et médecins-psychiatres s'interrogent, après trois ans de formation, sur la portée, l'intérêt et les limites de la thérapie familiale.

Les auteurs : L. Adler, G. Ausloos, P. Beday, M.-S. Doret, J.-J. Eisenring, Cl. Julier, M.-Cl. Lamunière, Ch. Mattenberger, A. Menthonnex, R. Perrone, M. Perrot, J. PIGUET, G. Prina, M. Stauffer, A. Verchery.

A la fin d'un cycle de trois années de formation, cycle proposé et renouvelé par le CEFOC (Centre d'Etudes et de Formation continue pour travailleurs sociaux), les participants, travailleurs sociaux, psychologues et médecins-psychiatres font le point sur leurs expériences personnelles et collectives.

Nous avons réuni dans cet ouvrage des textes relatant soit des expériences très concrètes de mise en place d'éléments de thérapies de famille lors d'une action de "prise en charge". Ces textes montrent bien toutes les possibilités nouvelles que cette manière de faire peut apporter, mais en même temps en relève toutes les limites. Il est évident que pour chacun de nos auteurs, la thérapie de famille n'est pas l'outil-miracle qui va résoudre magiquement tous les problèmes de notre société.

Nous avons également retenu des contributions plus théoriques, notamment certaines qui permettront aux lecteurs de discerner les différences entre des approches psychanalytiques ou rodgériennes et celle de la thérapie de famille.

L'ensemble montre le grand effort fourni par les auteurs pour intégrer les éléments théoriques dans leur pratique mais également pour modifier le théorique par leur vécu quotidien de thérapeute débutant.

SORTIE DE PRESSE : le 1er MARS 1981

Prix de souscription : Frs. S. 15.-, dès le 1er mars : Frs. S. 18.50

à détacher et à retourner à l'adresse ci-dessus avec mention "EDITIONS IES"

BON DE COMMANDE

Je soussigné(e)

désire recevoir :

_____ ex. **Champs Professionnels No 3 : Thérapie Familiale**

au prix de souscription de Frs S. 15.-, dès le 1er mars 81 : Frs S. 18,50

Expédition à l'étranger : + les frais de port et d'emballage
(Paiement préalable dès réception de la facture)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (lisible + No postal) _____

Date : _____

Signature : _____

RESEAUX-SYSTEMES-AGENCEMENTS

CAHIERS CRITIQUES DE THERAPIE FAMILIALE ET DE PRATIQUES DE RESEAUX

Organe officiel de l' "Institut d'Etudes
de la Famille et des Systèmes humains-Bruxelles".
Directeur des cahiers: Momy ELKAIM

Pourquoi ces cahiers? Etait-il nécessaire d'ajouter aux multiples revues étrangères de thérapie familiale une nouvelle mouture française?
Nous souhaitons simplement répondre à trois types de préoccupation:
- ouvrir un débat théorico-technique sur nos pratiques en thérapie familiale;
- élargir ce débat à tous ceux qui, de différentes manières remettent en question les institutions et les pratiques actuelles dans le champ de la santé mentale;
- mettre à disposition du public francophone des documents internationaux concernant ce domaine.

Ont collaboré aux premiers numéros :

Harry APONTE, Maurizio ANDOLFI, Philippe CAILLÉ, David COOPER, Momy ELKAIM, Félix GUATTARI, Luc KAUFMANN, Ilysa PRIGOGINE, Mara SELVINI-PALAZZOLI, Carlos SLUZKI, Carl WHITAKER, Israël ZWERLING, etc...

Ces cahiers sont réalisés en collaboration avec les revues "FAMILY PROCESS" (New-York) et "TERAPIA FAMILIARE" (Rome), et paraissent deux fois l'an.

Cahiers critiques de thérapie Familiale et de pratiques de réseaux
Administration-Diffusion.
Editions GAMMA, 77, rue de Vaugirard, 75006 PARIS (France).

Conditions de souscription (pour 2 numéros par an): FRANCE: 50 FF
ETRANGER: 60 FF

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Pays _____

Versements par chèque bancaire ou C.C.P. (Paris 164-82) libellé au nom de B.G.S.A.

CONDITIONS DE PUBLICATION

1 – La revue "Thérapie Familiale" publie des contributions théoriques originales, des apports cliniques et pratiques, des débats sur les théories qui sous-tendent cette nouvelle approche : systèmes, communication, cybernétique ; des analyses, des bibliographies et des informations sur les associations de thérapie familiale, les centres et les possibilités de formation.

2 – Les articles sont publiés en français et doivent être accompagnés d'un résumé analytique de 10 à 20 lignes en français et en anglais. Le titre doit être également traduit en anglais.

3 – Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne double, recto seulement, à raison de 25 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas vingt pages.

La première page comporte le titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms complets des auteurs et l'adresse du premier auteur. L'article est adressé en six exemplaires.

4 – Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés parallèlement à d'autres revues.

5 – Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.

6 – Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.

Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur.

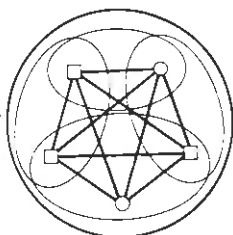
BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abréger selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page, année.

La référence d'un livre doit compter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue ; nom de l'éditeur, ville, année.

Pour les ouvrages publiés originellement en langue étrangère mais dont la traduction a paru en français, il serait préférable d'indiquer les références de l'édition francophone.



THERAPIE FAMILIALE Vol. IV – 1983 No 2

SOMMAIRE ARTICLES ORIGINAUX

Editorial	115
M. SELVINI-PALAZZOLI, L. BOSCOLO, G. CECCHIN et G. PRATA : Hypothesisation – Circularité – Neutralité Guides pour celui qui conduit la séance	117
D. MASSON, P. ROSATTI, D. VILOUX et P. GUEx : Maladies psychosomatiques et familles	133
S. MONTAGANO : Aspects systémiques dans les thérapies individuelles	141
G. PRATA : Conflit conjugal avec tentative de suicide du mari	149
Y. REY : Système institutionnel, système thérapeutique	171
T. SUAREZ et C.F. ROJERO : La création du contexte thérapeutique lors de la première séance	179
P. SEGOND : Approche systémique et justice des mineurs	193
E. TILMANS-OSTYN : Analyse de la demande versus analyse de la plainte	201
G. AUSLOOS : Finalités individuelles, finalités familiales : ouvrir des choix	207

CONTENTS ORIGINAL ARTICLES

Editorial	115
M. SELVINI-PALAZZOLI, L. BOSCOLO, G. CECCHIN and G. PRATA : Hypothesizing, neutrality, circularity	117
D. MASSON, P. ROSATTI, D. VILOUX and P. GUEx : Psychosomatic illness and families	133
S. MONTAGANO : Systemic aspects in individual therapy	141
G. PRATA : Marital conflict associated with attempted suicides of the husband	149
Y. REY : Institutional system, therapeutic system	171
C. ROJERO and T. SUAREZ : Creation of a therapeutic context during the first meeting	179
P. SEGOND : Systemic approach and juvenile justice	193
E. TILMANS-OSTYN : Expectation analysis versus complaint analysis	201
G. AUSLOOS : Individual goals, familial goals : opening choices	207