

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



m+h Genève

Vol. IX — 1988 — No 2

PRÉSENTATION

Le paradigme systémique a ouvert des voies modifiant profondément la compréhension de la psychopathologie. Il a donné lieu à divers modèles théoriques dont sont issues des pratiques thérapeutiques telles que l'approche «stratégique», «structurale», «contextuelle-intergénérationnelle» et «esthétique». Non sans une pointe d'humour, Vansteenwegen nous livre quelques réflexions sur la fonction limitée des théories dans la pratique psychothérapeutique et rappelle que le choix de la thérapie doit être subordonné au problème posé par une situation donnée ce que trop de dogmatisme a tendance à faire oublier.

Le paradigme lui-même a évolué, notamment sous l'impulsion du constructivisme et des concepts de Maturana et de Varela, d'une conception cybernétique «objectivante» (cybernétique du premier ordre) vers une conception intégrant de façon indissociable champ d'observation et activité de l'observateur (cybernétique du second ordre). C'est dans une perspective proche de cette évolution que je placerais la contribution de Cassiers pour qui les mythes sont à la fois le produit et les organisateurs aussi bien de la vie mentale de l'individu que des systèmes relationnels ou sociaux. Cette perspective souligne l'intérêt des deux textes anthropologiques, dimension qui, soit dit en passant, est peut-être trop absente de notre revue. Morval décrit le rôle des rites familiaux. Guilé et collaborateurs étudient la réponse de la famille africaine à la maladie, réponse déterminée par le système de parenté et par l'explication magique de ses causes.

Quatre articles sont consacrés à la clinique. La thérapie dite «intergénérationnelle» est présentée par Salem. Elle se fonde sur les concepts de Boszormenyi-Nagy tels que l'«éthique relationnelle», la «justice dynamique», les «loyautés» et la balance des «dettes et mérites».

Serra fait l'analyse de la situation créée par la pratique — juridiquement sanctionnée et conforme à la conception médicale occidentale — qui veut que la responsabilité de troubles psychiques, notamment de troubles du comportement, soit attribuée à la «maladie» et qui de ce fait déresponsabilise le sujet.

Dans sa contribution relatant une expérience de thérapie familiale brève avec des familles dont un membre a attenté à ses jours, Vallée propose de situer la fonction du comportement suicidaire dans l'équilibre familial selon deux types de familles, les familles à transaction suicidaire et celles à transaction mortifère. Enfin Roussaux nous livre les résultats d'une recherche clinique sur le difficile traitement des alcooliques. Cette recherche part d'un intéressant concept selon lequel l'alcool fonctionne comme organisateur des relations familiales avec des comportements ritualisés faisant partie de l'homéostasie de la famille.

Nous ne saurions terminer cette présentation sans saluer ici la renaissance des Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratique des Réseaux. M. Eklaim, E. Goldbeter, E. Trappeniers animent cette Revue qui a conservé son style incitant à la réflexion et au débat.

D.M.

LA PENSÉE SYSTÉMIQUE ET L'APPROCHE DU PROBLÈME PRÉSENTÉ

A. VANSTEENWEGEN*

Résumé: *La pensée systémique et l'approche du problème présenté* — L'auteur réfléchit sur la fonction limitée des théories dans la pratique psychothérapeutique. La systémique est considérée comme subordonnée aux soins à donner. Elle est un prétexte pour l'action thérapeutique qui n'est jamais complètement spécifique pour une école de thérapie. L'importance des facteurs «non-spécifiques-pour-une-école» et les conséquences pour la formation en systémique est soulignée. Il faut apprendre aux stagiaires-étudiants à choisir les conceptions en fonction du problème présenté.

Summary: *Systemic theory and the approach to the presented problem* — In this article the limited function of theories of psychotherapy for the practice is studied. The author proposes a priority of the therapeutic pragmatics upon the aesthetic reflexion. Theories of psychotherapy are considered as «pretexts (make-believe)» for giving help. The therapeutic help is never in itself school-specific. The role of the non-school-specific factors of psychotherapy in training is stressed. Training should always begin with these «general factors» of psychotherapy. Trainees have to learn to choose the «best fitting» conceptions in function of the presented problem.

Mots-clés: Fonction d'une théorie — Thérapie visant le problème présenté — Les facteurs non spécifiques.

Key-words: Function of theories — Problem-directed therapy — Non-school-specifies.

Dans le texte ci-dessous, la systémique est considérée, dans le cadre de la psychothérapie, comme subordonnée aux soins à donner. Ceci est en contradiction avec l'enseignement reçu par nombre de débutants en thérapeutique systémique qui fait de la systémique le contexte de leur intervention. D'une certaine manière donc, l'on peut dire que la présente communication traite de la question suivante: de quel contexte s'agit-il et à quoi s'applique-t-il? La thérapie est-elle le contexte de la systémique ou, inversement, la systémique constitue-t-elle le contexte de la thérapie.

* Prof. Dr Vansteenwegen enseigne la systémique à la K.U. Leuven (Louvain, Belgique). Il est responsable de formation en thérapie de couples au Communicatiecentrum (U.Z. Leuven).

1. ATTÉNUATION DU DOGMATISME PAR LE CARACTÈRE CONTRADICTOIRE DE CERTAINES CONCEPTIONS EN SYSTÉMIQUE

Au fur et à mesure que l'on pénètre plus avant dans la systémique, il se présente un certain nombre d'antinomies déroutantes pour celui qui veut se familiariser avec elle. En voici quelques exemples.

1.1. L'antinomie entre les conceptions d'Andolfi et celle de Watzlawick

Au Congrès de Bruxelles de 1986 consacré aux crises traversées par les systèmes thérapeutiques, l'on pouvait passer d'une salle à l'autre et entendre exposer des théories diamétralement opposées. Ainsi, par exemple, Andolfi expliqua que les plaintes qui amènent des conjoints à consulter ne sont pour lui en fait qu'un prétexte à intervenir au niveau de la famille. Pour lui, ce qui compte c'est d'abord la cellule familiale en tant que telle. « Je refuse l'idée que le problème à résoudre soit leur relation matrimoniale. Les partenaires ne sont pas essentiellement des partenaires. Abandonnons l'idée d'une thérapie se limitant à vouloir résoudre un problème particulier! Sinon, au lieu d'aider le couple, nous le confirmerons dans sa problématique. Quant à moi, je ne crois jamais ce que les gens racontent. Je crois à l'évolution historique de la famille en cause. Nous devons procéder en fonction de ce qui s'est passé 20 ans auparavant. » (Andolfi, 1986.)

Dans une salle voisine, Watzlawick s'exprimait. « Nous sommes tous appelés à résoudre des problèmes précis. Nous devons en rester là, alors que constamment nous laissons dévier des démarches appropriées à la solution de la problématique. Encore une fois, demeurons au fait. Il nous revient de vérifier la valeur des solutions essayées dans un cas précis et, éventuellement, de rechercher une autre approche tenant compte de la manière dont se situent ceux qui nous consultent par rapport à l'affaire en cause. Écoutons avec attention ce que les patients nous racontent. »

Ainsi donc, parmi les psychothérapeutes pratiquant la thérapie systémique, il en est qui recherchent ce que cache le problème avoué, et il s'en trouve d'autres qui se limitent à la problématique exprimée comme telle.

1.2. L'antinomie entre Haley et Bateson

Comme Dell nous l'a dit clairement en 1986 à Anvers, il existe des antinomies fondamentales entre Haley (1967) et Bateson (1977, 1984). Dell parle de pouvoir. Cette notion de pouvoir est pour Haley une notion essentielle: les problèmes relationnels sont des problèmes de rapports de force. La question qui s'impose constamment est de déterminer qui conditionne la relation. Ce qui passe pour être des

symptômes ne sont que des moyens d'exercer un certain pouvoir, utilisés involontairement par celui qui est considéré de prime abord comme étant le plus faible. Bateson n'aime pas utiliser le mot «pouvoir». Il pense en termes d'influence circulaire réciproque, et «pouvoir» est pour lui une notion à sens unique, c'est-à-dire de haut en bas.

Nous touchons du doigt ici la différence entre un philosophe évoluant dans un système de pensée et un tenant de la thérapie dite systémique.

1.3. L'antinomie entre Jackson et Elkaïm

Jackson (1968) considère les cellules familiales comme des systèmes homéostatiques en équilibre, bien qu'il s'agisse ici d'un équilibre vivant. Pour lui, ce sont les relations répétées qui conditionnent de tels systèmes. Il souligne l'importance de la partie fixe, consistante du système.

Elkaïm (1985) parle, lui, de systèmes vivants pouvant évoluer loin de leur état d'équilibre, de systèmes variables. Elkaïm insiste sur le caractère singulier de chaque cellule familiale. Pour lui, il ne faut pas abonder dans le sens des généralisations faciles et il ne faut considérer que la cellule familiale dont il est question à un moment donné. Elkaïm ramène aussi la sémantique au premier plan: il importe de dégager les significations originelles à l'intérieure de la cellule familiale particulière. Cette approche est en opposition totale avec celle du groupe de Palo Alto, vide de tout contenu préalable. Alors que Jackson et le deuxième groupe Alto (Watzlawick, 1967) ont plutôt une conception achrone du système familial, Elkaïm, sous l'influence de Prigogine, réintroduit la notion de temps dans la systémique et l'élément historique refait surface. Comme Dell, Hoffman et les thérapeutes transgénérationnels l'avaient déjà fait avant lui.

Voilà donc quelques-unes des antinomies évoquées. Bien entendu, l'on peut encore en dégager d'autres dans le cadre de la psychothérapie systémique. Ainsi, l'on pourrait encore opposer Minuchin (1973) à Keeney (1983), etc. Qu'en est-il maintenant du travail du thérapeute s'occupant d'un système familial? Lui faut-il considérer qu'il y a autre chose de caché derrière les plaintes avouées (Andolfi: «Derrière le masque familial»)?

Ou, doit-on prendre au sérieux le problème mis en avant par le patient et se limiter à cela, comme le dit Watzlawick? Faut-il essayer de sauvegarder un statu-quo ou créer quelque chose de nouveau? S'agit-il d'un problème de pouvoir ou d'une influence circulaire réciproque? Un psychothérapeute systémique orthodoxe pourra certes trouver la réponse appropriée à chaque question. Mais, alors, qu'en est-il en psychothérapie systémique des auteurs hétérodoxes comme Haley, Watzlawick et autres? C'est évident, il n'y a finalement que peu de raisons de se limiter à un quelconque dogmatisme en égard aux antinomies nombreuses relevées dans la discipline.

Certes, l'on pourrait également conclure que les différentes approches ont chacune leur valeur propre. Se pose alors plus simplement la question de la valeur en générale des conceptions théoriques en matière de psychothérapie.

2. VALEUR DES CONCEPTIONS THÉORIQUES EN MATIÈRE DE PSYCHOTHÉRAPIE FAMILIALE

Les recherches empiriques ont montré plus qu'à suffisance que les tendances thérapeutiques à points de départ différents et selon des conceptions théoriques tout aussi diverses aboutissaient toutes à peu près aux mêmes résultats. On connaît sans doute les «facteurs généraux» de la psychothérapie, c'est-à-dire les facteurs qui ne sont pas propres à telle ou telle école en particulier (Frank, 1961; Strupp, 1974, 1979). Comme toutes les tendances donnent en pratique les mêmes résultats, l'on admet que ce ne sont pas les traits caractéristiques de chaque tendance qui conditionnent les effets observés, mais plutôt les caractéristiques communes à toutes les écoles psychothérapeutiques, telles que la suggestion, la bonne relation thérapeutique, la compréhension du thérapeute, le fait de motiver le système, de susciter des espoirs, etc. et enfin, le fait que l'on propose une analyse structurée, une vision nouvelle de la situation; nous reviendrons sur ce point.

Il serait donc finalement peu important de remonter à une phase de transition antérieure de la cellule familiale (notion de «crises» de ceux pour qui la thérapie «transitionnelle» est la méthode efficace) ou de remonter aux générations antérieures (où l'on trouvera toujours un point de départ possible), ou enfin de raisonner en termes de loyautés (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1978), ou encore de limites de génération (Minuchin, 1981), toutes catégories où l'on peut toujours trouver des éléments significatifs. Je me permets de faire référence ici au travail de Smith, Glass et Miller (1980), et, plus particulièrement pour la thérapie conjugale et familiale, à Gurman et Kniskern (1981) et aux discussions entre Gurman et Jacobson dans *Family Process* (1978).

Bennum (1986) n'a vu aucune différence dans la résolution des problèmes entre l'approche de Milan et l'approche directe du problème présenté. Mais, l'approche de Milan est plus efficace dans le cas des «altérations du second niveau».

Selon Gurman et Kniskern (1981), les éléments ci-après sont empiriquement établis:

1. La thérapie individuelle est moins efficace pour les problèmes conjugaux que la thérapie de couple.
2. La thérapie comportementale du couple est aussi efficace que la thérapie non comportementale.
3. La thérapie familiale, à travers ses diverses tendances, est aussi efficace et peut-être même plus efficace pour les problèmes concernant les conflits conjugaux et familiaux.

Les conceptions systémiques seraient donc des «prétextes» d'instauration d'une thérapie familiale. Ceci correspond tout à fait au «constructivisme» en vogue à l'heure actuelle. Nous pourrions dire avec Keeney que, lors de la

modification de la relation entre la stabilité et le changement (stabilité/changement, comme il écrit), nous avons besoin d'un «bruissement significatif».

3. PROPOSITIONS EN MATIÈRE DE FORMATION EN THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

3.1. Première proposition

L'on devrait apprendre aux étudiants lorsqu'ils terminent leur formation à choisir. Ils devraient faire connaissance des éléments de valeur propres à d'autres écoles de psychothérapie. Ils devraient apprendre à choisir la théorie qui s'applique le mieux à tel cas, à telle cellule familiale, à tel problème. Certains problèmes familiaux et surtout conjugaux s'abordent mieux au départ d'idées portant sur la territorialité humaine (Bakker et Bakker-Rabdau, 1974), d'autres en utilisant les idées concernant la communication humaine (Satir, 1964), d'autres encore en se basant sur les réflexions sur le pouvoir de Haley (1963), et enfin d'autres en utilisant les idées s'appuyant sur une position strictement systémique. La singularité du système familial et la particularité du problème, pour user les termes d'Elkaïm, devraient mener à un mode de penser particulier en fonction du problème qui se présente. Voilà notre position de base. Nous en donnons quelques exemples ci-dessous.

Exemple 1

Ainsi, les problèmes et contestations au sujet des tâches et des corvées dans un couple peuvent être commodément reformulés en termes de territorialité des personnes selon Bakker. Dès que le couple a appris la différence entre le «propriétaire» du terrain (celui qui en assure la maîtrise ultime) et l'«exécuteur» de la tâche (celui qui l'exécute réellement), les partenaires sont en état de résoudre toute une série de problèmes sur ce terrain.

Exemple 2

Quand les problèmes d'un couple de gens mariés peuvent se traduire en antithèses entre ce qui peut se montrer au moyen de mots et ce qui peut se montrer par le corps et que l'on peut les amener à une communication congruente, certains problèmes peuvent être abordés rapidement et s'éliminent sans qu'il faille impliquer toute la relation ou tout système familial. Par exemple, «j'ai envie, mais je ne parviens à avoir une érection» devient «je n'ai pas envie» ou «je n'ai pas envie maintenant».

Exemple 3

L'on pourrait également poser avec Heireman (1986) que l'approche des systèmes familiaux «remariés» se réalise au mieux dans le cadre des idées de loyauté de Boszormenyi-Nagy (1973) (lesquelles ne sont pas non plus strictement systémiques).

Exemple 4

Les problèmes comportementaux des systèmes familiaux bénéficient surtout de la thérapie familiale structurale selon Minuchin.

3.2. Notre seconde proposition est que l'on doit former les thérapeutes essentiellement aux facteurs psychothérapeutiques non-spécifiques-d'une-école-en-particulier: il s'agit des attitudes de base et des dispositions fondamentales: l'écoute, l'acception, la capacité de structurer les problèmes, la capacité de suggestion, etc.).

Tout ceci pourrait entrer dans le bagage d'un niveau de base commun aux différentes écoles de psychothérapie.

3.3. En troisième lieu, la conclusion s'impose que les recherches scientifiques empiriques sont nécessaires pour déterminer le mode de pensée utile et efficace et dans quels types de problème. Nous arriverons peut-être un jour ainsi à renforcer les assises des suggestions cliniques que je viens de faire, ou même à les rejeter.

Par exemple, quand est-il plus efficace de considérer un problème au sein d'un système familial comme un symptôme et quand est-il plus indiqué de le voir comme un problème en soi? Quand un regard communicatif est-il plus indiqué qu'un regard strictement systémique?

Il ressort entre autres de la revue de Gurman et Kniskern (1981) sur les recherches empiriques sur les thérapies de couples et la thérapie familiale:

1. Que l'apprentissage des aptitudes de communication est selon des recherches multiples la seule composante thérapeutique retenue comme efficace en thérapie relationnelle de partenaires.
2. Que la thérapie familiale structurale est la mieux documentée et la mieux étayée empiriquement pour les troubles psychosomatiques de l'enfance.
3. Que la thérapie familiale comportementale est efficace pour intervenir dans les problèmes de l'enfant, souvent comportementaux.
4. Que l'approche systémique-comportementale apparaît comme la plus efficace

pour des problèmes d'adolescents en des formes mineures de délinquance juvénile.

5. En cinquième lieu, les thérapeutes ont besoin d'une foi (Frank, 1973), de ce que Keeney appelle le bruissement significatif (meaningful noise), un système de pensée digne de foi. Cette pensée est cependant davantage un véhicule de ce que le thérapeute produit en fait de facteurs non spécifiques d'école (Van Dyck, 1986). Un véhicule et un prétexte. Il nous semble extrêmement important que cette foi soit neuve dans une certaine mesure. Si elle n'est pas renouvelée, elle perd de son efficacité. Ce renouvellement peut s'opérer de deux manières. Tout d'abord l'on peut renouveler de l'intérieur les conceptions existantes. C'est par exemple ce que Hoffman a montré à propos de l'apport de Dell à la théorie systémique. La réflexion continue apporte de nouveaux aspects au développement théorique. Ensuite, ce renouvellement peut se faire par apport extérieur. C'est ainsi que les idées de Prigogine ont été introduites dans la systémique. L'apprentissage de conceptions de thérapie comportementale peut constituer un véritable enrichissement pour le thérapeute systémique. Songeons simplement à l'introduction des conceptions sur le «contrôle par le stimulus» dans une cellule familiale.
6. En sixième lieu, nous devrions manier le principe d'économie. Selon ce principe, l'on doit toujours commencer par la méthode la plus économique et ne passer à des initiatives plus compliquées que si la première manière ne donne rien. Par exemple, d'abord s'occuper sérieusement du problème posé comme tel, et ne passer qu'ultérieurement à la phase de recherche de ce qu'il y a éventuellement derrière ou au-dessus du soi-disant symptôme.

Enfin, encore un mot: si nous suivons Keeney (1985), nous ne pouvons pas opposer la pragmatique à l'esthétique. Toutes deux sont les faces d'une même médaille (Pluymaekers, 1986), le travail psychothérapeutique qui nous concerne tous.

Prof. Dr A. Vansteenwegen
Communicatiecentrum, K.U. Leuven
Groot Park 3
B-3042 Lovenjoel

BIBLIOGRAPHIE

1. Andolfi M. (1986): *Workshop Congrès*, Bruxelles.
2. Andolfi M. (1983): *Behind the family mask*, Brunner/Mazel, New York.
3. Bakker C. and Bakker-Rabdaou M.K. (1973): *No trespassing*, Shandler & Sharp, San Francisco.
4. Bateson G. (1977, 1980): *Vers une écologie de l'esprit*, Le Seuil, Paris.
5. Bateson G. (1984): *La nature et la pensée*, Le Seuil, Paris.
6. Bennun J. (1986): Evaluationg family therapy: a comparison of the Milan and problem solving approaches, *Journal of Family Therapy*, 8, 225-242.

7. Dell P. (1986): Anvers Interactieacademie.
8. Elkaïm M. (1985): Lois générales, règles intrinsèques, singularités et construction du réel, in: Elkaïm M. (ed.), *Formations et pratiques de thérapie familiale*, E.S.G., Paris.
9. Frank J. (1961, 1973): *Persuasion and Healing*, Schocken Books, New York.
10. Gurman A. and Knudson R. (1978): Behavioral marriage therapy I, *Family Process*, 17, 121-138.
11. Gurman A. and Kniskern D. (1978): Behavioral therapy II, *Family Process*, 17, 139-148.
12. Gurman A. and Kniskern D. (1978): Behavioral marriage therapy IV, *Family Process*, 17, 165-180.
13. Gurman A. and Kniskern D.: Family therapy outcome research: knows and unknowns, in: Gurman A. and Kniskern D., *Handbook of family therapy*, Brunner/Mazel, New York, 742-775.
14. Haley J. (1967): *Strategies of psychotherapy*, Grune/Stratton, New York.
15. Heireman M. (1986): In: A. Vansteenwegen (ed.), *Hertrouwd gezin en hulpverlening, Actualiteiten, Relatie en Seksualiteit*, 9, 4, 124-142.
16. Jackson D. (1968): Homeostase, in: Jackson D., *Communication, family and marriage*, Science and behavior books, Palo Alto.
17. Jacobson N. and Weiss P. (1978): Behavioral Marriage Therapy III, *Family Process*, 17, 149-164.
18. Keeney B. (1983): *Aesthetics of change*, Guilford, New York.
19. Keeney B. and Ross J. (1985): *Mind in therapy*, Basic Books, New York.
20. Minuchin S. and Fishman H.G. (1981): *Family therapy techniques*, University Press, Cambridge.
21. Pluymaekers J. (1986): Agir et réfléchir... à l'infini: la formation à l'approche systémique, *Thérapie familiale*, 7, n° 2, 167-180.
22. Smith, Glass and Miller (1980): *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins Press, Baltimore.
23. Strupp H.H. (1974): On the basic ingredients of psychotherapy, *Psychotherapy Psychosomatics*, 24, 249-260.
24. Strupp H.H. and Hadley S.W. (1979): Specific versus nonspecific factors in psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
25. Van Dyck R. (1986): *Psychothérapie en suggestie*, Dissertation, Leiden.
26. Vansteenwegen A. (1983, 1985): *Helpen bij partnerrelatieprobleem*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
27. Vansteenwegen A. (1985): Intégration en psychothérapie, *Directive therapie*, 5, 357-374.
28. Watzlawick P., Beavin J. et Jackson D. (1972): *Une logique de la communication*, Le Seuil, Paris.
29. Watzlawick P. (1984): *The invented reality: how do we know what we believe we know*, Norton, New York.
30. Watzlawick P. (1986): Atelier: Congrès de Bruxelles.

HOMÉOSTASIE FAMILIALE ET ESPACE MYTHIQUE INDIVIDUEL: UNE CONTRADICTION?

L. CASSIERS*

Résumé: *Homéostasie familiale et espace mythique individuel: une contradiction?* — L'auteur reprend le concept de «mythe familial» qu'a proposé Ferreira en 1963. Il développe l'idée de cet auteur selon laquelle l'homéostasie familiale doit être comprise comme étant celle du mythe. Contrairement à Ferreira cependant, il montre que ces mythes familiaux ne sont pas pathologiques, mais nécessaires et normaux. Ils fondent les rôles, les valeurs, et jusqu'à la possibilité pour le sujet de se penser une identité. Pour remplir leur fonction toutefois, ils doivent répondre à une cohérence interne propre, et être suffisamment partagés par le groupe pour fonder une croyance. L'auteur montre qu'une telle conception conduit à attacher une grande importance, dans la thérapie, à l'histoire des mythes et croyances familiales, et à l'histoire de leur confrontation aux événements vécus. Il y voit une technique thérapeutique moins culpabilisante et plus proche des vrais problèmes de la famille que celle qui découlerait d'une compréhension de l'homéostasie à l'image de la biologie.

Summary: *Family homeostasis and Individual myths: a contradiction?* — The author reconsiders the concept of family myth proposed by Ferreira in 1963. He develops the idea of the author who defined family homeostasis as homeostasis of the myth. He then proceeds to show that family myths are not pathological, as Ferreira postulated, but necessary and normal. They lay foundations for roles, values and provide a base for the individual to develop an identity for him/herself. Nevertheless, in order to serve their function, they must be internally coherent and sufficiently shared by the group to found a belief. The author demonstrates that this way of thinking leads to attributing great importance during therapy to the history of family myths and beliefs and to the history of their confrontation with life events. In the opinion of the author, this therapeutic approach generates less guilt and seems closer to the real problems of the family than one that stems from the understanding of homeostasis viewed in biological terms.

Mots-clés: Mythes — Mythe familial — Homéostasie — Famille — Individu.

Key-words: Myths — Family myths — Homeostasis — Family — Individual.

La thérapie familiale systémique s'appuie sur la notion de famille prise comme un système vivant. On répète volontiers à ce propos qu'un système est plus que l'addition de ses parties. Le concept d'homéostasie familiale, repris à la biologie, illustre cette idée.

* Chef du Service de Psychiatrie, Clinique Universitaire Saint-Luc, Bruxelles.

Cette métaphore n'est pas toujours éclairante. Un organisme biologique prime sur ses constituants. Il est légitime de sacrifier un de ceux-ci à la survie du tout. Le concept de patient désigné, sacrifiant sa santé mentale au maintien de la famille implique la même idée, mais sans légitimité. Sur le fond, on discute rarement la question de savoir si la famille, comme système, doit réellement survivre. On sous-entend en général qu'elle est au service du développement de l'individu, ce qui est en opposition à l'idée de système familial homéostatique pour lui-même. *A fortiori* s'il doit se dissoudre à un moment donné au profit des individus qui le composent.

Pour résoudre cette contradiction, il nous paraît utile de reprendre, en la développant, l'idée de mythe familial proposée par Ferreira (Ferreira, 1963, 1966) et celle de cohérence interne que nous reprendrons au biologiste A. Pichot (Pichot, 1980, 1983). Nous tenterons de montrer que le concept de mythe familial permet de mieux préciser le contenu de celui d'homéostasie et de limiter l'usage de celui-ci. Ceci au profit d'une articulation théorique et pratique mieux construite de la thérapie familiale systémique.

Le mythe

Les études sur le mythe (Smith, Ramnoux, Ricœur, Detienne, 1985) ont suscité un intérêt croissant depuis le début du siècle, restituant progressivement à cette forme de pensée ses lettres de noblesse.

Au départ, on y voyait du folklore, ou plus négativement encore une forme arriérée de l'intelligence: une pensée magique qu'on opposait au développement plus récent de la pensée rationnelle. Même lorsqu'on a commencé à comprendre, avec M. Mead et Malinovski, que les mythes fondaient l'organisation sociale, on a cru pouvoir s'en passer dès lors qu'on aurait compris celle-ci, et qu'on pourrait la dire d'une manière directe, fonctionnelle.

Avec Levy-Strauss, on voit apparaître une nouvelle intelligence du mythe. Il montre que la variété et l'apparente naïveté de leurs contenus cache une logique rigoureuse. Ils définissent les interdits qui enracinent les oppositions et permutations fondatrices de toute pensée rationnelle (le cru et le cuit, les partenaires sexuels autorisés et interdits, de là les systèmes de parenté, etc.). Le mythe constitue l'espace mental — imaginaire logique et comportemental tout ensemble — qui transfère l'individu et la société humaine du monde animal de la nature au monde humain de la culture.

Ainsi compris, le mythe revêt une importance première. Sa structure logique définit la structure logique de la pensée individuelle et sociale. Ses interdits définissent les positions générationnelles, et donc inscrivent les sujets dans une histoire. Il donne sens aux divers rôles sociaux et aux destinées individuelles. Le récit mythique offre une enveloppe cohérente à la représentation que l'humain se donne de lui-même comme sujet et comme groupe, et légitimise cette représentation. C'est pourquoi tous les mythes parlent des origines et posent l'espace atemporel de celles-ci.

Certains courants psychanalytiques se sont reconnus dans la pensée de Levy-Strauss. Freud n'avait-il pas déjà rattaché l'interdit de l'inceste au mythe d'Œdipe? Normalement, les interdits d'un individu sont ceux de sa culture. La structure logique du mythe se retrouve donc dans la forme que prennent les rapports du conscient à l'inconscient.

Levy-Strauss et parfois Lacan ont cependant trop accentué l'aspect structurant collectif, logique et impersonnel du mythe au détriment de la fonction d'unification et d'effort de maîtrise sur soi-même que remplit la pensée mythique pour l'individu. A. Pichot (1983) va souligner cette fonction en l'éclairant du concept d'autodéterminisme.

Cet auteur définit tout système vivant, biologique ou psychologique, comme soumis à une logique circulaire. Or le principe de celle-ci n'est pas seulement que toutes les parties forment un tout qui dépasse leur addition. La logique circulaire implique en outre que cette totalité soit régie par une loi ou nécessité d'autodéterminisme. C'est-à-dire que le système vivant a pour trait caractéristique de tendre à la maîtrise complète de lui-même par lui-même. Il crée ses propres lois de fonctionnement et tend à le faire toujours de plus en plus. Il s'agit là d'un projet impossible, tant logiquement que pratiquement, bien qu'il soit impliqué dans le principe de la logique autoréférentielle qui commande tout système vivant. Le vivant est donc structurellement paradoxal, construit sur un principe logique irréalisable et cependant concrétisé. C'est ce qui lui donne son perpétuel mouvement d'autoréalisation, progressant sans cesse vers un état idéal de lui-même qu'il ne peut cependant jamais atteindre.

Ainsi de même, tout être humain va-t-il toujours essayer de se donner du monde, de sa société, de lui-même et de son destin une explication cohérente qu'il puisse maîtriser consciemment. Il y est obligé par la loi d'autodéterminisme du vivant. Le mythe est la forme de pensée par laquelle il tente d'y parvenir. Il s'agit d'un récit à la fois imaginaire et logique par lequel le sujet se donne une image intelligible de sa naissance, de sa place et de son rôle dans la famille et la société, de sa destinée et de sa mort. Il y trouve la description de sa soumission aux lois du groupe, mais aussi celle de sa part de liberté et de responsabilité sur sa propre vie. Le mythe ne donne pas seulement la structure logique du psychisme, il a aussi une fonction affective essentielle. Il permet au sujet de se donner une intelligibilité consciente réflexive de lui-même, le sentiment de son auto-maîtrise et la signification de son existence.

Dès 1963, Ferreira avait remarqué l'importance des mythes familiaux, d'une manière cependant plus partielle que nous ne venons de le faire. Il les décrit comme un ensemble de croyances partagées par tous les membres d'une famille, concernant leurs images et rôles mutuels. Ces mythes constituent une image interne que la famille se donne d'elle-même, et au maintien de laquelle tous les membres contribuent fortement, y compris contre toute vraisemblance. Ferreira y voit un moyen du maintien de l'homéostasie familiale. Il les appelle mythes dans la mesure où ces images sont irréalistes et fonctionnent comme moyen de résistance au changement. Pour lui donc, en un premier temps, les mythes familiaux sont des phénomènes de type pathologique. Au passage cependant, il note

la profonde influence de ces mythes sur le psychisme individuel, indiquant comment des années plus tard un sujet peut continuer de répéter les rôles mythiques de son enfance, même alors qu'il a quitté depuis longtemps son milieu d'origine.

Ces remarques de Ferreira nous introduisent ainsi par le biais du mythe à la question des rapports entre individu et groupe dans la thérapie familiale.

Fonction du mythe familial

Nous partageons le point de vue de A. Fichot, relayant et complétant le point de vue structuraliste de Levy-Strauss. Pour nous, le mythe n'est donc pas une fonction pathologique, mais normale. Cependant, il témoigne du défaut structurel de tout vivant : son nécessaire effort vers un autodéterminisme qui ne réussira jamais totalement. En l'occurrence ici l'autodéterminisme du psychisme individuel. Le mythe assure, par un récit structuré qui se donne sur le plan de la généralité éthique, la cohérence consciente du sujet et sa conviction nécessaire de maîtrise consciente de lui-même. Il lui définit les règles de ses comportements et le sens de sa destinée.

Cette fonction individuelle s'appuie cependant sur une assise sociale. Tout d'abord parce que les règles de conduite et les rôles ont évidemment une dimension relationnelle familiale et sociale. Ensuite parce que le mythe est bien un récit, une sorte d'histoire fondatrice et atemporelle, donc invérifiable. Même lorsqu'il s'agit d'une histoire réelle, le mythe est celle-ci en tant qu'on en tire une interprétation éthique toujours arbitraire. Le mythe doit cependant être perçu comme véhiculant des vérités fondamentales, puisqu'il est chargé de donner sens à l'existence, et de légitimer les interdits. Le mythe s'enracine ainsi toujours dans une démarche de croyance (y compris quand il légitimise la valeur de vérité de la rationalité). Or la première vérification de la croyance vient du fait qu'elle est partagée par une collectivité suffisante. A défaut de quoi elle s'écroule en tant que croyance, et la valeur du mythe avec elle (ou elle devient délirante : le mythe d'un seul, qui se satisfait de cette mégalomanie).

Ferreira remarque que l'image que l'individu se donne de lui-même est comme le reflet en lui de celle que lui a donnée le mythe familial. Il ne saurait en être autrement, même si d'en devenir conscient lui permettra d'en construire de nouvelles interprétations qui lui assureront plus de liberté. Mais cet auteur va plus loin encore : c'est la nature même de la famille qu'il suggère comme étant d'ordre mythique (1966). Parce que c'est la communauté d'un mythe social et ensuite familial qui rassemble les personnes constitutives du groupe en tant que communauté familiale. Ce que nous avons exposé plus haut montre que nous partageons entièrement ce point de vue. Le concept de famille désigne un système particulier de relations entre des personnes. Le mythe, comme « récit » qui définit ce que sont ces relations, de couple, de paternité et de maternité, d'éducation, de droits et de devoirs réciproques entre partenaires, etc., est indispensable pour la constitution de la famille, et sans lui, rien ne rassemblerait de façon obligée les conjoints et leurs enfants à la manière dont ils le sont. Aucune nécessité biologi-

que, économique ni même sexuelle n'oblige à un tel rassemblement, comme nous le montrent les études ethnologiques. La famille prend des formes aussi variées que possible selon les cultures, et la forme que nous en connaissons chez nous est bien une construction culturelle particulière de l'Occident.

Le mythe constitutif de la famille prend lui-même ses racines dans le mythe social. Ce dernier définit en effet la cellule familiale comme un des éléments constitutifs de la société. Il en produit les principales règles de structure. Chaque famille va en réinterpréter les données à sa manière, et y ajouter des éléments propres à la saga et à l'éthique de cette famille-là.

Groupe social, famille et psychisme individuel sont donc fondés tous trois sur un même ensemble de récits mythiques qui articulent ces trois niveaux et leur donnent leur existence. La question se pose alors de savoir si le concept d'homéostasie est légitime à chacun de ces niveaux, et comment l'articuler dans les thérapies? Ce concept vient en effet de la biologie, et caractérise ainsi des propriétés de systèmes physico-chimiques. Il n'est pas nécessairement évident qu'on puisse le transposer tel quel dans l'ordre du mythe, c'est-à-dire du psycho-social humain.

Nous sommes habitués à utiliser l'idée que de nombreux patients se maintiennent dans leur pathologie pour protéger la stabilité de la famille, ou au moins celle du couple parental qui en est à l'origine. La question des rapports de l'individu à sa famille éventuellement pathogène se pose alors comme celle d'un sacrifice du sujet pour le maintien de l'homéostasie familiale. Toute la clinique nous montre que le patient résiste au changement autant que les autres membres de sa famille. Devons-nous le gratifier d'un altruisme autodestructeur comme motif de cette attitude? Ou devons-n'y voir qu'une stratégie pour en être entendu, et pour rendre perceptibles les contradictions internes du récit mythique familial?

Mais surtout, à partir du moment où nous admettons, avec Ferreira et bien d'autres, que l'unité de la famille, et même sa nature la plus spécifique est d'ordre mythique, que devient le concept d'homéostasie et, de là, la légitimité des interprétations que nous proposons dans nos thérapies?

«Homéostasie» familiale et homéostasie biologique

Résumons la description du mythe familial. Il est un ensemble de représentations qui organise les rôles essentiels des membres de la famille dans l'existence, et les lie entre eux: comme situés dans un ordre générationnel, définis quant à leurs rôles sexuels, positionnés dans leurs fonctions affectives, sociales et biologiques. Ces représentations sont, au moins implicitement, organisées comme un récit cohérent articulé sur l'histoire sociale et familiale, récit qui légitimise une éthique. Chaque membre de la famille est psychiquement constitué par ce récit. Il y adhère donc sous peine d'évanescence de son propre champ de conscience. Par là-même, il est orienté à maintenir la stabilité du mythe familial. Toute menace de rupture de ce mythe menace *ipso facto* l'équilibre de tous les membres.

L'homéostasie familiale est donc l'œuvre de tous comme le nécessaire maintien de la cohérence logique interne minimale du mythe, en tant que chacun en a

besoin pour se définir lui-même. C'est-à-dire en tant qu'il a besoin de la confirmation de celui-ci par les autres pour assurer sa croyance dans la valeur et la solidité de ce mythe fondateur de sa propre conscience.

Tout ceci semble bien nous conduire à considérer que la famille, comme «mythe vivant» concrétisé dans les interactions de ses membres, pourrait justement être considérée comme un «être vivant» de niveau supérieur. On pourrait d'ailleurs dire la même chose dans ce cas d'une nation, ou de tout groupe lié par une structure mythique qui en identifie les membres et les relie en un tout collectif. C'est bien là l'idée contenue dans le concept d'homéostasie familiale.

Il se glisse cependant dans une telle analogie entre famille et sujet vivant biologique une erreur subtile. Pour la pointer, force nous est d'aller un peu plus avant dans des considérations dont le lecteur voudra bien excuser la relative abstraction. Le chemin le plus facile pour marquer la différence entre vivant biologique et «vivant mythique» est sans doute de revenir en détail au premier terme de la comparaison: le vivant biologique.

Un vivant quel qu'il soit — cellule, plante ou animal — est composé de molécules de base (ou *a fortiori* d'atomes) d'une extrême banalité. Un peu comme sont tout à fait banales et aspécifiques les briques qui composent une maison. Ce qui en fait un «système» spécifique, ce sont les liaisons qui arrangent ces éléments en un édifice particulier. On peut dire aussi que c'est l'information qui fait le système pour désigner l'aspect logique de ces liens. Or dans un vivant biologique, toute l'information qui spécifie le système est contenue dans le génome. Les influences du milieu, en cours de développement, ajoutent des informations accidentelles, mais celles-ci ne font pas partie de l'essence du système. Ces informations ne peuvent jamais modifier le génome, en qui réside l'identité du système comme tel. En d'autres mots plus simples: aucun avatar ne transforme jamais un chat en un chien. Quand on constate qu'un système est «homéostatique», c'est-à-dire autoréférentiel et autoconservateur, on constate l'aspect de constance fondamentale de l'information génétique d'un sujet, qui ne se laisse pas transformer par les accidents circonstanciels.

Revenons à la famille. Sa logique en tant que système familial ne réside pas dans un génome, mais dans la logique structurelle du mythe: l'ensemble des propositions et les liens entre celles-ci qui forment un récit «cohérent» pour les sujets quant à leur existence dans le monde, et le sens de leur vie. Le fondement de cette cohérence, et ce qui ne peut être détruit, c'est la conscience réflexive de chaque sujet. La force de la constance ou homéostasie ne réside donc pas dans le mythe familial lui-même, qui s'auto-maintiendrait en tant qu'information comme un génome, mais bien dans chacune des «parties» de la famille, c'est-à-dire dans la conscience réflexive de chacun des membres. De ce fait, et comme on le constate, un mythe familial peut être transformé, et même éventuellement de fond en comble, sans que cesse l'existence de la famille. Exactement comme si, dans une cellule, les protéines constitutives modifiaient l'information du génome et que cependant la cellule restait elle-même: ce qui, au niveau biologique, est impossible. Nous voyons donc que dans le vivant biologique, bien que la logique organisationnelle soit circulaire, celle de l'information ne l'est pas exactement. Elle va

toujours du génome vers les parties du système, et ne revient pas en sens inverse modifier le génome. C'est exactement ce sens unique que désigne le terme d'homéostasie. Par contre, le mythe constitutif d'une famille, d'un groupe, d'une nation est sans cesse transformé, éventuellement dans les éléments les plus fondamentaux de sa logique, par les sujets humains qui, collectivement, le constituent. C'est l'homéostasie consciente réflexive de chaque sujet qui se maintient et non l'homéostasie du mythe collectif. A défaut de quoi, d'ailleurs, aucune thérapie familiale ne serait possible.

L'homéostasie familiale est l'inertie propre à un *contrat collectif* dont l'enjeu est que chaque membre réussisse à se donner la conscience réflexive d'exister dans une vie qui a un sens. L'homéostasie biologique n'a rigoureusement rien d'un contrat: elle est l'imposition à tous les éléments du système d'une information à sens unique, contenue dans le génome, et qui se maintient pour elle-même.

Il n'y a donc pas d'opposition entre homéostasie familiale et individuelle, puisqu'il n'y a d'homéostasie qu'individuelle. Mais celle-ci a nécessairement besoin du groupe pour se constituer. Et ce groupe est en général la famille parce que la société institue celle-ci dans cette fonction.

Quelques conséquences thérapeutiques

Les problèmes que nous montre la pathologie sont donc des problèmes de manque de cohérence interne du mythe familial, ou de son manque de cohérence avec les mythes sociaux, comme impuissance à fonder un espace de vie mentale pour tel ou tel des membres de cette famille. Il ne s'agit pas de problèmes de rivalité entre une homéostasie familiale et celle d'un individu.

Rappelant tout ceci, nous ne nous écartons pas, à notre avis, de l'interprétation que donne Ferreira lui-même de l'homéostasie familiale, dès son article de 1963. Il la voit bien comme cohérence du mythe et souligne le caractère pathogène de ses contradictions internes ou d'avec les mythes sociaux. Nous croyons ce rappel utile devant la fortune des interprétations proposées aux familles psychotiques, droguées ou anorexiques: il est constant de poser que le patient désigné se rend malade ou le reste pour sauver l'homéostasie de la famille ou celle du couple parental. Ceci est souvent compris, par les thérapeutes eux-mêmes, comme une manière de créer du soucis aux parents de telle sorte qu'ils soient ainsi dispensés d'affronter leurs problèmes de couple. Outre qu'une déclaration de ce type est inutilement culpabilisante, elle est superficielle et incomplète.

On ne peut manquer d'être frappé, par exemple, par la fréquence avec laquelle de jeunes psychotiques expriment l'idée que, s'ils venaient à changer, ils entraîneraient la mort d'un de leurs parents. Du côté de ceux-ci, on est également frappé de la fréquence avec laquelle est évoquée la mort du patient: «Parfois je me dis que j'aimerais mieux le voir mort que malade de la sorte.» On peut entendre dans ces propos la répression difficile de désirs réciproques de meurtre. On peut y trouver la justification de l'idée que la maladie sert à protéger la famille.

Or il n'est pas rare qu'en avançant dans l'élaboration de la saga familiale, ces propos prennent un tout autre sens: interdit du deuil d'un autre enfant mort à la naissance, et que le patient vient cependant remplacer; conflits insolubles entre des valeurs de standing financier, de désirs amoureux, de fidélités obligées; rôles contradictoires que les valeurs des deux familles imposent aux parents comme homme et femme, père et mère, etc. Or toutes ces situations ne prennent sens que si on s'intéresse aux croyances familiales, et à leur histoire sur plusieurs générations, confrontée aux événements que les familles ont dû affronter. Ce qui fonde la pathologie comme telle, ce sont des contradictions internes dans la logique des mythes et des valeurs qui fondent cette famille. Contradictions telles qu'à un moment elles deviennent destructrices de l'identité même de tel ou tel sujet membre du groupe. Le plus souvent d'ailleurs cette contradiction apparaît entre la logique propre au mythe familial et celle de la société ambiante. Or les deux doivent se soutenir pour donner aux sujets simultanément un espace personnel, familial et un espace social. La thérapie vise précisément à transformer le mythe familial de manière à le rendre capable d'assurer sa triple fonction: la certitude d'exister, la viabilité journalière du groupe familial et la consistance du groupe social.

Nous pensons qu'une technique thérapeutique qui se donne ainsi pour objet les croyances familiales et leur histoire respecte mieux la vraie «homéostasie» familiale là où elle se situe. Elle se préserve mieux d'un risque de culpabilisation injuste des parents. Elle rencontre, enfin, patients, parents et couples dans les vrais enjeux de leurs problématiques humaines.

L. Cassiers
Clinique Universitaire Saint-Luc
10, av. Hippocrate
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferreira A. (1963): Family myth and homeostasis, *Arch. Gen. Psych.*, 9, 457-467.
2. Ferreira A. (1966): Family Myths, *Psych. Res. Rep.*, 20, *Am. Psych. Ass.*
3. Pichot A. (1980): *Éléments pour une théorie de la Biologie*, Maloine, Paris.
4. Pichot A. (1983): *Rapports du Biologique et du Psychologique*, Cabay/L-L-Neuve.
5. Smith P., Ramnoux Cl., Ricœur P. et Detienne M. (1985): Mythes, *Encyclopaedia Universalis*, vol. 12, 879-894.

CONTRIBUTION DES RITES AU FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Monique MORVAL*

Résumé: *Contribution des rites au fonctionnement familial* — Les rites familiaux (habitudes familiales régulières et importantes pour tous) exercent une fonction régulatrice au sein de la famille. Cet article présente une synthèse des écrits et études sur le sujet et suggère des pistes pour améliorer la cohésion familiale à l'aide des rites.

Summary: *The contribution of rituals to family functioning* — Rituals, which are important practices for all family members, play a regulating role for the family. This paper presents a synthesis of the literature and research dealing with this issue, and provides some guidelines in preserving and enhancing rituals as a force for family cohesion.

Mots-clés: Familles — Rites familiaux — Fonctionnement familial.

Key-words: Family — Family rituals — Family functioning.

C'est l'anthropologue Van Gennep (1909) qui, le premier, observe les rites de passage dans les tribus primitives. De trois types, ils marquent les phases de transition du cycle de vie.

- les rites de séparation ont lieu avant ou pendant le départ: le sujet s'engage personnellement et signifie ainsi la séparation d'avec ses relations et rôles antérieurs;
- les rites de transition impliquent que l'individu se trouve entre deux situations sans statut propre ou défini: cette étape symbolise la désintégration et entraîne l'isolement;
- les rites d'incorporation expriment l'intégration dans une nouvelle identité sociale: ces rites démontrent une union avec une personne, un nouveau groupe, une nouvelle situation.

* Professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Pour sa part, Yeats (1979) répartit les différents rites tribaux en deux catégories selon leurs propriétés fonctionnelles. Les rites homéostatiques visent à la régulation et au maintien de l'état de groupe (Vizedom, 1976). Par ailleurs, les rites homéorhésiques sont des rites spécifiques liés au développement. Les rites de passage correspondent à cette deuxième catégorie. Ils visent principalement la régulation des changements de rôle et de statut (Hanchett et Casale, 1976; Linton, 1942). Ils fonctionnent non seulement pour restaurer l'homéostasie du système mais pour établir un nouvel équilibre qui incorpore la modification.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus quant à sa définition, le rite est généralement décrit comme un acte prescrit, rigide, répétitif et stéréotypé. Pour leur part, les coutumes sont définies comme des habitudes sociales. Elles concernent des comportements répétitifs qui ne sont toutefois pas hautement stylisés. Une polémique s'élève actuellement entre les anthropologues sur la question de savoir si la discussion religieuse doit nécessairement être présente. Yeats (1979) souligne qu'il est crucial pour l'application du rite à l'étude de la famille moderne, vu sa nature largement séculière, de baser la définition du rite sur ses fonctions et les schèmes de comportements plutôt que sur la dimension mystique et religieuse.

Bossard et Boll (1949) définissent les rites familiaux comme des procédures formelles et prescrites, résultant de l'interaction familiale; ils comprennent des comportements définis, dirigés vers un but spécifique, qui acquièrent rigidité et conformisme par suite de leur répétition dans le temps. Tels peuvent être les anniversaires, les repas en famille, les vacances, les pratiques religieuses, les loisirs collectifs, les habitudes quant au lever et au coucher, le culte rendu aux disparus, certaines règles régissant les affrontements au sein de la famille... (Ruffiot, 1980). Wolin et Bennett (1984) insistent sur l'aspect de communication symbolique et sur la satisfaction éprouvée par tous dans cette répétition stéréotypée. Il s'agit donc d'un schème de transactions fortement structuré et répétitif, qui définit ou réaffirme les règles de la relation sous une forme analogique, symbolique (Yeats, 1979).

I. CLASSIFICATION

Selon Yeats, les rites familiaux peuvent se répartir en deux catégories: les rites d'union et les rites du cycle de vie. Les rites d'union correspondent à la définition anthropologique du rituel comme étant répétitif, rigide et prescrit. Ils visent le maintien de la structure, c'est-à-dire l'aspect homéostatique du fonctionnement familial. Les activités familiales spéciales (souper dominical, voyages en famille, rassemblements pour les fêtes) ainsi que les loisirs pratiqués par les membres d'une même famille s'avèrent de cet ordre.

Pour leur part, les rites du cycle de vie ont une fonction analogue aux rites de passage dans la culture tribale; ils peuvent être décrits comme des actes qui ponctuent et affirment les changements liés au développement dans la famille. Ils redéfinissent les statuts des membres et modifient les normes et règles selon le développement de ces derniers. Lorsqu'une transformation liée au développe-

ment est affirmée par un rite du cycle de vie, la réalité et la signification de la modification sont permises au niveau du conscient de tous les membres, évitant ainsi l'isolement et les réponses négatives. Des conceptions similaires sont avancées par Levi-Strauss (1963), Kitahara (1974) et Friedman (1980). Ces rites fonctionnent pour valider le changement dans la famille et pour en faire une réalité partagée. Ils focalisent l'expression des affects soulevés par le processus de développement et contribuent à l'enrichissement de la vie familiale. Ainsi, les rites du cycle de vie peuvent être vus comme homéorhésiques, car ils facilitent un nouvel équilibre à un niveau supérieur de différenciation dans le système familial. Les célébrations de fête et d'anniversaire, les mariages et l'attention particulière dévolue à l'obtention d'un diplôme ou d'un premier emploi peuvent être considérés comme des rites de ce type.

Wolin et Bennett (1984) tiennent compte de l'aspect culturel ou idiosyncratique des rites de même que de leur structuration. Ils proposent la classification suivante:

- Les célébrations familiales: vacances et occasions largement répandues dans la culture, auxquelles la famille accorde une importance spéciale. Ils sont exercés de façon relativement standardisée pour une sous-culture donnée et se caractérisent par l'universalité des symboles. Il y a peu de contestations au sujet de leur importance émotionnelle. Il s'agit par exemple des fêtes religieuses annuelles (Noël, Bar Mitzvah...), des jours de congé fériés (Action de grâces, Nouvel-An...), des rites de passage (baptême, funérailles...). Ces rites marquent le passage du temps et la progression de la famille dans le cycle de vie. Ils définissent l'identité du groupe en tant que membre d'une culture plus large.
- Les traditions familiales: occasions spéciales choisies par chaque famille. Elles sont plus idiosyncratiques et ont une grande signification pour le groupe familial, qui veille à leur maintien. On y retrouve les vacances d'été, les visites, les anniversaires, les réceptions, la participation à des activités annuelles de la communauté ou à des rencontres régulières avec la famille élargie, etc. Ces rites répondent à un besoin d'unicité, de continuité interne et de cohésion; ils contribuent à l'identité familiale.
- Les interactions familiales: activités les plus fréquentes mais les moins consciemment planifiées, tels les soupers en famille, les routines du coucher, l'accueil des invités, les activités de loisir, les salutations, la discipline... Par ces rites, qui définissent les frontières, les individus consolident cet aspect de leur identité personnelle qui ressort de l'identité familiale.

II. FONCTIONS

Les rituels familiaux sont influencés par les valeurs culturelles, religieuses et ethniques du groupe d'appartenance, mais ils dépendent également beaucoup de

l'idiosyncrasie familiale. Ils requièrent en effet la participation de tous, chacun a un rôle à y jouer et assume la responsabilité de le mener à bon terme. L'individualité est momentanément dissoute au profit d'une conception groupale du monde et au service de la continuité familiale. Les frontières entre la famille et le monde extérieur sont de la sorte clarifiés (Reiss, 1981).

Ainsi, notent Wolin et Bennett (1984), s'établit et se perpétue un sentiment d'identité familiale, par l'assignation des rôles, l'établissement des frontières à l'intérieur et à l'extérieur, la définition des règles et des mythes concernant l'histoire de la famille. Cette culture familiale peut se transmettre de génération en génération. Les rites exercent donc une fonction d'éducation et de régulation des comportements, de partage et de transmission des croyances, et de définition de l'identité personnelle et familiale. Ils protègent les membres contre les sentiments de solitude et d'insécurité, par la participation au groupe, le partage de l'intimité et l'expérience esthétique qu'ils procurent. Comme ils permettent de prédire certains comportements, ils réduisent les tensions et le désordre, d'autant plus qu'ils exigent le respect des autres et le contrôle de soi (Bossard et Boll, 1949). Ils enrichissent la vie familiale, favorisent la socialisation des enfants et facilitent les changements développementaux (Yeats, 1979).

III. EXEMPLES

1° Les *rites d'union* ont peu fait l'objet de recherche dans la littérature. Shuman et ses collaborateurs (1985) étudient plus spécifiquement le rôle des repas. Ils notent qu'on peut définir les repas à la fois temporellement — le moment de la journée où la famille se rassemble pour manger — et spatialement — la table où les membres se rassemblent pour manger et les places qu'ils occupent. Le repas s'accompagne d'une quantité de rituels: le choix et la préparation des aliments, le service à table, la vitesse, les sujets de conversation admis ou non, etc. Dreyer et Dreyer (1973), observant quarante familles dans leur cadre naturel, considèrent le repas du soir comme peut-être le plus stable des rituels familiaux auxquels participe l'enfant. Ce dernier y trouve l'occasion d'une multitude d'apprentissage, tels que les comportements entourant le repas (étiquette et bonnes manières), les rôles, les règles et les valeurs de la vie familiale, le plaisir des sens, l'expression des sentiments, etc.

Yeats (1979) note que les célébrations d'anniversaire de naissance opèrent plus comme des rites d'union que comme des rites de passage. Une des fonctions de ces rites est de maintenir le sentiment que la famille est un lieu sûr, que les parents gardent le contrôle et que les enfants sont protégés.

Mais ce sont Wolin et Bennett (1980, 1984) qui ont étudié les rites familiaux de façon plus systématique, auprès de 25 familles d'alcooliques, à l'aide d'entrevues semi-structurées. Ils se sont centrés sur six aspects de la vie familiale: les dîners, les vacances, les soirées, les fins de semaine, les congés et les visites à la maison. Ils se sont demandés ce que devenaient ces rituels aux moments les plus

forts de l'alcoolisme. Dans huit familles, il n'y a pas eu de changement; dans dix autres, à peu près la moitié des rites ont été altérés; et dans les sept dernières, ils ont tous été altérés. Le rite le plus important et qui a la vie la plus dure concerne les vacances. Wolin et ses collaborateurs (1980) concluent que la non-observance des rites familiaux suite à une situation pathologique telle que l'alcoolisme indique que le problème s'est répercuté au sein de la vie familiale. Lorsqu'ils sont maintenus malgré tout, la famille garde une certaine stabilité. C'est ainsi que les enfants d'alcooliques ont plus de risques de devenir eux-mêmes alcooliques si la famille n'a pas continué à observer ses rites.

Besette (1986) réalise une étude exploratoire auprès d'enfants souffrant de trouble d'apprentissage. Les rites suivants sont investigués, à l'aide d'une entrevue semi-structurée: souper, repas spécial de fin de semaine, lever des enfants, coucher, loisirs, vacances, visites, anniversaires, Noël et Nouvel-An. Cinq dimensions sont envisagées: régularité, cohésion, stéréotypie, climat affectif et importance subjective. Les résultats montrent que les familles d'enfant avec trouble d'apprentissage emploient moins de rites et accordent moins d'importance à la cohésion. Ces observations coïncident avec leur tendance générale, relevée dans la littérature, à être moins structurées et moins cohésives.

2° Friedman (1980) souligne l'importance de la famille dans l'établissement des *rites de passage*, car c'est elle — et non la culture — qui détermine la qualité émotionnelle de telles occasions et par conséquent le succès du passage. C'est également elle qui choisit les rites à employer, en fonction de ses propres caractéristiques. Yeats (1979) ajoute que, de nos jours, les cérémonies religieuses et séculières sont devenues anonymes et vides de sens. Il revient donc à la famille de confirmer le développement de ses membres en créant de nouveaux rites.

C'est vraiment la famille tout entière, et pas seulement l'individu en cause, qui opère la transition vers une nouvelle phase du cycle de vie familiale. Les cérémonies qui entourent ce passage mettent les membres de la famille en contact les uns avec les autres. Sur la base de 20 ans d'expérience en tant que rabbin et thérapeute, Friedman (1980) tire quatre conclusions concernant les rites de passage:

1. Ce sont des événements qui ont lieu en raison des processus émotionnels à l'œuvre dans la famille de ceux qui sont le centre de la cérémonie.
2. La cérémonie reflète le changement qui survient dans la famille ainsi que son mouvement vers l'avant;
3. Les moments qui précèdent et qui suivent la célébration sont de ce fait des périodes adéquates pour induire un changement dans le système familial;
4. Il semble y avoir une durée normale pour passer à travers ce processus et toute tentative de le hâter ou de le ralentir est signe de problèmes non résolus dans les relations familiales.

Friedman indique notamment que les funérailles permettent de prendre ou de changer de responsabilité, de reprendre contact avec les membres éloignés, de connaître l'histoire de la famille, d'apprendre comment faire face à l'anxiété, de retravailler les triangles qui semblent resurgir à ces moments-là, et de réduire l'effet débilisant du deuil, résidu de problèmes de relation non liquidés. En effet, «ce n'est pas seulement un individu qui meurt, c'est surtout un membre de la famille, une partie d'un organisme» (p. 442).

Quinn et ses collaborateurs (1985) notent que les anciens rites de passage vers l'adolescence ont fait place à des attentes et à des affirmations plus ou moins vagues et sans signification, ce qui interfère avec la mission de la famille de promouvoir le développement fonctionnel de l'adolescent et avec la capacité d'éprouver un sentiment d'attachement à la communauté. Ces auteurs proposent donc de prescrire un rite instituant le passage, dans le cas d'une thérapie familiale avec des adolescents. Selvini-Palazzoli (1975) utilise d'ailleurs cette technique avec succès dans ses thérapies familiales.

Dans une étude clinique portant sur les perceptions des parents quant au départ de leurs enfants, Lefèbre (1982) interviewe dix couples canadiens-français de niveau socio-économique moyen ou supérieur. Différents aspects sont abordés: 1. les perceptions et sentiments face aux départs successifs des enfants de la maison; 2. les modifications et difficultés entourant ces départs; 3. les raisons, modes et conditions sous lesquels se sont réalisés les séparations. Les mêmes dimensions sont investiguées pour le départ des parents de leur propre famille d'origine. Des études de cas sont ainsi réalisées pour chaque couple.

Dans six familles, nous retrouvons chez les enfants le même schème de passage que chez leurs parents. Cependant, chaque famille agit différemment et les membres d'une même famille procèdent parfois de façon distincte. Mais la séparation n'est considérée comme définitive par les parents que lorsque l'enfant passe à travers un rite bien structuré tel que le mariage. A un niveau moindre cependant, l'obtention d'un emploi à temps plein peut aussi signifier l'accès au réel statut d'adulte.

Dans les quatre autres familles, les modalités de passage utilisées par les enfants se distinguent considérablement de celles employées par les parents. Lors du départ, les enfants de la même famille, à l'exception d'un représentant, optent toutefois pour la même modalité soit la cohabitation. Ces familles présentent certaines similitudes: 1. les parents insistent sur le fait que leurs enfants possèdent toujours une clé du domicile familial, symptôme d'un éventuel retour; 2. dans chacune des familles, un des enfants adopte un mode distinct de sa fratrie; 3. dans tous les cas, un des enfants présente des difficultés à quitter sa famille, celles-ci s'exprimant principalement par des départs-retours successifs ou par la remise du départ à plus tard. Les parents mentionnent enfin la nécessité de s'adapter aux mœurs et usages nouveaux.

A titre d'hypothèse, et selon les propositions avancées par Friedman (1980), nous pouvons supposer que ces différents éléments indiquent des difficultés au niveau de la séparation. La culture et les coutumes peuvent servir d'indicateurs quant aux relations entre les divers membres de la famille. En ce sens, l'enfant

qui diffère et respecte les coutumes apparaîtrait comme le garant des valeurs de ses parents. Enfin, Friedman souligne que le fait de référer à une explication culturelle (par exemple, la nécessité de s'adapter aux mœurs modernes) semble constituer un défi du processus familial.

On remarque donc l'importance d'une démarcation claire et précise concernant les modalités du départ de la maison. Les parents expriment leur satisfaction lorsqu'ils se retrouvent devant des rites établissant sans l'ombre d'un doute la croissance ou la maturité. Le mariage, l'obtention d'un diplôme ou d'un poste rémunéré à temps plein sont des exemples de tels événements. Nous relevons en effet que, lorsque les départs sont réalisés dans un contexte autre que le mariage, les parents mentionnent plus fréquemment leur participation active lors des diverses tâches entraînées par le déménagement. Cette implication vise vraisemblablement la clarification et la mise en branle d'un rite de passage mieux délimité, facilitant ainsi le processus de séparation (Lefèbvre et Morval, 1983).

CONCLUSION

Selon Bossard et Boll (1949), les rites sont des indices relativement fiables de l'intégration familiale, car ils impliquent la présence de similitudes entre les membres de la famille. Wolin et Bennett (1984) ajoutent même qu'ils sont essentiels à la bonne santé d'une famille. Ils indiquent cependant que, dans certains cas, ils peuvent être signes de pathologie, surtout lorsqu'ils manquent de souplesse et sont rigidelement suivis.

Certaines familles se sentent très engagées dans ces pratiques rituelles; elles se caractérisent par l'importance qu'elles accordent à la signification historique de la vie familiale et à la conservation de sa structure à travers les générations. Le risque est que les rites ne deviennent de la sorte vides de sens et lourds à porter pour certains membres. Les familles moins engagées sont davantage orientées vers le présent, ont une structure plus égalitaire et sont moins attachées aux valeurs du groupe ethnique, religieux ou communautaire. A l'extrême, elles risquent de perdre leur sens d'identité familiale.

Pour que les rites gardent leur signification et leur efficacité, leur observance doit se modifier avec le cycle de vie familiale et s'adapter aux besoins de croissance des membres. Lorenz (1966) déclare que nous devons tolérer et même voir d'un bon œil les changements dans nos rites, dans la mesure où ils pointent vers l'épanouissement humain et l'intégration personnelle.

Monique Morval
Département de psychologie de l'Université de Montréal,
C.P. 6128,
Succ. A,
Montréal, H3C 3J7

BIBLIOGRAPHIE

1. Bessette M. (1986): *Contribution des rites familiaux au fonctionnement de familles avec des enfants d'âge scolaire primaire*, Montréal, mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
2. Bloom, M.V. (1977): *The Death of Childhood: The Process of Adolescent Parental Separation*, Dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Wright Institute, Berkeley.
3. Bossard J.H.S. and Boll E.S. (1969): Ritual in family living, *American Sociological Review*, 14, n° 4, 463-469.
4. Dreyer C.A. and Dreyer A.S. (1973): Family dinner time as a unique behavior habit, *Family Process*, 12, n° 3, 291-302.
5. Friedman E.H. (1980): Systems and Ceremonies: Family View of Rites of Passage, in: Carter E.A. and McGoldrick M. (eds.), *The Family Life Cycle: a Framework for Family Therapy*, Gardner Press, New York.
6. Hachett S. and Casale L. (1976): The Theory of Transitional Phenomena and Cultural Symbols, *Contemporary Psychoanalysis*, 12, 496-507.
7. Kitahara M. (1974): A Function of Marriage Ceremony, *Anthropologica*, 16, 163-175.
8. Lefèbvre G. (1982): *Adaptation du couple à la période postparentale*, Mémoire inédit de maîtrise en psychologie, Université de Montréal.
9. Lefèbvre G. et Morval M. (1983): Les rites de passage lors de la séparation parents-enfants, *Revue Canadienne de santé mentale communautaire*, 2, n° 2, 83-90.
10. Lévi-Strauss C. (1958, 1963): *Structural Anthropology*, Basic Book, New York. En français: *Anthropologie structurale*, Paris.
11. Linton R. (1942): Age and Sex Categories, *Am. Soc. Rev.*, 7, 589-603.
12. Lorenz K.Z. (1966): Evolution of ritualization in the biological and cultural spheres, *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, series B, Vol. 251, 273-284.
13. Morval M. (1985): *Psychologie de la famille*, P.U.M., Montréal.
14. Quinn W.H., Newfield W.A. and Protinsky H.O. (1985): Rites of Passage in Families with Adolescents, *Family Process*, 24, n° 1, 101-112.
15. Reiss D. (1981): *The Family's Construction of Reality*, Mass.: Harvard University Press, Cambridge.
16. Rufiot A. (1981): *La thérapie familiale psychanalytique*, Inconscient et culture, Dunod, Paris.
17. Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. et Prata G. (1978): *Paradoxe et contre-paradoxe*, E.S.F., Paris.
18. Shuman A., Browning R. and Arnold L.E. (1985): Nutrition, Nurture and Changing Family Rituals, in: Arnold E. (ed.), *Parents, Children and change*, Mass. Lexington Books, Lexington, pp. 95-113.
19. Van Gennep A. (1909): *Les Rites de Passage*, Ferme, Paris.
20. Vizedom M. (1976): Rites and Relationships: Rite of Passage and Contemporary Anthropology, *Sage Research Papers in the Social Sciences*, 4 (90-027): 1-63.
21. Wolin S.T., Bennett L.A., Noonan D.L. and Teitelbaum M.A. (1980): Disrupted Family Rituals, *Journal of Studies on Alcohol*, 41, n° 3, 199-214.
22. Wolin S.T. and Bennett L.A. (1984): Family Rituals, *Family Process*, 23, n° 3, 401-420.
23. Yeats E.L. (1979): *Family Rites of Passage: a Study of Ritual and the School Entry Transition in Five Healthy Families*, Dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Philosophy, University of Massachusetts, Massachusetts.

L'APPROCHE FAMILIALE DE LA MALADIE EN AFRIQUE CENTRALE, ÉTIOLOGIE ET PARENTÉ

J.M. GUILÉ*, P. OKEMBA-NGOUE***, D. BOISVERT*
et K. ZUKOWSKA*

Résumé: *Approche familiale de la maladie en Afrique Centrale, étiologie et parenté* — A partir d'une analyse du système de parenté, puis de la théorie étiologique de l'infortune, il est possible de comprendre la réponse de la famille africaine à la maladie. Cette réponse s'effectue suivant les principes directeurs de l'organisation familiale. Au sein des sociétés matrilineaires d'Afrique Centrale, la théorie étiologique, faisant une large place à la sorcellerie comme explication causale de la maladie, et le système de parenté convergent pour placer l'oncle maternel en position de plaignant désigné et d'auteur désigné de la maladie.

Summary: *Family approach of illness in Central Africa, kinship and etiology* — From an analysis of kinship system and etiological theory of misfortune, it is possible to understand african family reply to illness. This reply is performed according to guiding principles of family organisation. Among matrilineal societies of Central Africa, etiological theory, giving a broad place to witchcraft as causal explanation of illness, and kinship system bring together maternal uncle into position of index complainant and index agent of disease.

Mots-clés: Anthropologie médicale — Etiologie — Famille — Afrique.

Key-words: Medical anthropology — Etiology — Family — Africa.

La maladie n'est pas une réalité strictement individuelle. A toutes ses étapes, depuis le diagnostic jusqu'à la thérapeutique, elle se conforme aux contraintes collectives.

En terre africaine, la réponse de la famille à l'irruption d'une maladie chez l'un de ses membres s'effectue suivant les principes directeurs de l'organisation familiale et sociale. A partir d'une analyse du système de parenté, puis de la théorie étiologique de l'infortune, il est possible de comprendre la réponse familiale.

Les matériaux de cette présentation sont tirés d'une communication au XXII^e Congrès de l'A.P.Q., Québec, 11 juin 1987.

* Centre de Recherche en Psychopathologie de la Côte-Nord Baie-Comeau et Université McGill.

** Département de Psychiatrie de Brazzaville et Université de Paris.

Nous nous référons à une société à accentuation matrilineaire de la République Populaire du Congo, la société Kouyou, dont les traits culturels sont largement récurrents en Afrique Centrale.

Représentation de la maladie

La représentation de la maladie en terre traditionnelle africaine n'équivaut pas au concept occidental de maladie. Le champ de la maladie traverse l'ensemble du tissu social et les limites de ce champ ne sont pas les mêmes qu'en Occident. En Afrique, la maladie appartient à la catégorie de l'infortune, du malheur et de la malchance.

Le praticien que la société reconnaît comme compétent pour prendre en charge la maladie gère d'autres événements malchanceux : échec scolaire, professionnel ainsi que certains décès ou actes antisociaux. Ce praticien, initié aux tradipratiques de santé, est appelé couramment *nganga* en Afrique Bantou, terme qui a été traduit par celui de tradipraticien. Des confusions ont pu apparaître entre sorciers et tradipraticiens. Ceci est dû, moins à des traductions imprécises, qu'à la fondamentale ambivalence du guérisseur traditionnel. Lorsqu'il lutte contre une infortune, il agit en tant qu'« exorciste » (*witch doctor*) face aux agents malveillants (*witch*) responsables de cet événement malheureux. Mais il peut être agent de maladie lui-même, en tant que « magicien » (*sorcerer*). Ces distinctions sont rassemblées dans le Tableau I, avec la terminologie déjà utilisée en anthropologie par E.E. Evans-Pritchard (1972).

Tableau I.

Traduction française employée	Terminologie d'E.E. Evans-Pritchard
1. Tradipraticien agissant comme « exorciste »	<i>witch doctor</i>
« magicien »	<i>sorcerer</i>
2. Sorcier	<i>witch</i>

Le sorcier partage avec le tradipraticien la capacité d'être agent d'infortune, mais il n'a ni statut particulier attaché à cette qualité, ni compétence reconnue pour guérir une maladie.

Le processus thérapeutique dans lequel intervient le tradipraticien se développe suivant des temps forts spécifiques parmi lesquels on compte le diagnostic étiologique. L'observation tient une place prépondérante dans l'exercice du diagnostic biomédical moderne. La biomédecine repose sur une sémiologie clinique, sur une interprétation des signes cliniques en fonction d'une théorie du corps et

de la personne. En médecine traditionnelle africaine, il existe certes des classements symptomatiques mais ils ne fondent pas une nosologie pertinente. Habituellement, le diagnostic traditionnel passe outre la sémiologie clinique pour gagner rapidement l'étiologie, c'est-à-dire l'univers des causes personnelles et sociales.

Organisation familiale

En Afrique, l'organisation familiale repose sur une répartition des membres d'une même famille à l'intérieur d'un système de groupes de parents consanguins ou alliés. Le système de parenté est ainsi la mise en forme des relations familiales. La relation de parenté est une relation sociale et non le simple rapport de consanguinité biologique. Sont parents les individus entre lesquels est reconnu un rapport d'affiliation ou d'alliance par mariage. Dans l'ensemble des parents possibles, le système de parenté découpe des groupes, comme le lignage ou le clan, et laisse en dehors ceux auxquels n'est pas reconnue cette qualité de parents.

Ce principe de classification familiale et d'organisation sociale transparait dans le langage de parenté. L'enfant utilise les mêmes appellations pour désigner son père et les frères de son père; de même, il use des mêmes termes pour appeler sa mère et les sœurs de sa mère. Ceci est une illustration des manipulations de la terminologie de parenté qui, d'une part, identifie, pour l'enfant, parents directs et parents collatéraux, et, d'autre part, oppose parents maternels et parents paternels. D'autres opérations y contribuent comme celles qui identifient des parents de sexe opposé ou de générations distinctes, symétriques par rapport au sujet. Enfin, et c'est le cas de la société Kouyou, cette manipulation peut prendre un autre aspect qui approfondit la dissociation entre parenté sociale et parenté biologique. Il s'agit du traitement différencié de parents de même génération; des individus classés dans une même génération, du point de vue biologique, appartiennent à une autre génération du point de vue social. L'enfant ne considère pas ses cousins croisés comme appartenant à la même génération que lui; les enfants de sa tante paternelle (cousins croisés patrilatéraux) sont des pères tandis que les enfants de son oncle maternel (cousins croisés matrilatéraux) sont ses enfants.

Ce système des appellations actualise le caractère matrilineaire de cette société. En utilisant l'appellation «enfant» pour désigner ses cousins croisés matrilatéraux, l'enfant s'identifie à son oncle maternel. De même, s'il appelle «père» ses cousins croisés patrilatéraux, c'est en raison de l'identification de ces derniers à leur propre oncle maternel. Le système des appellations détermine ainsi un statut particulier à l'oncle maternel. Plusieurs autres caractéristiques du système familial viennent renforcer la position singulière de l'oncle maternel par rapport à son neveu: richesse des termes du système d'appellations à destination de l'oncle, héritage dans la lignée maternelle, réciprocité de la relation d'aide et autorité de l'oncle sur le mariage de son neveu.

L'enfant est potentiellement sous la dépendance des deux lignées de parents, les maternels et les paternels. Mais le caractère matrilineaire du système de

parenté indique que l'affiliation, l'appartenance au groupe, est transmise par les femmes. Prolongée par le principe lignager et celui de séniorité, la position de l'oncle maternel est centrale dans le système familial. C'est à travers le rapport à l'oncle maternel que le sujet s'inscrit dans l'ensemble des rapports sociaux. Le système familial prescrit à l'oncle maternel une position d'autorité par rapport à son neveu utérin. Mais s'il a autorité sur son neveu, il peut aussi bien mésuser de cette autorité; l'oncle est ainsi, potentiellement, à la fois protecteur et agresseur. C'est ici que la relation de l'enfant à son père prend toute son importance.

Tandis que la relation de l'enfant à son oncle maternel est prescrite par l'ensemble des règles sociales, le rapport au père est l'expression d'une plus grande variété d'attitudes individuelles. Dans une société africaine traditionnelle matrilineaire, le processus de socialisation est une adhésion progressive à un ordre établi dans lequel l'oncle maternel occupe une position centrale. Dans cet ordre familial, le père n'est pas tenu à l'écart; par son attitude, il participe à la construction de la relation entre son enfant et son beau-frère, l'oncle de l'enfant. De plus, parce que la contrainte sociale pèse beaucoup moins sur ce type de relations père-enfant, il permet à l'enfant, par l'individuation de leurs relations, de n'être pas une «pure coïncidence au statut que la société lui assigne» (Corin, 1971).

Théorie étiologique

Le type de causalité mise en avant, dans l'étiologie traditionnelle africaine, est une réponse à la question pourquoi, pourquoi moi, pourquoi à tel moment et en tel lieu. La biomédecine occidentale répond à la question comment et élude, laissant aux religions constituées ou à la philosophie personnelle du malade, le soin de répondre à cette question. Cette connaissance sur le pourquoi s'ajoute au savoir empirique sur le comment (variable suivant les cultures et les individus).

L'explication causale actuelle de la maladie en Afrique Centrale fait appel à plusieurs registres d'événements. Sans prétendre traduire les catégories indigènes, on peut distinguer les registres suivants:

- celui des causes mécaniques, organiques ou naturelles;
- celui des transgressions d'interdits culturels ou de règles sociales;
- celui de l'intervention des esprits, d'ancêtres en particulier;
- celui des conflits interpersonnels ou intergroupes;
- celui, enfin, de l'intervention d'un individu malveillant, le sorcier.

L'explication complète requiert un ou, généralement, plusieurs registres. Très souvent, l'origine d'un mal est rapportée à l'action d'agents extérieurs, sans qu'il s'agisse de persécution au sens pathologique du terme, puisqu'il s'agit d'une représentation partagée par l'ensemble de la communauté et culturellement prescrite. Cette action est communément appelée sorcellerie. L'explication causale

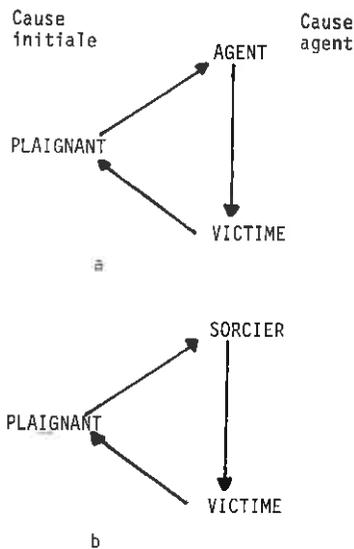


Figure 1: Configuration étiologique de sorcellerie.

de sorcellerie peut être formalisée selon la Figure 1a. Elle reprend la distinction, entre cause-agent et cause-initiale, conceptualisée par Ellen Corin et Gilles Bibeau (1975) et introduit un élément supplémentaire, le plaignant; la victime est le malade.

Cette explication causale ne réalise pas une disculpation totale. En effet, c'est la victime-malade, elle-même, qui est repérée comme étant à la source du déclenchement de cette action de sorcellerie; elle s'était déjà, très souvent, signalée par des conduites marginales. Si l'action de l'agent malveillant est la cause-agent, la conduite antisociale de la victime est la cause-initiale.

La Figure 1a, avec l'introduction du «plaignant», est celle qui permet de subsumer le plus d'informations contenues dans les situations particulières de sorcellerie. Cette notion de «plaignant» fait écho aux thérapies systémiques. Ici, ce tiers terme exprime la plainte qui est générée par les conflits interpersonnels, les transgressions de règles sociales, l'abandon de prescriptions culturelles, toutes causes que nous avons énumérées plus haut. Les situations particulières mettent en scène trois types d'agents extérieurs malveillants: le sorcier (witch), le praticien (witch doctor/sorcerer) et le fétiche qui est le réceptacle cultuel du pouvoir des ancêtres.

Nous retiendrons le premier cas (Figure 1b) dans la mesure où il s'exprime dans l'unité familiale. Cette figure de sorcellerie (1b) est susceptible de s'exprimer en plusieurs modalités. Habituellement, plaignant, victime et sorcier sont trois individus distincts comme dans le conte du grainier: Je suis allé chez ma sœur pour lui demander à manger. Mais elle ne me donna que du manioc, et son grai-

nier était plein de viandes fumées. Voilà ma sœur, est-il possible de laisser faire cela? Et lui, de se plaindre, de clamer sa plainte dans la forêt. Quand plus tard, la femme tomba malade, n'était-ce pas parce qu'un sorcier avait «mystiquement» recueilli cette plainte?

Dans d'autres cas, le plaignant et le sorcier sont un même individu; le sorcier, méconnaissant son action, est alors reconnu durant le diagnostic étiologique effectué par le tradipraticien. L'intérêt de l'étude de ces figures réside dans le fait que, la plupart du temps, l'ensorcellement est retenu comme cause de la maladie et que le premier individu, accusé d'être sorcier, est un parent. Le plus souvent, c'est l'oncle maternel de la victime qui est accusé, alors que l'action du père a le plus souvent valeur de protection. Si l'oncle maternel occupe une position singulière dans le système de parenté, il occupe aussi une position particulière dans l'étiologie traditionnelle; il est le modèle idéologique du sorcier, celui sur lequel se focalisent les accusations de malfaisance. L'oncle maternel est à la fois homme de pouvoir au sein de la lignée maternelle et bouc-émissaire de la crise familiale. Ceci n'est pas sans rappeler l'ambiguïté d'Œdipe, successivement turannos (maître, roi) puis pharmacos (remède, bouc-émissaire) (Person, 1982).

Dans la conception d'une pré-existence d'un acte antifamilial de la victime, l'oncle maternel est à la fois:

- le plaignant désigné puisqu'il est le garant de la permanence de l'organisation familiale matrilineaire;
- et le sorcier désigné par la voix de la famille, telle qu'elle s'exprime dans les rumeurs, les réunions familiales ou les diagnostics conduits par les tradipraticiens.

Cette accusation prévalente, connue dans les sociétés matrilineaires quelle que soit l'aire géoethnique (Corin 1980, Augé 1984, Devish 1985), a pu être vérifiée dans les sociétés de la Cuvette Congolaise par une étude de terrain. Le diagnostic étiologique est un temps fort de l'itinéraire thérapeutique, il révèle la cause de la maladie. C'est à ce moment que l'oncle maternel est accusé de sorcellerie. Ce diagnostic étiologique est illustré par la très intéressante étude de Renaat Devish qui expose une divination chez les Yaka du Zaïre. Durant la première partie de la consultation, le devin identifie l'essentiel du cas en chantant, avec les consultants, une série de questions à réponse affirmative ou négative.

Ce diagnostic réactualise les relations intra-familiales, il exprime «une causalité structurale» (Devish 1985) telle qu'elle apparaît dans la comparaison des deux schémas, celui de la parenté, et celui de l'étiologie (Figure 2). «La grille étiologique assimile l'individu et son malheur au fondement de l'ordre socio-culturel». Ce qu'Augé exprime en disant que la constitution du corps individuel et celle de l'institution sociale procèdent de la même logique.

Au terme du diagnostic étiologique, le groupe familial convergera vers une définition commune du problème et des solutions. Le consensus familial ainsi créé se concrétisera ensuite dans l'organisation de la thérapie.

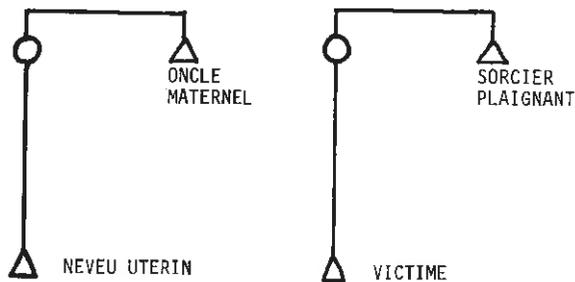


Figure 2: Système de parenté et étiologie.

J.M. Guilé

Département de Psychiatrie et Psychologie médicale
Hôpital Saint-Antoine
184, rue Faux-Bourg-de-Saint-Antoine
F-75012 Paris

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Messieurs Ngokaba, Bouya, Ndinga et Messieurs Okania, Mouele et N'Domokabi qui, en terre congolaise, française ou canadienne, ont considérablement aidé, de leurs connaissances, l'élaboration de cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Augé M. (1984): Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement, in: *Le Sens du mal*, Ed. Archives contemporaines, Paris.
2. Corin E. (1971): Le père comme modèle de différenciation dans une société clanique matrilineaire (Yansi, Congo-Kinshasa), *Psychopathologie africaine*, vol. VII, 2, 185-224.
3. Corin E. et Bibeau G. (1975): De la forme culturelle au vécu des troubles psychiques en Afrique, *Africa*, vol. XLV, 3.
4. Devereux G. (1970): Le diagnostic en psychiatrie primitive: théorie générale du diagnostic, in: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris.
5. Devish R. (1985): Diagnostic divinatoire chez les Yaka du Zaïre, *L'Ethnographie*, LXXXI, 96-97 (1985-2), 197-216.
6. Evans-Pritchard E.E. (1972): *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Gallimard, trad. française.
7. Guilé J.M., Alby J.M. et Bilongo-Manene A.A. (1986): L'ikéké: relation thérapeutique et évolution socio-culturelle, *Psychologie médicale*, 18, 12, 1833-1835.
8. Janzen J.M. (1978): *The quest for therapy in lower Zaïre*, University of California Press, Berkeley.
9. Person J. de (1982): La responsabilité au V^e siècle athénien, *Psychologie médicale*, 14, 12, 1835-1838.
10. Sindzingre N. (1985): Traditions et bio-médecine, *Sciences sociales et santé*, III, 3-4.

DICTIONNAIRE CLINIQUE DES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

Les *thérapies familiales* appliquées aux systèmes conjugaux et familiaux, élargies souvent aux institutions de soins, connaissent une expansion exceptionnelle qu'accompagne parallèlement celle de la terminologie clinique et théorique correspondante. Ce nouveau langage apparaît dans les multiples pratiques des thérapeutes familiaux, soit privés, soit œuvrant dans les nombreux milieux ou équipes concernés par l'aide psychothérapique et sociale, individuelle ou collective.

Cette nouvelle façon d'aborder les problèmes relationnels, née dans les pays anglo-saxons, s'est étendue assez récemment dans les pays francophones. Le développement de *la théorie générale des systèmes* de Ludwig Von Bertalanffy et de *la théorie écosystémique* de Grégory Bateson ont contribué à élargir considérablement les notions scientifiques ou pragmatiques nécessaires au corpus du vocabulaire utilisé au sein de *ce mouvement international* des thérapies familiales. Et c'est de cette constatation qu'est né le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques**, œuvre d'une équipe d'éminents spécialistes et praticiens.

De conception essentiellement clinique, comptant plus de 900 articles, cet ouvrage est immédiatement utilisable dans la pratique thérapeutique systémique. Chaque article, rédigé dans un langage clair, apporte au lecteur, averti ou profane, à la fois un support théorique précis et le fruit de la riche expérience des auteurs.

Tel qu'il est conçu, le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques** offre une information extrêmement complète à tous ceux que concerne ou qu'intéresse cette nouvelle approche des Sciences Humaines. Quatre index facilitent, en outre, la consultation et permettent un accès immédiat aux informations recherchées.

Remarquable ouvrage de référence, le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques** donne pour la première fois une vue d'ensemble très large et complète du champ de thérapie familiale aujourd'hui en pleine expansion.

Sous la direction de Jean-Claude Benoit et Jacques-Antoine Malarewicz, avec le concours de Jacques Beaujean, Yves Colas et Serge Kannas et de nombreuses collaborations françaises et étrangères.

Un volume de 600 pages, relié, skivertex, 24,5 x 16,5, sous jaquette illustrée pelliculée, composition sur deux colonnes, tranche-filés, avec *index des contextes d'intervention*, *index des techniques utilisées*, *index des écoles et tendances de la thérapie familiale*, *index des schémas et diagrammes* et de très nombreuses références bibliographiques.

Editions E.S.F.

APPROCHE INTERGÉNÉRATIONNELLE ET PROBLÈMES DE SETTING EN THÉRAPIE FAMILIALE

G. SALEM*

Résumé: *Approche intergénérationnelle et problèmes de setting en thérapie de famille* — L'auteur définit les bases théoriques et techniques de l'approche intergénérationnelle en thérapie de famille en mettant l'accent sur les problèmes du setting. La spécificité de cette approche se caractérise par la priorité accordée aux liens «verticaux» (intergénérationnels) par rapport aux liens «horizontaux» (mariage, fratrie, etc.), ceci aussi bien dans l'évaluation des dysfonctions familiales que dans leur abord thérapeutique. Deux illustrations cliniques complètent le travail.

Summary: *Intergenerational approach and problems of setting in family therapy* — The author defines the theoretical and technical basis of intergenerational approach in family therapy, focusing on the problems of setting. The specific aspect of this approach is that priority is given to the «vertical» (intergenerational) relationships in comparison with «horizontal» (marriage, siblings, etc.) relationships. This priority is present during the assessment of family dysfunction as well as during the therapy. Two case studies complete this paper.

Préambule

Ce travail a pour objet d'examiner quelques-uns des aspects spécifiques de l'approche intergénérationnelle en thérapie de famille, en insistant davantage sur la question du cadre ou «setting» propre à ce mode d'intervention thérapeutique en milieu psychiatrique. Une telle approche est couramment pratiquée à l'Hôpital de Cery, ceci depuis de nombreuses années, que ce soit dans l'activité clinique quotidienne ou dans le contexte de l'enseignement, des supervisions et des thérapies exercés au Centre d'Etude de la Famille. Parallèlement à d'autres formes de thérapie familiale, par exemple d'orientation stratégique (Haley, Selvini, etc.) ou d'orientation structurale (Minuchin), l'approche intergénérationnelle a été particulièrement développée par quelques-uns d'entre nous depuis quelques années, en tenant compte de l'apport de divers auteurs dont la contribution théorique et technique en ce domaine est largement reconnue (Bowen, Boszormenyi-Nagy, Whitaker, etc.). La fréquentation de congrès internationaux, un voyage aux Etats-Unis, ou l'organisation de séminaires réguliers dans notre clinique (r exemple avec Boszormenyi-Nagy) ont permis d'enrichir notre réflexion clir

* Dr G. Salem, P.D., Agrégé, Clinique Psychiatrique Universitaire, Prilly.

et notre technique thérapeutique. Depuis quatre ans environ, une observation personnelle portant sur 24 familles traitées et suivies dans cette optique m'a permis d'étayer quelques considérations pratiques liées au problème du setting. La plupart de ces familles se trouvaient dans une situation souvent grave et désespérée (familles de schizophrènes).

Presque toutes étaient exposées à l'emprise puissante (et souvent secrète) de leurs familles d'origine et présentaient des dysfonctions relationnelles inquiétantes portant sur plusieurs générations. Cette emprise et ces dysfonctions exerçaient une influence considérable sur le destin de chaque patient désigné, notamment sur ses troubles psychopathologiques et sur les conditions de son hospitalisation. L'approche intergénérationnelle utilisée dans ces 24 situations a essuyé 7 échecs et obtenu 17 succès thérapeutiques (dont 11 sont acquis et 6 encore en phase de consolidation). Ce résultat paraît encourageant, même s'il s'agit ici d'une appréciation à caractère avant tout clinique.

Spécificité de l'approche intergénérationnelle

Il s'agit ici d'une orientation particulière de la thérapie de famille, qui met l'accent sur ce que l'on pourrait appeler les «liens verticaux» de la parenté. Au cours de l'évaluation de la famille, comme au cours du traitement, ces liens sont considérés sur *trois générations* au moins; ils ont la priorité sur les «liens horizontaux» (mariage, fratrie, etc.) en ce sens qu'ils éclairent mieux les problèmes décelables dans ces derniers et que leur modification thérapeutique correcte aura des résultats bénéfiques sur toutes les autres relations familiales, et ceci de façon plus efficace et plus durable que si l'on ne leur accorde pas cette prééminence hiérarchique. Par exemple, un conflit conjugal ou une mésentente grave dans une fratrie seront examinés et traités «à travers» les liens intergénérationnels: problématique de loyautés cachées envers un parent ou un grand-parent, attentes secrètes envers tel descendant, etc.

A contrario, il est frappant de constater comment une thérapie (de couple, par exemple) qui ne tient pas compte de cette priorité peut n'obtenir quelquefois qu'un succès trompeur ou aboutir, malgré les efforts énergiques du thérapeute, à un échec cuisant. Une approche qui ne considère pas comme cruciale l'influence des loyautés en jeu sur plusieurs générations court en effet ce risque, et peut même être à l'origine de drames tels que troubles mentaux, meurtre ou suicide. Une évaluation du problème qui se restreint à la famille nucléaire en méconnaissant ou en sous-estimant la façon dont ce problème s'articule avec une ou deux générations supplémentaires (en amont ou en aval) aboutit parfois à un véritable désastre. Ce danger paraît encore trop souvent sous-évalué par quelques-unes des orientations en vogue de la thérapie de famille, et il nous semble prudent de le rappeler périodiquement.

Enfin, comme le montre l'étymologie du terme «génération» (action d'engendrer), l'approche intergénérationnelle s'adresse inévitablement à l'engagement de la famille vis-à-vis de la *postérité* et de l'avenir; elle tient compte par conséquent de cette dimension essentielle qu'est le *temps*, en d'autres termes, du devenir du *patrimoine* familial (tel que l'a défini Boszormenyi-Nagy), et des processus évo-

lutifs qu'il met en place. Cette notion existentielle de la *postérité* correspond à une réalité communément partagée par toutes les familles, qu'elles soient saines, en crise, ou gravement perturbées. Elle constitue presque toujours un levier motivationnel très puissant pour la famille comme pour le thérapeute.

Quelques concepts-clefs

Avant d'aborder la question du setting, il est utile de rappeler quelques concepts-clefs de l'approche intergénérationnelle. Il s'agit ici d'un tri limité à quelques notions essentielles et non d'un répertoire complet; pour plus de développements, le lecteur pourra se reporter à la bibliographie.

Une première série de concepts proviennent des travaux de Bowen et collaborateurs.

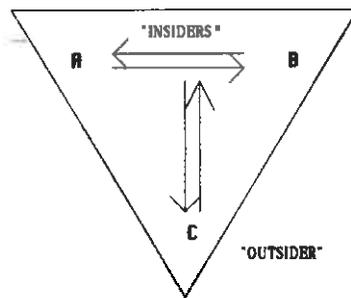


Figure 1: Le triangle émotionnel. A et B: «insiders»; C: «outsider».

La notion de *triangle* relationnel est définie par cet auteur comme la «molécule» de base du système émotionnel familial. Trois partenaires sont en interaction; deux d'entre eux sont des «insiders» engagés dans le processus intense de l'interaction émotionnelle, alors que le troisième est «outsider» ou hors-jeu, soit moins engagé dans l'interaction. Pendant les périodes de tension, la position d'outsider est généralement préférée, alors que lorsque la phase d'anxiété est affaiblie, cette position devient moins enviable: l'outsider est exclu, isolé des deux autres.

La règle qui se dégage de ce concept est une règle prédictive: l'exclu va s'efforcer de fusionner avec l'un des deux autres partenaires, en «détrônant» l'un d'eux (qui se trouvera à son tour dans la position d'outsider). En revanche, en période de tension, l'exclu s'efforcera surtout de rester hors-jeu, alors que les deux autres partenaires tenteront de lui ravir sa place. C'est donc l'émotionnalité qui gouverne le fonctionnement de ces triangles: plus forte est la tendance à la fusion dans une famille donnée et plus la probabilité de la triangulation sera élevée, donc prédictible.

Un autre concept important de Bowen est celui de *processus de projection familiale*, qui permet de décrire le mode de transmission du degré de différen-

tion du self parental à l'enfant. La réalité de celui-ci est perçue par les parents à travers le «filtre» de leurs propres besoins émotionnels, et l'enfant doit conformer ses comportements et même son identité à l'image de la projection parentale (il «absorbe» leur émotionnalité). Un tel processus peut être perpétué sur plusieurs générations. Dans cette perspective, la famille nucléaire ne représente plus qu'une simple unité émotionnelle inscrite au sein de la famille élargie (c'est ce que l'on constate dans bien des familles de schizophrènes). Le «produit final» d'un tel processus est un très faible degré de différenciation de la personnalité d'un ou plusieurs membres dans la famille.

Cette notion de *différenciation du self* représente une sorte d'«échelle», de continuum allant de la différenciation la plus faible à la différenciation la plus forte. Au degré le plus faible de l'échelle, la fusion émotionnelle gouverne la pensée et les comportements; au degré le plus fort, un équilibre optimal est réalisé entre la faculté de s'attacher («togetherness») et la faculté de s'assumer individuellement. Une telle échelle a surtout une utilité théorique; elle permet d'estimer l'équilibre entre les deux parties du self: le *self de base* (ou self «solide») qui ne se modifie pas sous la pression des relations interpersonnelles, et le *pseudo-self*, qui représente la partie «négociable» du self sous la pression des relations interpersonnelles.

Plus la fusion émotionnelle est intense au cours de la croissance d'un sujet, plus haute est la probabilité d'apparition d'un phénomène de rupture qui se produira plus tard: ce phénomène de rupture est conceptualisé par Bowen comme un «cut-off» émotionnel, c'est-à-dire la tendance rigide visant à éviter, au sein des relations familiales, les «zones» émotionnellement chargées. Ce phénomène se manifeste de diverses façons: pseudo-émancipations par distanciation géographique, sujets-tabou lors des contacts familiaux, etc. Souvent une dispute brutale et spectaculaire précède ce genre d'«arrangement» relationnel. Une telle situation est paradoxale en ce sens qu'elle reflète un problème, résout ce problème et crée en même temps un nouveau problème (étant donné que la fusion émotionnelle sous-jacente reste non-résolue).

Une autre série de concepts majeurs de l'approche intergénérationnelle proviennent des travaux de Boszormenyi-Nagy et collaborateurs.

Cet auteur tient compte à la fois de facteurs psychodynamiques, de facteurs systémiques et de facteurs existentiels pour élaborer les fondements de ce qu'il a appelé la *thérapie contextuelle*.

Sa contribution à la thérapie de famille constitue un des rares modèles satisfaisants du point de vue de l'intégration des prémisses significatives propres aux psychothérapies en général. La pierre angulaire de cette théorie est la *dimension éthique* des relations humaines, et plus particulièrement des relations familiales, qui sont examinées à la lumière de la *justice dynamique* fonctionnant à l'instar d'un système régulateur très puissant. Cette dimension éthique s'articule avec trois autres dimensions, de la façon suivante:

1. la *dimension factuelle* (qui considère les *faits* jalonnant le destin d'une famille comme autant de données existentielles que le thérapeute ne saurait occulter);
2. la *dimension psychodynamique* (qui reflète les besoins strictement individuels et intrapsychiques de chaque membre de la famille);

3. la *dimension transactionnelle* (qui tient compte des stratégies du pouvoir, évaluable grâce à l'optique systémique de la famille);
4. la *dimension éthique* (qui tient compte de la justice dynamique et renvoie à quelques autres concepts définis plus bas).

Ces quatre dimensions sont constamment imbriquées les unes dans les autres. La dimension factuelle a une caractéristique existentielle: par exemple, l'identité ethnique, les racines familiales, la maladie, les handicaps, l'adoption, la survie sont autant de faits qu'une famille doit assumer bon gré mal gré. Chacun, en venant au monde, hérite, qu'il le veuille ou non — d'un patronyme, d'une situation existentielle, d'un passé, d'une réputation attachée à son clan, de traditions et de lois familiales qui engagent sa responsabilité. Comment se déterminera-t-il vis-à-vis des attentes de son groupe d'origine? Cette question est au cœur de la thérapie contextuelle. Elle renvoie à la dimension éthique qui peut être elle-même éclaircie à partir de quelques autres concepts.

La notion de *loyauté* d'abord, définie comme un déterminant motivationnel ayant des racines dialectiques multipersonnelles plutôt qu'individuelles. Sa véritable essence réside dans l'invisible tissu des attentes du groupe familial, et non en une «loi» manifeste. Elle repose sur la consanguinité, sur la nécessité de sauvegarder le lignage familial et biologique, mais aussi sur le mérite gagné par chacun des membres de la famille vis-à-vis des autres membres.

La loyauté est donc forcément dépendante d'une autre réalité, que Boszormenyi-Nagy appelle le *patrimoine familial* («legacy»), qu'on peut définir comme l'ensemble des attentes contextuelles (soit celles de la famille élargie) envers tel ou tel membre, et qui transcendent son choix personnel. C'est en quelque sorte un mandat incombant à chacun, dont on peut s'acquitter en se préoccupant par exemple ouvertement des besoins des parents ou des grands-parents, mais surtout en tenant compte des impératifs de la postérité de la famille.

S'acquitter de ses loyautés, «honorer» son patrimoine permet à chaque membre de se «qualifier» vis-à-vis de son contexte familial. Cette notion de «qualification», de «qualité», de «légitimité» ou «bon droit» personnel vis-à-vis de la famille traduit approximativement le terme anglais de *entitlement*. Boszormenyi-Nagy le définissait récemment comme le «crédit relationnel» cumulé dans le self d'un membre de la famille en fonction de la considération offerte par ce membre aux autres membres de sa famille. C'est une façon d'équilibrer équitablement la relation asymétrique enfant-parent. Elle permet de gagner une plus grande liberté vis-à-vis des attentes multipersonnelles du contexte familial, puisque l'on s'est acquitté de sa redevance.

Ceci nous amène à un autre concept-clef de la thérapie contextuelle: celui de «*grand livre*» («*ledger*») de la famille, dans lequel s'inscrit, au fur et à mesure des étapes du cycle familial, la *comptabilité des dettes et des mérites* propre à chaque famille, et qui est «invisible». Chacun reçoit et donne au sein d'une famille. S'il se borne à recevoir sans donner en retour, sa dette ou redevance augmente; en même temps, sa capacité d'autonomisation se restreint, par le jeu d'une culpabilité existentielle qui agit à la façon d'un feed-back négatif. Le «grand livre»

transcrit ainsi la «position» de chaque membre vis-à-vis des autres, sa redevance ou son mérite, selon qu'il s'acquitte ou non des obligations qui lui échoient. Aucun membre de la famille ne peut décider seul si la comptabilité du grand livre est équilibrée ou non : il faut un accord consensuel du groupe, qui se fait généralement par ce que Boszormenyi-Nagy appelle la *reconnaissance* mutuelle («acknowledgement»), fondement d'une réciprocité ouverte et reconnue.

Ceci est possible tant que les relations familiales sont suffisamment fiables, autrement dit, tant que la *confiance de base* règne entre les divers membres. Cette notion de confiance de base («basic trust») est liée à la capacité de prendre en considération les intérêts d'autrui et de sentir cette même capacité chez le partenaire. C'est de cette variable que dépend la *crédibilité* («trustworthiness») d'une relation au sein de la famille. Elle est souvent absente dans les familles dysfonctionnelles, et l'une des premières tâches du thérapeute consistera à explorer les ressources potentielles d'une famille permettant de restaurer peu à peu la confiance mutuelle.

Pour ce faire, le thérapeute doit devenir dès la première séance lui-même crédible aux yeux de la famille. En thérapie contextuelle, le procédé adopté est celui de la *partialité multidirectionnelle*, qui est l'attitude méthodologique constante assumée par le (ou les) thérapeute(s). Elle vise à obtenir des membres de la famille une attitude d'ouverture et de préoccupation vis-à-vis de chacun d'entre eux, sans omettre personne. Chacun est amené à se placer du point de vue des autres. Le thérapeute suscite une telle orientation en se préoccupant lui-même, d'une façon séquentielle et empathique, des besoins et du point de vue de chaque membre, même des membres absents, en mettant à jour la reconnaissance qui lui est due et le poids des attentes qui pèsent sur lui.

Cette technique permet aussi de déjouer peu à peu les mécanismes pathogènes mis en place par la famille au fil des générations. L'un de ces mécanismes est la *parentification*, soit l'attribution à l'enfant d'un rôle de responsable (de «parent») envers ses propres parents ou envers d'autres membres de la famille. Une telle attribution n'est pas pathogène lorsqu'elle est adaptée aux besoins et aux possibilités réelles de l'enfant, et lorsqu'elle est reconnue ouvertement. Elle le devient lorsqu'elle consiste à exploiter la loyauté filiale, d'une façon cachée, sans reconnaître le mérite de l'enfant. Enfin, elle peut se perpétuer sur plusieurs générations, selon un mécanisme de «règlement de comptes» secret qui se fait vers l'aval.

On voit donc comment les travaux de Bowen et de Boszormenyi-Nagy éclairent et complètent de façon utile, et même indispensable, la dimension parfois restreinte de la théorie strictement systémique de la famille. L'un comme l'autre montrent l'importance des liens éthiques et émotionnels, souvent invisibles et méconnus, qui sont à l'œuvre dans les relations intergénérationnelles, en dépit de la distance creusée par le temps, l'éloignement physique, les séparations de longue durée ou les tentatives d'émancipation superficielles. Les quelques concepts-clés résumés ici ne donnent qu'une vision succincte, certainement insuffisante, de la complexité et de la profondeur de leurs travaux et de leur vaste expérience clinique. Néanmoins, ce survol rapide permettra de se faire une idée assez juste de ce qu'est l'approche intergénérationnelle, et d'aborder la question du setting en connaissance de cause.

D'autres auteurs ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à étayer la théorie et la technique de l'approche intergénérationnelle (par exemple C. Whitaker, R. Skynner, J. Framo, etc.), et ceci à partir de points de vue différents. Pour des raisons pratiques évidentes, j'ai renoncé à développer leur apport dans ce travail.

Aspects du setting

Le «setting» ou cadre est l'ensemble des paramètres à partir desquels sont définies les règles de l'intervention thérapeutique: lieu des séances, durées, rythme, composition du groupe familial confronté au thérapeute, code des relations, contrat, etc. On sait que le setting «classique» de la thérapie de famille systémique implique quelques règles fondamentales: présence de tous les membres directement concernés (habituellement la famille nucléaire), notamment pour des interventions telles que directives communes, prescriptions directes, indirectes ou paradoxales, connotations positives, confrontations triangulaires, sculpting, etc. D'autres paramètres peuvent être encore mentionnés: durée des séances, durée de la thérapie, rythme ou intervalles entre les séances, cothérapie, utilisation de moyens audiovisuels (miroir, vidéo, enregistrements sonores, etc.). Mais l'on sait aussi que ces règles ont subi des aménagements particuliers selon les diverses «écoles» en thérapie de famille, en tenant compte de leurs orientations spécifiques (on peut se référer aux travaux de Minuchin, de Stierlin, de Haley, de Selvini, de Skynner ou de Epstein pour mesurer la diversité des settings).

Les aspects spécifiques du setting de l'approche intergénérationnelle ne peuvent être détaillés ici, faute de place; toutefois, il est possible de mentionner quelques-uns d'entre eux de sorte à concrétiser la procédure thérapeutique aux yeux du lecteur.

Le moment crucial de l'approche intergénérationnelle est celui où le thérapeute établit avec la famille le *contrat de base* de leur relation thérapeutique. Ce moment coïncide presque toujours avec celui de l'évaluation de la famille: établissement du *génogramme* (sur trois générations au minimum), tentative d'*alliance* («joining») avec la famille dès la première séance, première définition des problèmes en les recadrant dans une *optique multilatérale* (qui tient compte des membres absents, même si ceux-ci sont en apparence «peu significatifs»), exploration des *ressources positives* (notamment en ce qui concerne les «réservoirs» de confiance et de réciprocité active). L'instrument technique fondamental du thérapeute au cours de cette phase est la *partialité multidirectionnelle*, telle qu'elle a été définie plus haut, tout en évitant le piège des coalitions cachées ou de la «clôture de caoutchouc» («rubber fence»: une des stratégies défensives possibles de la famille, définie par L. Wynne). Mais le plus important, ce n'est pas la technique, c'est l'esprit dans lequel le thérapeute s'engage dans le processus de l'évaluation et de l'alliance thérapeutique: il ne s'agit pas ici de jouer au «stratège», mais de s'impliquer réellement, sur un plan éthique avant tout, en se

préoccupant d'emblée de l'intérêt de chaque membre. C'est de cette façon que le thérapeute aura vraiment des chances de devenir crédible aux yeux de la famille, et d'attendre en retour une même qualité d'investissement responsable de sa part.

Le génogramme permet de dessiner en même temps la *carte des dettes et mérites* et de situer la «position» de chaque membre en tenant compte des événements-clefs et du cycle évolutif du système familial. Sont pris en considération particulièrement les *motifs relationnels répétitifs* sur plusieurs générations («patterns»); ces motifs permettent de mieux éclairer le partage (équitable ou non) des charges, des responsabilités ouvertes ou cachées, des avantages et privilèges, de même que leur retentissement émotionnel et les expectatives multilatérales qu'ils impliquent.

En ce qui concerne la *composition du groupe familial* présent aux séances, la confrontation directe des membres est évidemment préférable, mais elle ne constitue pas une obligation rigide; souvent, une telle confrontation s'échelonne dans le temps; il se peut que tel ou tel membre refuse de venir ou de faire venir tel autre à la séance: le thérapeute n'en fera pas une condition *sine qua non* pour la poursuite de la thérapie. Il est même possible de faire une «thérapie de famille» avec un seul membre: on peut consulter à ce sujet les travaux de Bowen (et les «missions» qu'il donne à ses patients) ou de Boszormenyi-Nagy. Dans un autre travail, j'ai tenté d'illustrer (avec D. Masson) la procédure technique suivie dans un tel modèle. Cette souplesse du setting s'avère particulièrement utile avec le type de familles auxquelles nous sommes confrontés en clinique psychiatrique (familles à transactions psychotiques ou psychosomatiques rigides, familles de «chroniques», etc.).

La *durée* d'une thérapie de famille focalisée sur les liens intergénérationnels est variable; elle n'est jamais fixée de façon rigide par le thérapeute qui tient compte avant tout de la motivation de la famille à «aller plus loin». L'essentiel n'est pas de «parachever» les résultats thérapeutiques, mais d'obtenir une orientation nouvelle — à visée réunificatrice («rejunctive move») — de la part des membres engagés dans la thérapie. Des auteurs tels que Stierlin, Boszormenyi-Nagy, Bowen ou Framo ont déjà longuement souligné dans leurs travaux la valeur thérapeutique d'une telle orientation et je ne m'y attarderai pas. Quant au thérapeute, il obtiendra de meilleurs résultats s'il reste *constant* dans son attitude et son optique au cours de toute la thérapie (cf. Fivaz, Fivaz et Kaufmann).

D'autres aspects techniques peuvent être mentionnés ici. L'utilité de la *cothérapie* se vérifie principalement avec les familles à transactions psychotiques (cf. les travaux de Whitaker). L'usage de *moyens audio-visuels* a une grande valeur, tant pour améliorer les troubles de la communication que pour travailler sur des problèmes spécifiques tels que le deuil pathologique (cf. travaux de N. Paul en particulier à ce sujet). Enfin, le thérapeute travaillant dans l'optique contextuelle de Boszormenyi-Nagy s'efforcera d'*ouvrir les parentifications* pathologiques (c'est-à-dire de les mettre à jour et de les faire *reconnaître* par les bénéficiaires) tout en encourageant la mise en place par la famille d'une solidarité mutuelle plus visible et plus fonctionnelle et en restaurant un climat de confiance ouverte entre les membres. Dans l'optique de Bowen, l'accent sera mis sur une meilleure maîtrise de l'émotionnalité, un *abaissement du niveau d'anxiété*, conditions préala-

bles aux confrontations permettant les *détriangulations* ultérieures et une meilleure *différenciation du self* de chaque membre. (Bowen et ses collaborateurs n'hésitent pas à compléter l'action thérapeutique par une «enseignement» parallèle donné à la famille sur les processus de transmission intergénérationnelle.)

Illustration clinique

Il n'est guère possible, dans le cadre de ce travail, de détailler les situations cliniques traitées par l'approche intergénérationnelle ou de donner une vision exhaustive de la procédure thérapeutique. Le lecteur peut se référer à d'autres travaux que nous avons consacrés plus spécifiquement à des illustrations cliniques (cf. Salem, Salem et Seywert). J'insisterai ici sur un aspect particulier de l'approche intergénérationnelle, que l'on pourrait appeler le «*relais intergénérationnel*», soit une façon d'impliquer plusieurs générations dans la résolution d'un problème et de faire un «ricochet» thérapeutique.

Dans la *famille Y.*, le patient désigné âgé de 28 ans (diagnostic: évolution hétérophrénique) assumait secrètement une double fonction de «go-between»: l'une entre sa mère et sa grand-mère maternelle (en conflit chronique depuis des années), l'autre entre son père et sa mère (divorcés depuis des années). La mère était décrite comme «possessive» et «envahissante», le père comme «froid» et «indifférent», la grand-mère comme «despotique».

Dans un premier temps, nous avons travaillé sur le triangle patient-mère-grand-mère (ouverture de la parentification, rééquilibrage des dettes et mérites, rapprochement grand-mère et mère). Dans un deuxième temps, nous avons travaillé sur le triangle père-mère-patient (résolution du deuil non fait par rapport au mariage, rapprochement père-fils). Le patient désigné s'est dès lors sensiblement amélioré et a pu être désinstitutionnalisé de l'hôpital (après une dizaine d'années de «carrière psychiatrique»).

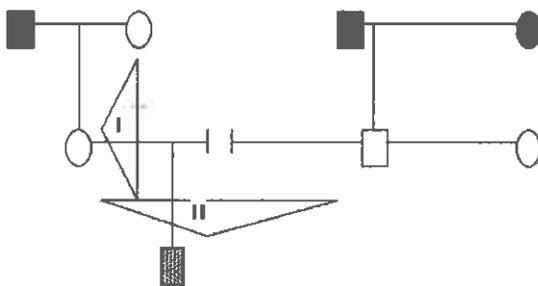


Figure 2: I: 1^{er} temps de l'intervention; II: 2^e temps de l'intervention; ▨: patient désigné.

Dans la *famille X.*, la patiente désignée (27 ans, diagnostic: psychose maniaco-dépressive) mettait en avant sa maladie et un conflit conjugal défini comme «insoluble». Elle était secrètement parentifiée vis-à-vis du conflit conjugal de ses propres parents, alors que son mari était le fils unique d'une mère célibataire qui se sentait abandonnée par lui depuis son mariage. En outre, lors de l'hospitalisation, la patiente désignée était enceinte de six mois.

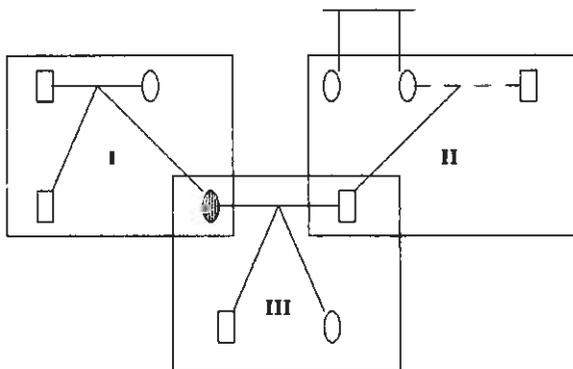


Figure 3: I: 1^{er} temps de l'intervention; II: 2^e temps de l'intervention; III: 3^e temps de l'intervention; ■: patiente désignée.

Dans un premier temps, nous avons travaillé avec la famille d'origine de la patiente (ouverture de la parentification, réaménagement plus fonctionnel des loyautés, mouvement réunificateur permettant une meilleure différenciation et autonomisation par reconnaissance des mérites). Dans un deuxième temps, nous avons fait de même avec la famille d'origine du mari (notamment la mère, la tante et le père naturel). Enfin, dans un troisième temps, nous avons aidé le couple à améliorer sa problématique conjugale intime en renforçant d'abord la fonction parentale vis-à-vis des enfants (un deuxième enfant est né au cours de la thérapie). Sans médication autre que quelques tranquillisants mineurs prescrits de façon transitoire, l'état de la patiente s'est amélioré de façon spectaculaire; l'évolution actuelle du couple est tout à fait positive.

Dans ces deux exemples, le levier thérapeutique le plus efficace a été manifestement le lien intergénérationnel. La confrontation de *trois générations au moins* contient une puissance de changement considérable; lorsqu'elle est correctement utilisée, le thérapeute peut non seulement gagner beaucoup de temps mais s'assurer une portée d'action en profondeur, à caractère durable. C'est ce que nous avons pu vérifier dans les 17 situations où nous avons obtenu un succès thérapeutique.

Conclusion

L'approche intergénérationnelle utilisée en clinique psychiatrique nous paraît d'une efficacité encourageante, même si elle ne constitue en aucune façon une panacée et qu'elle ne diminue guère à nos yeux la valeur des autres méthodes explorées par la thérapie de famille. Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à présent sont prometteurs, mais nécessitent une évaluation plus approfondie à long terme (étude catamnétique). Il est certain que cette approche gagne à être

plus largement utilisée dans les divers contextes thérapeutiques de notre profession, en raison du crédit qu'elle trouve auprès des familles même très perturbées, mais aussi compte tenu de sa maniabilité et de la souplesse de son setting.

G. Salem

Clinique Psychiatrique Universitaire
Centre d'Etude de la Famille
Hôpital de Cery
CH-1008 Prilly

BIBLIOGRAPHIE

1. Boszormenyi-Nagy I. and Spark G.M. (1973): *Invisible loyalties*, Harper & Row, Hagerstown, Maryland.
2. Boszormenyi-Nagy I. and Krasner B.R. (1980): Trust-based therapy: a contextual approach, *Am. J. Psychiat.*, 137, 767-775.
3. Boszormenyi-Nagy I. and Ulrich D.N. (1981): Contextual family therapy, in: Gurman A.S. and Kniskern D.P., *Handbook of family therapy*, Brunner & Mazel, N.Y., pp. 159-186.
4. Bowen M. (1975): Family therapy after twenty years, in: Arieti S., *American Handbook of Psychiatry*, vol. 5, 367-391, Basic Books, N.Y.
5. Bowen M. (1978): *Family therapy in clinical practice*, Jason Aronson, New York.
6. Epstein N.B. and Bishop D.S. (1981): Problem-centered systems therapy of the family, in: Gurman A.S. and Kniskern D.P., *Handbook of family therapy*, Brunner & Mazel, N.Y., pp. 444-482.
7. Fivaz E., Fivaz R. et Kaufmann L. (1979): Thérapie des familles à transaction psychotique, *Psychol. Med.*, 11, 13, 2869-2884.
8. Framo, J.L. (1976): Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: you can and you should go home again, *Family Process*, 15, 193-210.
9. Haley J. and Hoffman L. (1967): *Techniques of family therapy*, Basic Books, New York.
10. Minuchin S. (1974): *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
11. Paul N.L. (1967): The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy, in: Zuk G.H. and Boszormenyi-Nagy I., *Family therapy and disturbed families*, Science and Behavior Books, Palo Alto, pp. 186-205.
12. Salem G. (1982): Loyautés, dettes et mérites: contribution théorique et cliniques à la thérapie contextuelle, *Evol. Psychiat.*, 47, 743-770.
13. Salem G. et Seywert F. (1983): L'approche multidirectionnelle en thérapie familiale: une observation clinique, *Evol. Psychiatr.*, 48, 1041-1061.
14. Salem G. et Masson D. (1983): Un cas de psychothérapie individuelle fondée sur les concepts de la thérapie familiale, *Psychothérapies*, 3, 103-114.
15. Salem G. (1987): *L'approche thérapeutique de la famille*, Ed. Masson, Paris.
16. Selvini-Palazzoli M. et coll.: *Paradoxe et contre-paradoxe. Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique*, E.S.F., Paris.
17. Skynner A.C.R. (1981): A group-analytic approach to conjoint family therapy, in: Walrond-Skinner S., *Developments in family therapy*, Routledge & Kegan Paul Ltd, London, pp. 60-91.
18. Stierlin H. (1977): Le membre de la famille menacé de schizophrénie, *Hexagone*, Roche, 5, 7, 1-9.
19. Stierlin H. (1979): *Le premier entretien de famille: théorie, pratique, exemples*, Delarg
20. Whitaker C.A. and Keith D.V. (1981): Symbolic-experiential family therapy, in: Gurman A.S. and Kniskern D.P., *Handbook of family therapy*, Brunner & Mazel, N.Y., pp. 187

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux

Directeur des cahiers
Mony Elkaim

Responsables de la coordination
Edith Goldbeter & Eric Trappeniers

Pourquoi ces cahiers ?

Etait-il nécessaire d'ajouter aux multiples revues
de thérapie familiale une nouvelle mouture française ?



- Nous souhaitons répondre à 3 types de préoccupations :
- Ouvrir un débat théorico-technique sur nos pratiques en thérapie familiale
 - Elargir 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.
-

Ces cahiers sont réalisés en collaboration avec les revues "Family Process" (New York) & "Terapia Familiare" (Rome) et paraissent deux fois l'an.

Pour toute demande d'abonnement, écrire à :
Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux
Editions Privat
14, rue des Arts / 31068 Toulouse Cedex / France

Prix de l'abonnement pour deux numéros :
190 FF (France) ou 240 FF (Etranger)
Somme à envoyer au CCP Toulouse 1172-40B avec la mention :
"Abonnement aux cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques
de réseaux".

LA SITUATION PARADOXALE DU PATIENT PSYCHIATRIQUE. UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

P. SERRA

Résumé: *La situation paradoxale du patient psychiatrique. Une stratégie d'intervention* — L'article traite de la situation paradoxale dans laquelle se retrouve le patient psychiatrique du fait de n'être pas tenu pour responsable de ses actes. En particulier, dans les cas où il est obligé de se soumettre à une hospitalisation ou à des cures pharmaceutiques, le patient peut avoir trois types de réaction: on bien il se convainc de sa maladie et se soumet aux cures, ou bien il se fâche contre les thérapeutes, ou enfin il peut se comporter de façon toujours plus irrationnelle pour accentuer les symptômes jusqu'à la limite de l'auto-ironie et les faire sembler ainsi intentionnels et non pathologiques. On propose une stratégie de lecture du jeu familial, lecture à effectuer au sein d'un rapport avec le patient, qui même quand il est forcé, doit à tout prix être maintenu «bénévole» et «d'aide».

Summary: *The paradoxical situation of psychiatric patient. A strategy for therapeutic change* — This article deals with how the psychiatric services are conditioned by the psychiatrist's juridical position in the relationship with the patient. Coerced pharmacological therapy puts the patient in a paradoxical situation, where he may have one of these three types of reaction: convince himself of his illness and accept the therapy, or become angry with the therapists, or emphasize the symptoms to the point of self-irony, to demonstrate the intentional and non pathological nature of his behaviour. It is suggested that the use of a strategy which involves the interpretation of family dynamics within a context (that may even be maintained through force) characterized as «benevolent» and «helpful» may be of aid.

Mots-clés: Patient psychiatrique — Thérapie forcée — Jeu familial.

Key-words: Psychiatric patient — Coerced therapy — Family dynamics.

On peut mieux comprendre le comportement du patient psychiatrique face aux interventions thérapeutiques si on observe comment la loi définit sa relation avec le psychiatre.

On verra d'abord comment le psychiatre est retenu responsable des comportements irrationnels de son patient et est par conséquent parfois obligé de prescrire une thérapie pharmaceutique au cours d'une intervention de type psychologique.

Dans certains cas, on comprendra mieux certaines réactions du patient soumis à une intervention forcée, comme l'emphase des comportements irrationnels au cours desquels il donne l'impression de «jouer les fous».

* Psychologue, psychothérapeute, Bologne.

On verra enfin le cas d'une patiente psychiatrique, où grâce également à certaines circonstances inhabituelles, on a pu intervenir de façon utile, en évitant l'intervention forcée et en instaurant un changement à travers la lecture du jeu familial dont le symptôme faisait partie.

La définition juridique du trouble psychique

Chaque système légal se base sur la responsabilité de l'individu envers les actes qu'il commet. Partout, néanmoins, on reconnaît comme irresponsable celui qui, comme un enfant, ne sait pas ce qu'il fait.

Dans les sociétés occidentales, celui qui fait preuve de comportements irrationnels (illogiques ou incongrus) est considéré comme inconscient, son acte est jugé non intentionnel, et lui-même non responsable. L'irrationalité est attribuée à une maladie du sujet, maladie circonscrite, comme toute autre infirmité, au sein du sujet et par conséquent du ressort de la médecine (4).

En accord avec l'opinion générale, la science judiciaire établit la non-pénalisation de celui qui, se comportant irrationnellement, commet un délit, et demande l'évaluation de son infirmité à un psychiatre. Des facteurs conditionnels familiaux ou sociaux peuvent être considérés comme circonstances atténuantes à la responsabilité de l'accusé mais ne peuvent déterminer une évaluation de non-responsabilité, à moins qu'ils ne viennent s'intégrer dans un diagnostic, comme causes d'une maladie somatique. C'est pourquoi, lorsqu'en plus du médecin, des experts d'autres disciplines participent à l'évaluation de la responsabilité d'un accusé, ils s'y associent en subordination.

Donc, la médecine occidentale, qui accepte de considérer le comportement irrationnel comme étant un symptôme de maladie du sujet (même si on ne trouve dans l'organisme aucune maladie à laquelle attribuer l'origine du trouble) répond de façon complémentaire aux assertions de la jurisprudence. Ainsi, l'état de la maladie, déduit de l'irrationalité, en devient la cause supposée. C'est sur cette tautologie que repose la non-responsabilité du sujet: «Le 'fou' devient patient et en tant que tel, irresponsable et non coupable de ses actes. L'aliéné d'autrefois payait ses fautes, avait péché et commis de mauvaises actions: il n'en est plus ainsi du patient psychiatrique, frappé par une tragique fatalité» (1, p. 31).

Bien qu'une partie de la littérature psychiatrique place l'origine de plusieurs comportements irrationnels dans des troubles du système psychodynamique (classés de façons différentes selon différents modèles, de ceux psychoanalytiques à ceux psychosociaux), et bien qu'une autre partie tende à minimiser le concept-même de responsabilité/irresponsabilité individuelle, en interprétant le comportement irrationnel en termes d'interaction (optique relationnelle) ou en termes sociaux (antipsychiatrie), la médecine ne contredit pas officiellement le concept selon lequel l'irrationalité est toujours le symptôme d'une vraie et propre maladie.

La partie de la psychiatrie n'ayant pas trait à l'organicité reste silencieuse et inopérante sur le plan législatif. Face aux représentants de la loi tout se passe comme si, pour la médecine psychiatrique, l'infirmité était présente dans le corps du sujet.

C'est pourquoi, chaque psychiatre, quoi qu'il pense et déclare, du fait de la profession qu'il exerce, accepte objectivement, face à la société et face à la loi, d'attribuer au champ de la médecine les comportements irrationnels dont il s'occupe et de définir «malade» le sujet de tels comportements.

Comme l'état de la maladie ne doit pas nécessairement être prouvé par des éléments de nature biologique, mais peut être déduit de l'irrationalité non spécifique du comportement, chaque acte irrationnel de celui qui a déjà été patient psychiatrique peut ensuite légitimement être attribué à sa maladie par n'importe quel observateur (parent, collègue, voisin) avant même qu'un diagnostic qualifie cet acte comme un symptôme de la psychopathologie du malade.

En est la preuve le fait que pour les comportements irrationnels des patients psychiatriques qui constituent une effraction, la police peut décider de ne pas intervenir (à moins que l'arrêt ne soit obligatoire) sans avoir au préalable soumis le comportement spécifique à un diagnostic et même d'en attribuer directement la compétence au service psychiatrique concerné (4, 5).

Il va de soi, enfin, que non seulement l'existence d'une pathologie à la base de l'acte irrationnel du patient psychiatrique peut être présumée par quiconque, mais aussi la gravité relative de la maladie peut être évaluée sur la base de critères de bon sens commun, tel le degré d'agressivité du comportement, son anormalité, etc.

Du devoir d'aider à l'obligation de soigner

La médecine officielle, du moment qu'elle accepte qu'une gamme de comportements des êtres humains soient qualifiés de maladies mentales, doit également accepter qu'une série de comportements des médecins soient qualifiés de thérapies.

Premièrement, puisqu'il existe des substances toxiques qui, introduites en petites quantités dans l'organisme du sujet qui présente des comportements irrationnels, peuvent interférer sur les processus biochimiques cérébraux en donnant lieu à l'atténuation ou à la transformation de tels comportements, sans trop nuire à l'organisme, la loi attribue à ces substances la qualification de «thérapeutiques» et par conséquent la dénomination de «médicaments» et attribue aux médecins le droit et le devoir d'établir à qui elles peuvent être prescrites et quand elles doivent être administrées même contre la volonté du malade¹.

Puisque l'administration de ces médicaments ne réussit pas toujours à inhiber le comportement indésirable, et qu'il n'existe pas encore de substances capables de paralyser le patient sans lui nuire, la loi prévoit l'emploi de moyens de contention: cette mesure, ayant également pour effet l'inhibition des comportements pathologiques, est définie comme thérapeutique, le droit/devoir de la prescrire est attribué aux médecins et pour son exécution, on fait appel au personnel infirmier en milieu hospitalier.

¹ En Italie, un traitement psychiatrique obligatoire peut s'avérer seulement si un médecin atteste de la nécessité d'une thérapie immédiate que le patient refuse, et peut être mis en acte quand le

Outre la prescription de psychotropes et la contention, on doit rappeler d'autres comportements du psychiatre considérés comme thérapeutiques, tels que l'usage de techniques psychologiques pour influencer le malade grâce aux seules paroles, à travers des colloques, des rencontres familiales et des séances de groupe (psychothérapies individuelles, familiales, de groupe). Ces techniques, bien que n'ayant pas le corps pour objet, peuvent être considérées comme des thérapies physiques: aux yeux de la loi, tout se passe comme s'il s'agissait de thérapies corporelles, tant il est vrai que la loi en prévoit l'application sous contrôle médical (3). Néanmoins, avec ce genre de thérapies, on ne peut pas toujours empêcher immédiatement et de façon certaine la manifestation d'actes irrationnels: elles ne peuvent donc pas toujours remplacer les thérapies physiques de contention.

En considérant le trouble psychique comme une maladie, la médecine psychiatrique s'en assure, d'un côté, le monopole des thérapies et, d'un autre côté, doit accepter l'obligation d'employer tous les moyens dont elle dispose pour empêcher la manifestation de ces effets d'irrationalité: le patient pourrait être dangereux pour lui-même ou pour les autres. La loi, quand elle déclare le malade mental irresponsable pour le délit irrationnel, impose que le psychiatre doit employer toutes les structures thérapeutiques possibles pour inhiber les comportements menaçants du patient. En Italie², la loi précise que l'intervention de contention du médecin ne peut être motivée par le danger en soi que pourrait être le malade. Néanmoins, une fois que le comportement irrationnel d'un patient psychiatrique est considéré comme symptôme de maladie, si le patient devient dangereux, cela ne peut que démontrer aux yeux de tous une aggravation de la pathologie, aggravation qui rend obligatoire l'intervention du psychiatre.

Donc, si un comportement du patient se traduit par des actes dangereux, le psychiatre devra être à même de démontrer avoir appliqué des thérapies pharmaceutiques et contentives aptes à inhiber cet acte ou bien justifier de ne pas les avoir appliquées.

Car, si le psychiatre, en réponse aux menaces du patient, n'est pas intervenu avec une pharmacothérapie et s'il n'est pas en état de justifier sa non-intervention par des arguments concordant avec les termes de la loi, il pourra être interpellé pour «omission de secours».

C'est ainsi que dans la pratique psychiatrique, les thérapies neuroleptiques et les hospitalisations sont habituellement prescrites devant l'évidence de l'irrationalité du comportement: les critères d'évaluation profanes se trouvent ainsi confirmés de façon technico-scientifique.

certificat médical est ratifié par un autre médecin d'un service public et par le maire. C'est alors qu'intervient la police municipale, pour accompagner, de force s'il le faut, le malade auprès d'une structure sanitaire où on le retiendra pour l'administration forcée de médicaments et l'hospitalisation.

Il s'agissait de la loi italienne 180 sur la réorganisation des institutions psychiatriques de 1978 (note de la rédaction).

Autorité et pseudo-autorité du médecin

En psychiatrie, le rapport entre le service et le patient est normalement caractérisé par la volonté de la part du service d'aider une personne qui demande un changement psychologique ou pour laquelle ce changement est demandé par l'entourage. Néanmoins, une fois que le service psychiatrique a accepté (ou a dû accepter) le patient en question, son action envers lui devra se conformer aux critères relatifs à deux nécessités: non seulement l'exactitude des techniques employées pour les soins mais également leur congruence avec les termes de la loi.

Une incompatibilité peut surgir entre techniques et loi dans deux circonstances: ou les comportements dangereux quoiqu'irrationnels du patient sont passibles pénalement ou il y a une divergence entre la conception implicite du comportement irrationnel dans l'orientation scientifique du service et celle définie par la loi.

C'est ainsi qu'éclate un conflit, déploré de tous, entre les devoirs de soin de la psychiatrie et celui de contrôle social, entre le devoir de venir en aide au malade et l'obligation d'en inhiber certains troubles. Au sein de cette contradiction, le rôle du médecin n'est plus un rôle thérapeutique; néanmoins, ce n'est pas non plus un rôle d'autorité; en effet, celui qui exerce un rôle d'autorité sur une autre personne a également le pouvoir de prendre des mesures coercitives envers lui à partir de son statut et de son savoir: ainsi le juge pour l'accusé, l'officier pour le subordonné, l'administrateur pour l'administré, etc.

Voilà comment le psychiatre, au contraire, lorsqu'il est investi d'une charge répressive basée sur des principes juridiques qu'il ne partage pas, est lui-même soumis à l'autorité d'une loi qui devient coercitive pour lui et sa pratique. *Les cures contentives qu'il pratique sont doublement forcées: le patient est contraint à les subir et le médecin à les pratiquer.*

La situation qui précède le traitement sanitaire obligatoire

En Italie, la loi prévoit qu'avant d'entreprendre un traitement psychiatrique obligatoire, le médecin tente de persuader le patient de se soumettre aux cures; il doit l'informer que s'il s'obstine à ne pas collaborer, une hospitalisation forcée devra avoir lieu.

Si le médecin est convaincu que les comportements du patient n'ont aucune origine organique, il peut décider d'en informer franchement le patient au moment même où il lui signifie que la loi l'oblige à prescrire l'hospitalisation pour contenir ses comportements. Néanmoins dans cette situation, il est possible de poser que le malade et son entourage, face à la contradiction d'un côté prescrit une cure physique et de l'autre recommandé de ne pas se soumettre à l'hospitalisation, tendront à percevoir le message transmis par son comportement plutôt que par le sens de ses paroles. Inévitablement, la situation implique l'attribution de l'origine du problème au médecin.

Quelle que soit la métacommunication qui accompagne l'annonce d'un traitement psychiatrique obligatoire immédiat, en pratique clinique, le médecin, qui pose une indication de soins — que ce soit en consultation ou au cours d'une visite à domicile — définit concrètement le comportement du patient comme un symptôme de maladie physique et lui annonce qu'il a l'intention de le soumettre à une intervention violente. Dans de telles circonstances, le patient est placé dans une situation paradoxale, dans laquelle, ou il reconnaît au médecin la fonction de thérapeute qu'effectivement il possède et se considère donc malade, anormal et dangereux, ou bien il choisit de se considérer comme étant parfaitement normal et dans ce cas le médecin et ses alliés ne sont que ses persécuteurs.

Par conséquent, ou il s'identifie dans le rôle de malade et accepte de se soumettre aux cures, ou bien il assume le rôle de victime d'un abus de pouvoir et réagit en agressant, ou en accusant, ou encore en manifestant des comportements de plus en plus irrationnels, de façon à les amplifier jusqu'à la limite de l'auto-ironie, comme pour les faire sembler intentionnels et en nier la nature involontaire et pathologique (cette «escalade» d'irrationalité rendra, de toute façon, inévitable le traitement forcé).

On ne s'étonne donc plus, vu les raisons qui précèdent, que rarement l'annonce d'une hospitalisation forcée produise une amélioration des troubles du patient.

Comment venir en aide au patient quand une hospitalisation forcée est requise

La méthodologie proposée ici est de maintenir, même de force, le contexte qualifié de «volontaire», «d'aide», en évitant la menace de l'intervention forcée, pour effectuer une lecture du symptôme qui le connecte au jeu familial et en même temps connecte à ce jeu la relation entre le patient, le service psychiatrique et la loi.

Illustrons cette stratégie par l'histoire d'une brève interaction entre un service psychiatrique et une jeune femme.

Au sein de la relation d'aide créée entre le service et la jeune femme, on verra que la lecture du jeu familial en soulignant les effets pragmatiques du symptôme sur le comportement des thérapeutes, implique leur participation directe au jeu-même. En outre, le pouvoir d'intervenir concrètement dans la vie de la jeune femme rend notre message plus explicite et plus prenant (2, 4).

Anticipons ici, nous verrons les détails ensuite, que dès le premier contact, le service a observé certains critères de conduite, qui ensuite ont été déterminants pour le résultat final. Avant tout, la patiente n'a pas reçu le diagnostic de maladie mentale grave. En second lieu, on ne lui a jamais parlé d'une éventuelle hospitalisation forcée. Enfin, on n'a pas effectué de cures pharmaceutiques contre la volonté du patient, mais seulement des colloques.

Il va de soi que l'intervention a été possible grâce à certaines circonstances favorables, dont le fait que la patiente n'avait eu aucun contact avec d'autres services psychiatriques ni avec le nôtre.

Une patiente psychiatrique antisociale

Rita, une étudiante en pédagogie de vingt-quatre ans, fut incitée par son médecin traitant à une visite psychiatrique auprès du service où je travaille comme psychologue. Le psychiatre qui la reçut diagnostiqua un trouble caractériel et me l'envoya pour une psychothérapie.

La jeune fille se présenta devant moi en se plaignant de façon théâtrale d'être amoureuse de deux jeunes gens simultanément.

Les deux jeunes gens dont Rita disait être amoureuse faisaient partie d'un groupe de jeunes qu'elle fréquentait depuis six mois, après avoir rompu des fiançailles qui avaient duré huit ans.

Fille unique de deux commerçants ambulants, la jeune fille avait vécu avec eux jusqu'à l'année précédente, quand elle était allée vivre avec son fiancé, Marino (un jeune artisan), pour une période d'essai prématrimonial. Après la rupture, elle était restée dans le même appartement, propriété de ses parents, qui en gardaient une clé et le libre accès: elle y vivait à leurs frais.

Elle raconta avoir effectué une auto-analyse psychoanalytique d'une durée d'un mois et demi, dont elle était sortie en se sentant dédoublée et doutant de sa propre identité.

Elle parlait de façon très antipathique avec ce que je définirais une affectation théâtrale. De temps en temps, elle prononçait des demi phrases destinées à personne, comme si elle exprimait des associations d'idées.

Elle raconta avoir eu une enfance malheureuse à cause des disputes entre son père et sa mère. Ils la traitaient encore comme si elle était petite: quand elle avait quitté la maison, ils l'avaient pratiquement «confiée» au fiancé pour qui ils avaient une grande estime.

Néanmoins, ces derniers temps, elle disait avoir réévalué la figure paternelle (je me suis rendu compte que j'avais un père merveilleux) et avoir renoué étroitement les rapports avec ses parents (j'ai avec eux un dialogue fantastique). En particulier, elle raconta qu'elle voyageait souvent avec son père sur la camionnette qu'il employait pour son travail.

Elle déclara avoir communiqué à ses parents les résultats de sa propre enquête psychoanalytique de laquelle émergeait leur responsabilité dans ses problèmes psychiques actuels.

Outre les rapports avec ses parents, Rita disait avoir renoué une amitié «merveilleuse» avec une cousine, fille d'un oncle maternel, avec laquelle elle avait vécu durant son enfance chez ses grands-parents et avec laquelle elle avait eu par la suite une longue période de désaccord (le père de Rita avait toujours démontré beaucoup d'affection pour cette cousine).

Deux séances suivirent la première au cours desquelles Rita présentait de façon toujours plus caricaturale des attitudes de malade mental.

Elle annula le quatrième rendez-vous en laissant entendre qu'elle n'avait plus besoin de moi.

J'étais sur le point de la rappeler lorsque me téléphona son médecin traitant: il me dit être préoccupé car il pensait que Rita était affectée d'un début de psychose.

En particulier, la mère de la jeune fille lui avait référé que Rita l'avait appelée parce qu'elle entendait des pas dans l'appartement au-dessus du sien et qu'elle ne savait pas s'il s'agissait de pas de bandits qui voulaient l'enlever ou de pas de policiers qui voulaient la sauver. En outre, Rita se présentait chez ses parents même à quatre heures du matin en racontant de drôles d'histoires de suiveurs.

Outre qu'avoir parlé avec la mère, le médecin avait reçu la visite de l'ex-compagnon de Rita, Marino, qui lui confia avoir appris, par des amis que la jeune fille fréquentait, ses comportements bizarres comme celui de s'installer dans le lit d'un des jeunes dont elle se disait amoureuse, ou de raconter se sentir «deux», ou de chasser de chez elle la jeune fille qu'elle hébergeait en se disant être poursuivie par la police politique.

Le médecin retenait que Rita devait être hospitalisée, éventuellement avec un traitement psychiatrique obligatoire, alors qu'une intervention psychologique aurait pu servir pour l'«attirer». Je le tranquillisai sur le fait que j'allais référer ses préoccupations et ses indications au psychiatre qui avait vu Rita et qui était habilité à prescrire l'hospitalisation.

Une heure après, la mère de Rita me téléphona et je la convoquai ainsi que sa fille et son mari.

La mère arriva avec Rita et sans son mari; elle se montra très anxieuse, faisant, derrière le dos de sa fille, de drôles de gestes et lançant à tout le personnel des tas de coups d'œil comme pour signifier que, profitant du fait qu'elle nous avait amené Rita, nous aurions dû tenter de retenir la jeune fille.

Après avoir convoqué le père également, j'entrepris une séance au cours de laquelle la jeune fille se démontra indifférente et désintéressée alors que les parents se montrèrent désespérés et fortement culpabilisés. L'émotion arriva à son comble lorsqu'on en vint à parler de la rupture des fiançailles avec Marino: le père, un homme à l'aspect de faible d'esprit et au langage très élémentaire, se mit à pleurer: à plus d'un an de distance des événements, il semblait encore inconsolable. La mère aussi considérait Marino comme un garçon merveilleux et comme un fils.

La mère raconta ensuite qu'après la rupture entre les deux jeunes gens, elle avait elle-même suggéré à sa fille de vivre à son compte, pensant qu'elle aurait pu s'y trouver mieux qu'auprès de ses parents.

La conversation sur l'histoire de la famille s'interrompit bien vite car la préoccupation des deux parents semblait être de me faire comprendre combien leur fille était malade et combien une thérapie était urgente. Ils étaient totalement sourds à ma proposition de considérer cette séance-même comme potentiellement thérapeutique.

Il était évident que, dans leur métacontexte, la séance n'avait d'autre but que de précéder l'hospitalisation: leur objectif en y participant était d'obtenir cette intervention coercitive. A la conclusion de notre rencontre, ils avaient échoué dans leur intention, comme moi j'avais échoué dans ma tentative d'instaurer un rapport thérapeutique avec la famille.

Le soir suivant, je reçus un coup de téléphone du commissaire de police m'informant que l'après-midi, Rita était partie au volant d'un taxi, avait été poursuivie et ensuite arrêtée. En l'interrogeant, les policiers étaient arrivés à la conclusion que son acte était à attribuer à un déséquilibre mental d'autant plus

que la jeune fille leur avait raconté être en cure auprès de notre service. C'est pourquoi ils l'avaient relâchée, nous l'avaient signalée, et nous demandaient un rapport sur son cas.

En accord avec le psychiatre, je me mis donc à la recherche de Rita pour la convoquer: je trouvai sa mère qui m'annonça que Rita était sortie avec Marino.

Quand la jeune fille se présenta le lendemain au service, nous lui avons expliqué le motif de sa convocation et demandé de se soumettre à deux entretiens, l'un avec moi et l'autre avec le psychiatre, pour nous permettre d'établir le rapport à envoyer au commissariat de police.

Rita nous raconta que Marino avait recommencé à fréquenter ses parents pour les conseiller sur la façon d'affronter les problèmes de leur fille et pour les aider. Il en était de même pour la cousine: Rita imaginait même qu'une *love-story* aurait pu naître entre Marino et la cousine.

J'expliquai alors à Rita comment ses comportements irrationnels avaient favorisé le rapprochement entre Marino et ses parents à elle. Rita devait certainement avoir compris combien pour eux, et pour son père en particulier, Marino représentait le fils qu'ils n'avaient pas eu, et par dessus le marché, un fils respectueux et fidèle, alors que Rita était un peu rebelle et indépendante (la jeune fille admit en souriant que Marino était serviable et de bonne compagnie pour ses parents). Rita approuva également quand je lui dis que sa décision d'aller vivre en dehors de la maison n'était pas tellement due à un essai de vie prématrimoniale mais à une tentative d'habituer ses parents à l'éloignement de Marino avant la séparation qui serait advenue après la rupture des fiançailles.

Désormais, Rita devait avoir l'impression que ses parents supportaient très bien le fait qu'elle vive de son côté, alors qu'ils ne supportaient pas le fait que Marino disparaisse de la famille. C'est pourquoi Rita éprouvait un fort ressentiment envers ses parents. Son comportement, néanmoins, les poussait toujours plus à demander aide au jeune homme: on aurait cru que Rita faisait tout pour rapprocher Marino et ses parents.

La jeune fille réagit à ce point en me confiant que lorsqu'il venait chez elle, son père avait pour habitude d'aller se placer devant un mur où étaient apposées différentes photos d'elle et de Marino ensemble: l'homme demeurait à contempler le mur avec un air de commotion et de regret.

Rita dit également que Marino se trouvait mieux avec ses parents à elle qu'avec les siens avec lesquels il avait des problèmes de relation. Elle ajouta que, d'après elle, ses parents considéraient possible un renouement de ses fiançailles et que Marino partageait leur illusion.

Elle intercalait, au milieu de phrases cohérentes, des prises de position infantiles du genre: «Mais moi, je ne veux plus être la fiancée de Marino!», «Je veux vivre dans une maison d'étudiants».

Avant d'envoyer Rita au second entretien (celui avec le psychiatre), je conclus la séance en lui annonçant que la rencontre avec le psychiatre pouvait avoir deux conclusions différentes: ou un simple rapport au commissariat, ou bien une hospitalisation qui d'un côté lui aurait offert la possibilité d'être hors de la maison, mais d'un autre côté, aurait offert à ses parents et à Marino une opportunité de se rencontrer sous prétexte de devoir organiser un plan d'assistance à son égard.

Rita pouvait soit demander explicitement l'internement hospitalier soit le provoquer par un comportement infantile, régressif et irrationnel.

Rita exposa au médecin, lucidement, ses bizarreries passées comme faisant partie d'un moment de déséquilibre révolu. Le psychiatre envoya alors au commissariat un rapport dans lequel il effectuait un diagnostic non grave des troubles de Rita et motivait le choix des thérapies effectuées par des arguments conformes aux termes de la loi³.

Dans les jours qui suivirent, Rita alarma sa famille par des coups de téléphone au cours desquels elle divaguait à propos de la police politique, du psychiatre et de moi-même. Ces épisodes furent le motif d'une convocation à une autre séance, à laquelle prit également part la mère de Rita, et au cours de laquelle on rediscuta de la lecture précédente du jeu familial. En cette occasion, Rita déclara avoir alarmé sa mère par ses coups de téléphone absurdes pour «se moquer d'elle» et déclara également de façon ironique et provocatrice avoir des visions: il semblait donc que, face aux parents et amis qui lui demandaient de se faire hospitaliser, Rita réagisse en amplifiant ironiquement les symptômes, comme seul moyen d'en démontrer le caractère intentionnel et de nier par conséquent d'être folle.

Après trois semaines, le comportement de Rita se normalisa et la crise passée fut considérée, par le médecin traitant, comme surmontée.

A un an de distance de ces événements, la jeune fille est rentrée à la maison; elle travaille, fréquente l'université et suit régulièrement un léger traitement psychotrope prescrit par le médecin traitant.

Cette conclusion ne nous permet pas de déduire que Rita est complètement rétablie mais on peut penser qu'elle a dépassé un moment de psychose dû à un malaise existentiel et relationnel intra-familial; la stratégie développée, autour d'elle, par le service psychiatrique, en face des demandes d'hospitalisation forcée, a permis de préserver l'établissement et la nature d'une relation thérapeutique réelle.

Conclusion

Si le cas de Rita prouve que parfois le devoir d'intervenir peut offrir l'opportunité de venir en aide à un patient autrement inaccessible, il prouve également que bien rarement se présentent les conditions nécessaires pour qu'une demande d'intervention forcée ne constitue pas une aggravation à une situation déjà dramatique en soi.

En fonction de ce qu'il ressort de l'examen du cas exposé ici, je décrirais ces conditions en trois points:

³ Reportons ici une partie de ce rapport: «Le médecin traitant nous a demandé une hospitalisation et une thérapie pharmaceutique mais le soussigné conjointement à la psychologue Serra n'a pas retenu nécessaires ces requêtes. Nous retenons en effet qu'une thérapie basée sur l'emploi de médicaments et sur une hospitalisation puisse nuire à l'état de précarité de l'équilibre psychique actuel de la jeune fille.

La symptomatologie de type psychotique dont nous ont référé le médecin traitant, la jeune fille et son fiancé peut, selon nous, être mise en relation avec l'absorption de drogues légères que la jeune fille admet avoir prises avec ses amis peu avant la manifestation des symptômes psychotiques. Il s'agirait donc d'un rapport de cause à effets, du moins du point de vue chronologique. Fondamentalement, nous pensons nous trouver face à des troubles comportementaux qui nécessitent des interventions psychologiques.»

Avant tout, le service put prendre en charge la jeune fille avant que ne soit formulé par d'autres spécialistes un diagnostic tel à la catégoriser parmi les maladies mentales graves. C'est pourquoi il a été possible de certifier que les comportements irrationnels antisociaux pouvant être considérés comme symptômes d'une psychopathologie légère et non dangereuse.

En second lieu, la police, peut-être parce que la jeune fille n'était pas encore répertoriée comme patiente psychiatrique, ne demanda pas, comme c'est le cas pour les malades mentaux, un traitement forcé au service psychiatrique, mais arrêta et interrogea la jeune fille: le délit de la patiente avait de ce fait eu une réponse répressive immédiate.

Si la jeune fille ne fut — justement — pas punie par une peine de prison, elle ne fut néanmoins pas totalement déresponsabilisée.

Enfin, ni ce service, ni d'autres n'avaient auparavant effectué d'intervention violente ou répressive sur la patiente: au moment où nous l'avons priée d'autorité de se soumettre à des entretiens, cette mesure était motivée par la nécessité de défendre la jeune fille contre les rigueurs de la loi et de lui éviter une procédure pénale. L'intervention à laquelle nous l'avons soumise peut être considérée sinon comme proprement thérapeutique, du moins comme «volontaire», «d'aide» et par conséquent conforme à un contexte thérapeutique. Dans ces conditions, on n'a pas activé la réaction de psychose comme cela arrive lorsqu'une intervention de soins obligés a lieu au sein d'un contexte thérapeutique.

Piera Serra
4, via Oberdan
I-40126 Bologna

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie Stefano Cirillo pour avoir discuté à fond les thèmes traités ici et pour ses conseils. Sa reconnaissance va également à ses collègues Grazia Battistini, Cristina Falaschi, Adele Lucchi, Elisabetta Manfredini, Gloria Soavi, Ornella Vianello qui ont pris part aux discussions préliminaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Covini A., Flocchi E., Pasquini E. e Selvini M. (1984): Alla Conquista del Territorio, *Nuova Italia Scientifica*, Roma.
2. Selvini M. (aux soins de) (1985): Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mare Selvini Palazzoli, *Nuova Italia Scientifica*, Roma.
3. Serra P. (1984): Les Sociétés de thérapie familiale et le progrès de la recherche, *Thérapie Familiale*, 5, 2, Genève.
4. Serra P. (1984): L'offerta paradossale di aiuto: interventi di terapia familiare in assenza di una domanda di terapia, *Terapia Familiare*, 15, Roma.
5. Serra P. (1985): Una trappola nell'assistenza sociale in psichiatria: progetto di ricerca sulla relazione tra lo psichiatra, il suo utente e il Corpo di Polizia, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CIX, Fasc. VI, Reggio Emilia.



terapia familiare

rivista internazionale di ricerca e di intervento relazionale

TERAPIA FAMILIARE, in continuous publication since 1977, has been the only Italian Journal in the field of family psychotherapy for long time. It is published quarterly (March - July - November) by the Rome Family Therapy Institute.

Editor *Maurizio Andolfi*

Editorial Board *Paolo Menghi, Anna Maria Nicolò-Corigliano, Carmine Sacca*

Its aim is to promote research and present studies in the following areas:

- The study of the evolutive process of the family
- The study of relational psychology and of its application in the prevention areas
- Clinical and theoretical aspects both in family and in couple therapy
- Methodology and problems related to a family therapist's formation in the psychiatric field and in basic medicine
- Problems concerning the institutional mental health worker's role and competence after the relational perspective.

Among the many contributors have been recently:

D. Bloch, I. Boszormenyi-Nagy, M. Bowen, V. Cigoli, P. Dell, M. Elkaim, J. Framo, S. Minuchin, P. Papp, M. Selvini Palazzoli, C. Sluzek, H. Stierlin, C. Whitaker, D. Williamson, L. Wynne, I. Zwerling.

Terapia Familiare
Abbonamenti Esteri
Via Reno 30 - 00198 Rome (Italy)

DATE _____

Gentlemen:

- Please enter my subscription for **TERAPIA FAMILIARE**
- Lire 40.000 per year in Europe (surface mail)
 - Lire 50.000 per year in other countries (air mail)
- (payments only in Italian Liras through checks to **I.T.F.**)

NAME _____

ADDRESS _____

CITY _____

STATE/COUNTRY _____

ZIP _____

All subscriptions are entered on a calendar year basis

POUR UNE SUICIDOLOGIE SYSTÉMIQUE

D. VALLÉE*

Résumé: *Pour une suicidologie systémique* — Le travail clinique avec les familles de suicidants, dans le cadre d'un protocole de thérapie brève expérimenté dans des services de psychiatrie intégrés à des hôpitaux généraux, nous permet aujourd'hui de développer l'idée qu'une suicidologie systémique est possible. Celle-ci comporte sa spécificité constituée par la brièveté du temps de l'intervention, par le recadrage déjà effectué par la famille elle-même, par la différenciation entre les systèmes à transactions suicidaires et ceux à transactions mortifères et par leurs désignations propres.

Summary: *For a systemic suicidology* — Through clinical work with the families of suicidal persons, it is possible today to develop the concept of systemic suicidology within the framework of a protocol of brief therapy. Experiments with this protocol were conducted within psychiatry services integrated to general hospitals. The concept involves some specific parameters such as the brief time span of intervention, the nature of reframing already effected by the family, the differentiation between systems involving suicidal transactions and those involving transactions with lethal outcomes, as well as their specific designations.

Mots-clés: Familles de suicidants — Suicide — Tentatives de suicide — Transactions mortifères — Transactions suicidaires.

Key-words: Families of suicidal persons — Suicide — Suicide attempts — Suicidal transactions — Transactions with lethal outcomes.

L'instantanéité et l'imprévisibilité du passage à l'acte suicidaire peuvent faire croire que la tentative de suicide vient du ciel. Tel un axiome divin permettant d'entrevoir le méta-niveau des théorèmes divins issus de l'ordalie, la fatalité semble en constituer l'une des règles. Le suicide et ses tentatives sont des offrandes aux divinités voraces devant lesquelles nous nous prosternons en une adoration faite de résignation et de peur. La France apporte son tribut de victimes passives immolées sur leurs autels. Même si elle s'en cache, la patrie autorise chaque année la mort de plus de dix mille de ses enfants alors qu'au départ cent cinquante mille sont sur les rangs. Il y a comme un dogme indéfectible dont il ne faudrait pas parler, une fatalité de toutes ces morts que l'on doit taire de peur d'agiter le courroux divin. Même les religions officielles ont, par leurs commandements, interdit ces sacrifices humains. Pourtant, l'une d'entre elles, le Chris-

* Membre des associations «Quadra» et «Impasse et devenir».

tianisme, a comme doctrine apologétique la mort surnaturelle d'un homme qui, par ses attitudes suicidaires, «échappe au destin commun des créatures vivantes» (E. Morin) pour sa déification et pour renforcer l'exégèse de la règle des Dix Commandements. Et malgré cela, la cohorte des suicidés se jette du haut des marches du temple en vagues successives. Chacun d'entre eux tente de résoudre à sa façon le paradoxe de la néantisation de l'être, c'est-à-dire sa propre individualisation dans la mort.

Le discours des survivants, ceux dont on dit qu'ils ont raté leur suicide, est toujours le même. Il est soumis, grâce aux vertus conjuguées de la banalisation et de la dénégation, à l'abrasement des différences liées à l'acte suicidaire en une série de séquences convergentes qui sont prévisibles (G. Bateson). Le «j'ai fait une bêtise» ou le «je voulais dormir» échappent aux processus stochastiques dans le sens où le discours commun est une confusion des types logiques.

La façon de sortir du paradoxe du suicidant est d'élargir le cadre contextuel dans lequel la tentative de suicide s'est produite. Nous pouvons inviter auprès du patient alangui les membres de sa famille qui, dans la salle d'attente toute proche, se morfondent abasourdis par ce qui vient d'arriver. Ce qui au niveau individuel, au lit du patient, semblait banal et dénué de sens devient au niveau relationnel, avec l'ensemble de la famille, clair et pertinent. La tentative de suicide est d'emblée située sur le plan des interactions familiales. Et pour tout le monde, cela paraît une évidence sauf, peut-être, pour les thérapeutes qui ont attendu tant de temps pour s'en apercevoir. Cette découverte fondamentale nous remplit de l'effroi mais également de l'ivresse de ceux qui enfoncent des portes depuis bien longtemps largement ouvertes.

Notre recherche est issue des demandes de collègues hospitaliers qui, dans le contexte de la médecine d'urgence, sont confrontés au problème des tentatives de suicide et de leurs récides. En outre, elle s'intègre plus globalement dans les programmes et les projets du «Réseau Impasse et Devenir» qui regroupe des thérapeutes systémiques qui travaillent sur ce sujet. Nous rapportons ici quelques résultats ainsi que les réflexions que nous ont inspiré la pratique clinique avec les familles de suicidants.

Pour plus de compréhension, nous avons été amenés à définir deux types de systèmes familiaux dont l'un des membres au moins a fait une tentative de suicide. Avec Arnaud Marty-Lavauzelle, nous les avons nommés familles à transactions suicidaires et familles à transactions mortifères. Cette distinction entre ces transactions spécifiques représente pour nous un outil de travail qui nous aide à classer et à différencier toutes les familles de suicidants que nous suivons en thérapie. Elles sont définies par la nature de la désignation, par la fonction du symptôme tentative de suicide ainsi que par leurs qualités propres.

Dans les familles à transactions suicidaires, la désignation est labile. Elle cesse avec le passage à l'acte suicidaire. Cette labilité touche non seulement la désignation du patient et l'on parle alors de récide mais elle peut très bien se déplacer sur d'autres membres de la famille. La désignation suicidaire se reconstitue dans le champ de la redondance sous la forme de la répétition des gestes suicidaires du patient lui-même ou d'autres membres de la famille mais aussi sous la forme

d'autres symptômes ayant les mêmes fonctions que la tentative de suicide et qui représentent des équivalents fonctionnels isomorphiques à celle-ci. Il y a une tendance à la répétition du message qui s'inscrit dans une séquence constituée de la désignation, du passage à l'acte suicidaire — ou d'un équivalent fonctionnel isomorphique — et du retour à l'homéostasie grâce aux processus de banalisation et de dénégation.

L'acte suicidaire, cette menace de mort, circule dans les familles de telle façon qu'il est déjà relié à des conflits relationnels. Celui-ci connotent une menace de rupture, d'abandon ou une menace de séparation ou de divorce. Nous disons bien menace d'exclusion et non exclusion vraie.

Du point de vue qualitatif, les transactions suicidaires possèdent une certaine souplesse facilement perceptible en thérapie. Celle-ci se manifeste par la labilité de la désignation, par l'interchangeabilité de la tentative de suicide et des équivalents fonctionnels isomorphiques et par l'ambiance qui règne dans ces familles. Il y a un décalage entre la gravité de cette menace de mort comprise comme menace d'exclusion et l'apparence d'une certaine souplesse interactionnelle.

Dans ce cadre, toute tentative de suicide est réussie puisqu'une fois déchiré la voile de la banalisation et de la dénégation se profile au loin le spectre de la mort, métaphore quintessenciée de la menace de l'exclusion ultime. Ceci va à l'encontre d'une certaine idéologie du bon sens lorsqu'elle connote à la tentative de suicide une notion d'échec. Cela provient, peut-être, du mot tentative qui est compris comme tenter de mourir et non tenter sa propre mort comme on dit tenter sa chance.

Dans les familles à transactions mortifères, l'ambiance est bien différente. La tentative de suicide devient un suicide raté dans la mesure où il s'agit de l'exclusion vraie d'un des membres de la famille; ce que Jean-Claude Oualid, en un algorithme métalogue, nomme «l'hypothèse (n - 1)». Seule la mort, comme unique possibilité d'exclusion d'un des membres de la famille, maintient la structure homéostatique des systèmes mortifères. Dans ces cas, la désignation du membre qui doit disparaître garde toute sa force et ce malgré l'acte suicidaire. La désignation mortifère est permanente, irréversible et intemporelle que le sujet soit mort ou vif. Dans ce type d'organisation, les enjeux relationnels se rapprochent fort de ceux que l'on rencontre dans les familles à transactions schizophréniques. Les familles à transactions mortifères s'apparentent aux systèmes rigides. Le comportement mortifère du patient désigné permet de rendre opératoire des aspects contradictoires du fonctionnement familial en ce qui concerne les conflits liés à l'individuation de chacun vécue comme trop dangereuse pour le système. La seule possibilité de s'individualiser sans mettre en péril le système familial se fait au travers de la mort. L'incarnation du patient désigné n'est phénoménologiquement appréhendable que sous la forme de cadavre. Malgré la tentative de suicide, il ne lui reste que le sursis, souvent trop bref, qui l'amènera inéluctablement à sa propre mort.

Suicides ratés ou bien tentatives de suicides réussies sont des notions qui permettent d'échapper au jugement médical qui marque son mépris de façon inversement proportionnelle à la gravité de l'acte. Une T.S. chirurgicale sera plus

respectée qu'une T.S. médicamenteuse. Un cocktail bien proportionné emportera plus de prix que l'ingestion de quelques comprimés d'un anxiolytique qui, au reste, n'a pas de dose létale. La sollicitude que l'on porte au suicidant ne se mesure qu'au nombre d'actes effectués sur sa personne; la multiplicité des K, des C ou des B évalue la cote de l'intérêt qu'on lui manifeste.

Tous les membres du corps médical connaissent la particulière appétence des suicidants pour la récidive. Les systémiciens, dans le concert harmonieux, parleront de la redondance des transactions suicidaires. Ils pourront savoir, s'ils lisent les statistiques, que près d'un suicidant sur deux récidivera et beaucoup plus si l'on considère les autres membres de la famille. L'interchangeabilité du symptôme est le témoin de la libre circulation des idées suicidaires dans les familles. Aucune convention internationale n'a jamais protesté contre cette liberté de la mort. Depuis la «Circulaire Veil», on demande aux psychiatres de tous les hôpitaux généraux de bien vouloir «autoriser» la sortie du suicidant. Evaluer le risque d'une récidive, c'est prendre le risque que cette récidive ait lieu si l'on sait que cet entretien, souvent unique, ne permettra pas de lutter contre les dures lois de la statistique lorsqu'elle nous affirme qu'une infime minorité de patients accepte une psychothérapie individuelle.

Proposer au suicidant et à son entourage des entretiens familiaux, tel que nous le faisons depuis quelques années dans des services de psychiatrie intégrés à des hôpitaux généraux en appliquant un protocole de thérapie brève de familles de suicidants, protocole T.B.F.S. (Vallée, Oualid), cela opère magiquement une baisse du taux de récidive. Nous n'avons pas encore compris en quoi cette proposition d'entretien familial a comme effet une diminution de ce taux. Peut-être s'agit-il de l'énonciation de ce qui peut apparaître comme une évidence dans l'après-coup du passage à l'acte? A moins que nous nous adressions à une population qui n'aurait pas récidivé, ce qui semble peu probable. La différence sensible entre ceux à qui l'on propose un entretien familial auquel ils ne viennent pas et ceux qui viennent effectivement à cet entretien est constituée par le fait que le taux d'hospitalisation toutes causes confondues chute de la première population à la deuxième. L'hospitalisation doit ici encore être comprise comme menace d'exclusion hors du système familial. La menace d'exclusion est analogiquement équivalente à un départ sans départ comme solution au problème que pose le conflit relationnel. D'autres symptômes peuvent représenter des équivalents fonctionnels isomorphiques à la tentative de suicide tels une hospitalisation dont nous avons déjà parlé, une fugue, un épisode alcoolique aigu, etc.

Le véritable génie du suicidant est de faire une chose dont peu de personnes sont capables lorsqu'il crée du mouvement sans mouvement donnant l'illusion de la mobilité immobile telle qu'elle peut être représentée dans la lithographie d'Escher: «Mouvement Perpétuel». Il fait émerger l'ambiguïté de l'espace et du temps en un écrasement du spatial et du temporel. Il agit un départ sans départ compris comme une tentative de changement du référentiel. Une sorte d'aller retour qui ne dure que le temps du passage à l'acte, un instant dans l'histoire des transactions de la famille. Cet instant est occulté pour ne prendre valeur qu'en tant qu'épiphénomène temporel sans signification apparente. Le double-lien

spatio-temporel privilégie l'élément synchronique au détriment de la représentation diachronique de l'événement tentative de suicide. Il ne reste que l'instantanéité et l'imprévisibilité comme seuls paramètres temporels tangibles auxquels nous puissions nous rattacher. Ils sont la certitude de notre incertitude: c'est une mort sans mort comme événement temporel sublimé en une tentative de mouvement. Dans les transactions suicidaires, il y a cette transformation d'un phénomène temporel, la mort, en un phénomène spatial, la menace d'exclusion: le mouvement immobile. Le suicidant réinvente à chaque fois la notion de mort réversible telle une résurrection qui suspend l'instant suicidaire hors du temps.

Dans les transactions mortifères, il n'y a pas de mort réversible. L'instant mortifère est éternel, au-delà de l'écoulement linéaire du temps. La mort y est irréversible à la mesure de la désignation mortifère. Ce suicidant-là «choisit» l'instant précis de sa mort. Il outrepassa la destinée humaine lorsque chaque être se demande quand surviendra l'instant de sa mort. Si je peux décider du moment de ma mort, c'est que, d'une certaine façon, je suis éternel. Ou plus exactement, la famille dans laquelle je me trouve l'est. Si l'on voulait transposer à l'existentialisme individualiste de Kierkegaard un existentialisme systémique, nous pourrions dire que le suicide est une maladie mortelle dans le sens où la mort en est, dans le même temps, l'aboutissement obligé pour le patient désigné et le garant de l'éternité pour le système. La torture pour la famille, c'est de ne pouvoir ni mourir ni se transformer. Le système mortifère à l'agonie est condamné à vivre sans exclusion possible. Tout espoir de changement est balayé par le manque même de départ de ses membres. Le désespoir systémique est un supplice paradoxal lié au non changement, à l'impossibilité que le système puisse se transformer: «éternellement mourir, mourir sans pourtant mourir, mourir la mort» (Kierkegaard). «Mourir la mort» est pour le système la vivre pleinement. Le système mortifère vit l'éternité du désespoir. A notre sens, le cruel dilemme temporel des systèmes mortifères, c'est qu'ils risquent de perdre leur éternité s'ils renoncent au désespoir.

Qu'il s'agisse de la mort sans la mort des systèmes à transactions suicidaires ou bien de «mourir la mort» des systèmes à transactions mortifères, il apparaît dans le travail clinique avec les familles de suicidants une esthétique sublime du mourir. Nous pourrions dire, en paraphrasant Douglas Hofstadter, que le suicidant est le maître de l'hémiole. La tentative de suicide est comme une fugue à plusieurs voix où les thèmes qui la constituent, alors qu'ils paraissent paradoxaux ou opposés, vont se réconcilier au niveau du passage à l'acte. Nous assistons à des transitions graduelles à partir des interactions spécifiques, de la désignation, de l'exclusion ou de la menace d'exclusion, du temps, de l'espace et de la mort pour obtenir une seule et même voix: la tentative de suicide.

Toutes ces différences s'estompent puis s'agglutinent en une unité qui s'exprime au travers du geste suicidaire. Dans ce décor, il se produit une série de doubles liens où la tension va, au fil du temps, se cristalliser en un double mouvement perpétuel entre les espaces intrapsychiques et interpersonnels. La convergence de tous ces doubles liens se manifeste dans la crise suicidaire (Jean-Louis Le Moigne).

Dans les familles de suicidants, le thérapeute va tenter de s'insérer dans l'infime espace des niveaux agglutinés. Il devient alors le porteur des confusions et, en prenant la place du patient désigné, il se trouve être à la croisée des chemins qui mènent à l'exclusion. Il est soumis à la loi temporelle des familles de suicidants qui érigent, comme nous l'avons vu plus haut, la primauté du synchronique sur le diachronique. La banalisation et la dénégation sont les armes temporelles de l'adiachronie; nous n'aurons droit qu'aux longues plaintes causalistes hypersynchroniques des menaces de rupture et d'abandon, des menaces de séparation et de divorce. La tentative de suicide s'inscrit dans l'histoire linéaire des relations familiales; ce paradoxe du temps exclut, dans l'ici et maintenant du contexte thérapeutique, toute notion diachronique vidant apparemment la crise suicidaire de son contenu temporel double contraignant. Mais ceci n'est qu'une apparence.

Il y a un premier niveau qui tente, au travers de la banalisation et de dénégation, à dire que le système familial continue de fonctionner selon les règles synchroniques comme si rien n'avait changé et que la tentative de suicide était vidée de son contenu événementiel. A un deuxième niveau, il se produit effectivement un changement complet d'état dans les systèmes à transactions suicidaires où le référentiel synchronique est bouleversé. La forme même de ces systèmes subit un bouleversement profond notamment dans la disparition du décor suicidaire. Il y a de nouveaux modes de régulation diachronique qui se mettent en place et auxquels il faut s'adapter. Deux possibilités de formes s'offrent aux systèmes suicidaires. Soit le nouvel équilibre s'avère stable et il permet alors une redéfinition des règles de fonctionnement au sein du système. Nous pouvons dire dans ce cas que la tentative de suicide a permis un changement de niveau deux et que la récurrence semble peu probable. Soit, au contraire, le nouvel équilibre s'avère instable et le système risque de continuer à fonctionner selon les mêmes règles. Nous assistons alors à un jeu sans fin dont les règles demeurent inchangées. La menace de récurrence est ici majeure.

Dans ce dernier cas, il est capital d'intervenir mais la différenciation entre ces deux possibilités de formes est encore incertaine. Arriver à faire émerger un seul élément diachronique d'incertitude, par exemple que la mort pouvait survenir ou bien qu'il s'agissait d'une revendication boweniste de différenciation, alors le thérapeute peut endosser le fardeau des confusions intriquées. Il est frappant de constater la désintrication de tous les doubles liens les uns par rapport aux autres. L'édifice familial, jusque-là figé, reprend une configuration formelle harmonieuse sans avoir, pour en maintenir la rigidité, à menacer l'un de ses membres d'exclusion. Seul le thérapeute devient l'être à exclure.

Denis Vallée
34, rue Périer
F-92120 Montrouge

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1984): *La Nature et la Pensée*, trad. A. Cardoen, M.C. Chiareri et J.L. Giribone, Editions du Seuil, Paris.
2. Hofstadter D. (1985): *Gödel, Escher, Bach, Les Brins d'une Guirlande Eternelle*, trad. Henry J. et French R., InterEditions, Paris.
3. Kierkegaard S. (1949): *Traité du Désespoir*, trad. Ferlov K. et Gatean J.J., Editions Gallimard, Paris.
4. Le Moigne J.L. (1986): *Modélisation Systémique de la Crise*, Communication au Congrès International: «Systèmes, Familles et Crise», 24-26 avril 1986, Bruxelles.
5. Marty-Lavauzelle A. (1987): *Le Toxicomane et sa Famille, entre Dépendance et Libertés*, Communication au Colloque organisé par le Centre de Thérapie Familiale de Monceau, 28 mars 1987, Paris.
6. Morin E. (1973): *Le Paradigme Perdu: la Nature Humaine*, Editions du Seuil, Paris.
7. Oualid J.C. (1986): *L'hypothèse (n-1): Entretiens avec les Suicidants et leurs Familles en Milieu Institutionnel*, Mémoire pour le C.E.S. de Psychiatrie, Université Pierre et Marie Curie, U.E.R. Pitié-Salpêtrière, Paris.
8. Oualid J.C. (1987): Le minotaure, *Gazette Médicale*, 94, n° 6, Paris.

Le Comité de Rédaction de Thérapie Familiale a décidé de publier régulièrement des numéros thématiques dont la rédaction sera confiée à un rédacteur invité. Le N° 4/88 de notre Revue sera consacré au thème «Justice et Famille» et le rédacteur invité en est Pierre Segond.

L'Institut d'Études de la Famille et des Systèmes Humains / Bruxelles
annonce un congrès international sur le thème

“aux frontières de la thérapie familiale”

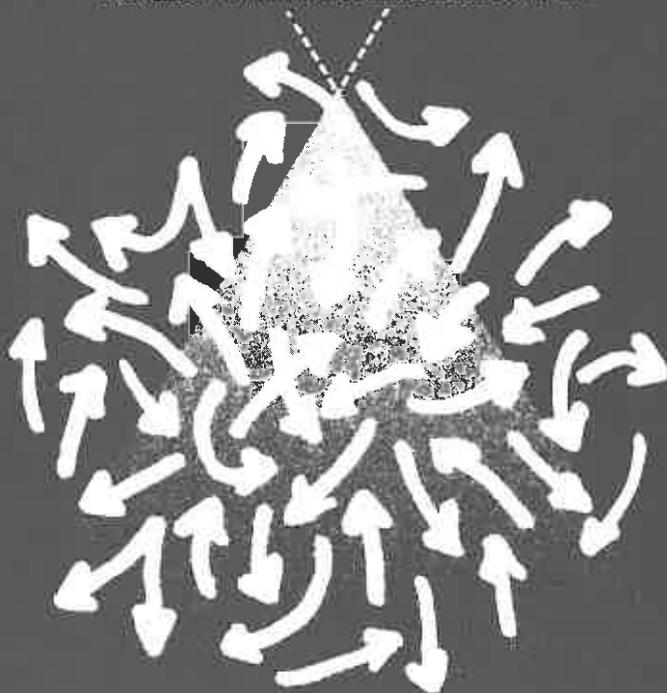
du 18 au 20 mai 1989 au Palais des Congrès de Bruxelles

Orateurs ayant déjà accepté de participer au congrès

M. Andolfi J.C. Benoit D.A. Bloch I. Boscolo P. Caillé L. Cancrini
G. Cecchin S. Cirillo M. Elkaim E. Goldbeter J. Haley S. Hirsch
H. Maturana S. Minuchin L. Onnis P. Papp P. Penn J. Pluymaekers
V.M. Satir M. Selvini Palazzoli M. Selvini C.E. Sluzki A.M. Sorrentino
R. Speck I. Stengers H. Stierlin F. Varela M. Viaro H. von Foerster
E. von Glasersfeld P. Watzlawick C. Whitaker.

Thèmes principaux

- Derniers développements en thérapie systémique
 - Psychothérapie et singularités
 - Auto-référence et émergence de l'observateur
- Les systèmes élargis: institutions, réseaux, organisations
 - Médecine et systèmes humains
- Systèmes humains, inconscient et autonomie



Pour tous renseignements s'adresser à:

Institut d'Études de la Famille et des Systèmes Humains / Bruxelles
11c, rue Van Eyck / B-1050 Bruxelles / Belgique / Tél. 02/6477343

ENTRETIENS FAMILIAUX, DÉSINTOXICATION HOSPITALIÈRE ET TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'ALCOOLISME

J.P. ROUSSAUX*

Résumé: *Entretiens familiaux, désintoxication hospitalière et traitement ambulatoire de l'alcoolisme*

— Trois idées principales (l'alcool agirait comme organisateur familial, les comportements seraient ritualisés afin d'assurer l'homéostasie familiale, la désintoxication brutale de l'alcool créerait une relation symétrique entre le thérapeute et l'alcoolique) sous-tendent un modèle de travail et un processus thérapeutique lui-même divisé en trois phases successives. Dès la demande de prise en charge (première phase), les entretiens familiaux devraient être mis en place et précéder la désintoxication (deuxième phase). Celle-ci ne peut être entamée que lorsque ses conséquences auront été évaluées et que la famille comme l'alcoolique se sentent prêts à affronter ce changement radical. La troisième phase consiste en un accompagnement de la famille dans ce processus de changement. Des données quantitatives concernant quarante cas apportent des arguments quant à l'efficacité du modèle de travail.

Summary: *Family therapy, in-patient detoxification and out-patient treatment of alcoholism* —

Three theoretical trends of thinkings are inspiring our work model with alcoholics: 1. alcohol is an organising factor in the functioning of the family; 2. the individual who drinks helps to organize around himself a series of rituals which protect the family homeostasis; 3. immediate detoxification puts therapist into a symmetrical relationship with the alcoholic. The therapeutic process is divided in three parts: predetoxification family interviews, detoxification when the alcoholic and his family are feeling ready to cope with that radical change, and finally family ready to help the family to find a new homeostasis without alcohol. Empirical data concerning 40 families are asserting the efficiency of the work model.

Mots-clés: Alcoolisme — thérapie de famille — Désintoxication.

Key-words: Alcoholism — Family Therapy — Detoxification.

* Service de Psychiatrie, Université Catholique de Louvain, Bruxe'

1. INTRODUCTION

De plus en plus, l'alcoolisme devient un grave problème de santé publique dans tous les pays occidentaux. Comme le décours de la maladie est relativement lent et que, dans notre société, l'âge d'apparition de la pathologie, du moins dans ses formes graves, est rarement inférieur à trente ans, le patient alcoolique a déjà accompli les trois tâches que nous considérons comme déterminantes dans le passage de l'adolescence à l'âge adulte (6): il a quitté sa famille d'origine, il a noué une relation affective exogamique (il a souvent des enfants) et il s'est assuré une indépendance financière par l'exercice d'un métier. Ce n'est que dans des cas particulièrement graves que l'on peut observer deux autres constellations: soit le patient a été sujet à un alcoolisme très précoce, de type toxicomanique (9) qui ne lui a pas permis d'accomplir les tâches adolescentes, soit l'alcoolisme se trouve à un stade d'évolution extrême, nous l'appellerons alors alcoolisme dépassé, dans lequel le patient régresse vers un stade d'adolescence secondaire. Abandonné par son conjoint, il a perdu son emploi et a été à nouveau recueilli par ses parents.

Mais l'alcoolique «banal de nos régions» a (encore) un conjoint et des enfants qui sont impliqués dramatiquement dans le décours de la maladie. Il était dès lors logique d'associer la famille au traitement, d'autant plus que pour d'autres formes de pathologie chronique, l'approche familiale s'était révélée très intéressante.

Steinglass (10) a fait une brillante revue de la question en 1976 complétée en 1982 par Auloos (1).

Dans notre article, après avoir présenté notre modèle de travail et le processus thérapeutique, nous tenterons d'établir comment l'usage des entretiens familiaux dans la phase préliminaire à la désintoxication, augmente significativement non seulement la complétude de la désintoxication mais aussi l'acceptation par l'alcoolique désintoxiqué et sa famille d'une prise en charge à long terme, seule condition d'un succès durable.

2. MODÈLE DE TRAVAIL

Pendant les cinq dernières années, nous avons travaillé avec les alcooliques et leur famille. Le traitement ambulatoire, tant le premier contact que le suivi postérieur, prend place au Centre de Santé Mentale «Chapelle-aux-Champs» (C.S.M.). L'unité de désintoxication hospitalière se trouve à l'Institut Neurologique Belge (I.N.B.), située à environ 3 km de distance. Les deux institutions font partie du Service de Psychiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain.

Notre modèle de travail a des sources dans la pratique comme dans la théorie (3). Tout d'abord, nous avons été impressionnés par le fait que les rendez-vous arrangés pour le consultant (médecin ou psychologue) et l'alcoolique n'avait que peu de chance de se matérialiser. Habituellement, l'épouse de l'alcoolique avait convenu du rendez-vous avec la secrétaire du centre: seulement un tiers des

rendez-vous prévus à travers cette double aliénation étaient honorés de la présence du patient. Aussi nous avons décidé de simplifier notre procédure d'admission: le consultant prend lui-même l'appel téléphonique et convient du premier rendez-vous avec la personne même qui demande de l'aide. Cette procédure permet de prendre la demande là où elle est émise. C'est le conjoint qui demande et c'est lui qui doit être écouté (7). Ce changement minimal a eu deux conséquences majeures: non seulement nous avons augmenté considérablement le nombre des rendez-vous effectifs, mais encore nous avons depuis lors abordé systématiquement l'alcoolisme à travers des entretiens de couple ou de famille.

Notre modèle de travail est inspiré par trois idées principales:

1. Nous pensons que l'abus de substance toxique, et en particulier l'alcool, est un «facteur organisationnel» de la vie familiale, un *organisateur familial*. Quels que soient les «causes» de l'alcoolisme pour un membre d'une famille alcoolique (11), l'alcool se révèle comme un facteur organisationnel, tout comme une maladie psychosomatique sévère organise et restructure la vie de la famille autour de la maladie. Les distractions, la vie sociale du couple ou de la famille est dominée par le désir latent ou exprimé de consommer ou d'éviter l'alcool. Par exemple, l'épouse d'un alcoolique va essayer de refuser les invitations à des soirées trop arrosées. Ou encore trois garçons musclés ont organisé une tournante de garde à domicile pour pouvoir empêcher le père ivre de battre la mère... Dans ces familles, l'objet alcool a conquis la place de référence majeure.
2. L'individu qui s'alcoolise contribue à organiser autour de lui-même toute une *série de rituels qui créent des schémas de comportement prédictibles pour l'ensemble de la famille*. Les autres difficultés, qui préexistent ne sont ni abordées ni résolues (4). Comme illustration, considérons l'alcoolisme massif d'une femme de 45 ans, qui mobiliserait régulièrement son mari et ses deux enfants pour la rechercher dans des bars et la ramener à la maison. En fait le mari avait une liaison amoureuse avec une autre femme qui pensait qu'il ne pouvait pas abandonner son épouse tant qu'elle était aussi malade. Il se décrivait comme un chien Saint-Bernard, amenant le secours et le réconfort en cas de catastrophe, grâce à son petit tonnelet de rhum. De fait, il apportait de l'alcool à son épouse à la maison, pour éviter qu'elle ne se rende elle-même à l'extérieur, risquant une chute ou un accident de voiture. Par sa prise d'alcool, l'épouse ne consolait pas seulement son chagrin de femme trompée, mais elle retenait son mari de la quitter définitivement. Pour les deux enfants, le rapport familial à l'alcool faisait également sens. Peu de temps avant la première consultation, la jeune fille âgée de 19 ans avait quitté brusquement la maison familiale, évitant ainsi un processus de séparation qu'elle craignait d'affronter. Le garçon, âgé de 24 ans, très proche affectivement de sa mère alcoolique, n'était pas prêt à la quitter car disait-il: «Je dois prendre soin d'elle qui en a tellement besoin.»

Dans cette famille, nous comprenons que l'alcool mettait sur une sorte de liste d'attente la question du divorce des parents ainsi que les questions liées à l'émancipation des enfants. L'alcoolisme empêchait d'entamer et d'assumer des solutions adaptées mais douloureuses aux problèmes de la famille. En créant une situation «artificielle» (dans le sens premier d'artefact), l'alcoolisme promeut le statu quo.

3. *Une consultation orientée vers une désintoxication immédiate met le consultant dans une relation symétrique avec l'alcoolique et sa famille* d'où résulterait une interruption précoce du traitement, soit une escalade dans la symptomatologie.

Dans l'exemple précédent, chaque membre de la famille a une «relation particulière» au symptôme. Inversement, le symptôme a un sens pour chacun. Si un membre (le demandeur) d'une famille alcoolique fait une demande de désintoxication pour un autre membre (le porteur du symptôme, l'alcoolique), la réalisation telle quelle de cette demande déstabilise l'équilibre acquis par le système familial.

Accepter cette demande d'emblée serait équivalent à enlever brusquement sa béquille à un unijambiste. L'alcool est certainement une mauvaise solution à long terme, néanmoins c'est une solution pour l'instant, et de plus la seule que la famille ait été capable d'imaginer et de produire afin de se «débrouiller» face aux difficultés qu'elle ne peut surmonter seule. Positionner la désintoxication comme le bien final et ultime d'emblée serait une méconnaissance de la situation réelle, où l'alcool a permis de survivre. Le patient alcoolique alors n'aurait que deux possibilités. Ou bien il confirme ostensiblement que l'alcool est le mal suprême, que son comportement n'a aucun sens, que «tout ça» devrait cesser sur-le-champ. Il se transformerait alors pour une courte période en super anti-alcoolique, sans la moindre possibilité de compréhension des avantages adaptatifs que la consommation d'alcool avait pu offrir à lui-même et à sa famille.

Aussitôt libéré de ce symptôme «insensé», il ne pourrait que presser à l'interruption d'une thérapie désormais inutile. La rechute sera aussi profonde que l'idéal, allégé de toute considération de réalité intérieure ou familiale, plânait haut.

Ou bien, et c'est la deuxième possibilité, l'alcoolique augmente immédiatement et dramatiquement la prise d'alcool de façon à rendre bien clair à tous l'impossibilité d'abandonner immédiatement «sa» solution et à affronter les problèmes dans leur réalité.

3. LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Il est possible de diviser le processus thérapeutique en trois phases de durée inégale (2):

a) Première phase

Le demandeur initie la prise en charge, c'est la famille, souvent le couple, qui sera reçu. Différentes questions doivent trouver réponse: Qui veut quoi? Qui est le plus gêné par la prise de l'alcool? Que se passe-t-il quand l'alcoolique est ivre, quand il est à jeun? Quelles sont précisément les différences de comportement? Qu'est-ce que l'alcool permet? A quoi est-ce qu'il peut aider? Quels en sont les avantages et les désavantages? Mais aussi, qu'est-ce que la famille attend de l'abstinence? Comment imagine-t-elle la vie sans alcool? Comment la famille pense-t-elle se mobiliser pour l'abstinence?

b) Deuxième phase

Alors que la demande de soin est initiée par le conjoint et vise principalement une modification du comportement, c'est par contre le porteur du symptôme, l'alcoolique, et lui seul, qui pourra faire la demande de désintoxication, qui concerne d'abord son propre corps (8). La désintoxication hospitalière se déroule à l'I.N.B., une unité spécialisée et dure deux semaines complètes. Aucun contact du patient avec le monde extérieur n'est permis durant la première semaine, afin de se concentrer sur le processus physique et personnel, sans intervention de l'extérieur. Cet isolement momentané permet également de prévenir une interruption précoce de la désintoxication: par exemple un patient pourrait connaître une exacerbation de son anxiété si l'épouse apportait une lettre de convocation au tribunal pour infraction de roulage ou en vue d'une procédure de séparation. Après la première semaine, la plupart des symptômes de sevrage ont disparu et un entretien familial ou conjugal est arrangé.

c) Troisième phase

Cette troisième phase ne doit surtout pas être considérée comme un «follow-up», ce qui positionnerait la cure de désintoxication en tant que «sommet» de traitement. Au contraire, c'est la troisième phase qui constitue le moment le plus important du processus thérapeutique. C'est maintenant que les entretiens familiaux ont à donner un soutien au changement opéré dans la famille et aider celle-ci à se réorganiser après la «crise de désintoxication». Il s'agit en effet bien d'une crise: une épouse qui a pris toutes les responsabilités négligées par le mari alcoolique, doit être aidée pour qu'elle puisse accepter de rendre à nouveau certaines responsabilités au mari abstinente.

Les enfants qui avaient pris l'habitude de vivre sans autorité paternelle cohérente, devront accepter un nouveau mode de paternité. Pour ces familles, confrontées aux difficultés du changement, ce sera une grande tentation, malgré les inconvénients connus, de rechuter dans l'ancienne manière de traiter les problèmes, c'est-à-dire le recours à l'alcool comme méthode éprouvée et radicale de

«résolution» des conflits. C'est bien la tâche du thérapeute compétent que d'amener progressivement la famille ou le couple vers un changement possible et vivable.

4. DONNÉES QUANTITATIVES

Les quarante patients de l'étude sont de race blanche, hommes et femmes âgées de 27 à 65 ans. Ils proviennent de la même région (sud de Bruxelles) et de la même classe sociale (petite et moyenne bourgeoisie).

Pour entrer dans l'étude, ils devaient être mariés ou vivre avec le même conjoint depuis 3 ans au moins.

Tous les patients demandaient volontairement la désintoxication. Tous étaient en état de dépendance alcoolique (selon les critères DSM III: 303-91) et avaient une histoire de sevrage antérieure (DSM III: 291-80). Aucun n'était psychotique, ni porteur d'une altération hépatique ou cérébrale irréversible.

La population totale de quarante patients se divisera en deux groupes de vingt patients.

- a) **Le premier groupe** comprend les patients et leur famille dont la demande de désintoxication n'a pas été satisfaite immédiatement mais seulement après plusieurs entretiens familiaux (de 3 à 8). Ces patients s'adressaient directement au C.S.M., où les entretiens familiaux étaient menés. Ils étaient ensuite orientés vers l'unité de désintoxication (I.N.B.), pour revenir au C.S.M. en troisième phase.
- b) **Le deuxième groupe** comprend les patients qui ont été immédiatement admis dans l'unité de désintoxication (I.N.B.), pour des raisons liées à la garde médicale et à la disponibilité des lits, sans entretien conjugal ou familial systématique.

Pour les deux groupes, la désintoxication se déroulait toujours à l'I.N.B., avec l'aide des adjuvants classiques (sédation, hydratation et vitamino-thérapie B). A l'entrée, chaque patient devait marquer son accord et signer un contrat écrit, qui stipulait un séjour minimal de 14 jours dont les sept premiers devaient être passés dans l'isolement du monde extérieur et en particulier de la famille. Le contrat était considéré comme rompu en cas de violence, de prise de boissons alcoolisées, d'automédication ou de départ non autorisé de l'unité. Les entretiens familiaux avaient une durée d'une heure.

Les enfants au-delà de 12 ans étaient invités systématiquement au moins pour une session. Pour les deux groupes, au moins un entretien était arrangé pendant l'hospitalisation. Pour le patient du deuxième groupe, cela constituait le premier entretien familial. Pendant leur séjour, tous les patients ont été fermement encouragés à assister à moins à une réunion des Alcooliques Anonymes (A.A.) tenue dans la clinique.

L'abstinence totale nous a paru un bon critère d'évolution individuelle après une période de 6 mois; après une période plus longue, ce critère serait sans doute moins valide pour évaluer l'amélioration (5).

Les informations ont été recueillies auprès du patient et auprès de sa famille. Etant donné la relative stabilité du lieu d'habitation, tous les patients ont pu être retrouvés. Il n'y a pas eu de décès.

Pour la famille, essentiellement le conjoint, le critère était leur propre appréciation après 6 mois. La question suivante était posée: Est-ce que vous considérez que l'ensemble du traitement (désintoxication et entretiens familiaux) a eu un effet positif (+), négatif (—) ou pas d'effet (0) sur votre propre situation?

5. RÉSULTATS

Ils sont présentés dans les tableaux I et II.

Tableau I: Groupe 1.

N° du cas	Sexe	Age	Nombre d'entretiens familiaux avant la désintoxication	Respect du contrat	Nombre d'entretiens familiaux après la désintoxication	Réunions A.A.	Abstinence	Auto-évaluation familiale
1	M	43	4	+	10	—	+	+
2	M	62	3	+	12	+	+	+
3	M	31	3	+	6	—	+	+
4	M	32	8	+	8	+	+	+
5	M	51	3	+	7	—	+	+
6	M	54	4	+	1	+	+	+
7	F	34	5	+	1	—	—	—
8	M	42	4	+	5	—	+	+
9	M	54	5	+	1	—	—	0
10	M	57	3	+	0	—	—	0
11	M	53	3	+	1	+	+	+
12	M	31	3	+	7	—	+	+
13	M	52	3	+	0	—	—	0
14	M	38	4	+	5	—	+	+
15	M	33	5	+	11	—	+	+
16	F	41	3	+	8	—	—	+
17	M	45	3	+	8	—	+	+
18	F	37	4	+	0	—	—	—
19	M	41	4	+	1	—	—	—
20	F	43	3	+	11	+	+	+

Tableau II: Groupe 2.

N° du cas	Sexe	Age	Nombre d'entretiens familiaux avant la désintoxication.	Respect du contrat	Nombre d'entretiens familiaux après la désintoxication	Réunions A.A.	Abstinence	Auto-évaluation familiale
1	M	31	0	+	0	—	—	0
2	M	28	0	—	0	—	—	0
3	M	52	0	+	0	—	+	+
4	M	34	0	+	6	—	+	+
5	M	43	0	+	0	+	—	0
5	M	41	0	—	4	—	—	+
7	M	51	0	—	2	—	—	0
8	M	43	0	—	8	—	+	+
9	M	46	0	+	1	—	—	0
10	M	27	0	—	1	—	—	—
11	M	52	0	+	2	+	+	+
12	M	41	0	+	0	—	—	0
13	M	38	0	+	3	—	—	+
14	F	46	0	—	0	—	—	—
15	M	28	0	+	6	—	—	—
16	F	42	0	+	7	+	+	+
17	M	41	0	+	0	+	—	0
18	F	38	0	+	4	—	—	0
19	M	65	0	+	2	—	+	+
20	M	31	0	—	0	—	—	—

6. COMMENTAIRES

- a) Une première différence importante apparaît quant au respect du contrat de désintoxication: les patients qui ont eu des entretiens familiaux font des cures hospitalières complètes (100% du groupe 1) par opposition aux patients du groupe 2 dont seulement 65% effectuent le séjour complet.
- b) Dans le domaine de l'alcoolisme, il est bien connu que la durée du temps passé en traitement est un facteur primordial du bon aboutissement thérapeutique (12). Dans le premier groupe, les patients paraissent avoir une plus grande chance de poursuivre une thérapie familiale après la désintoxication. En moyenne, un patient du groupe 2 ne bénéficiait que de 1,3 séance. Accessoirement, il faut remarquer que plus de patients du premier groupe se rendent régulièrement (1 x /semaine) aux réunions A.A. (groupe 1: 25%; groupe 2: 20%).

- c) Le résultat le plus important consiste probablement dans le fait que les patients du groupe 1 montrent un taux d'abstinence à 6 mois très supérieur à celui des patients du groupe 2 (65 % contre 30 %). Un résultat moins spectaculaire mais néanmoins frappant est la différence dans la satisfaction de la famille: 70% se déclarent satisfaits dans le groupe 1 contre seulement 40% dans le groupe 2.

7. CONCLUSIONS

Cette étude apporte une base quantitative à notre conviction clinique, de plus en plus généralisée, que la thérapie familiale est une méthode efficace de traitement dans le domaine des assuétudes, et en particulier de l'alcoolisme.

Notre préoccupation dans ce travail était de montrer que l'impact de la thérapie familiale se trouve considérablement augmenté si les entretiens familiaux commencent avant la phase de désintoxication, en permettant l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent avec la réalité psychique subjective et familiale. Nous voudrions que la désintoxication ne soit plus considérée comme le point culminant du traitement, mais comme une procédure technique nécessaire pour atteindre certains buts propres à l'individu et à la famille.

Dr J.P. Roussaux
Service de Psychiatrie
Université Catholique de Louvain
30, Clos Chapelle-aux-Champs
BP 30-49
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. (1982): La thérapie familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies: brève revue de la littérature américaine, *Thérapie Familiale*, 3, n° 3, 235-256.
2. Borwick B. (1982): Consultations Préliminaires dans le Traitement de l'alcoolique, *Thérapie Familiale*, 3, n° 3, 201-213.
3. Cassiers L. (1983): Fonction Familiale de l'Alcoolisme, *Thérapie Familiale*, 3, n° 4, 291-305.
4. Davis D.I. et coll. (1974): The Adaptative Consequences of Drinking, *Psychiatry*, 37, n° 3, 209-216.
5. Miller W.R. (1983): Controlled Drinking: History and a Critical Review, *Journal of Studies on Alcohol*, 44, n° 1.
6. Roussaux J.P. (1982): Familles d'Héroïnomanes en Thérapie, *Thérapie Familiale*, 3, n° 3, 257-269.
7. Roussaux J.P. (1982): Le premier Rendez-vous avec l'Alcoolique, in: Cassiers L. (ed.), *Les Premiers Rendez-vous*, pp. 119-127, RPCP, Vol. 1, Louvain-la-Neuve.
8. Roussaux J.P. (1985): Le moment de l'hospitalisation, in: Lapy B. et Cassiers L. (ed.), *Ethique et Psychiatrie*, pp. 147-151, RPCP, vol. IV, Louvain-la-Neuve.

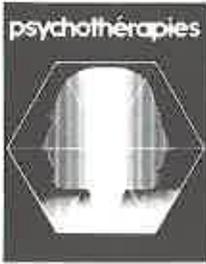
9. Stanton M.D. and Todd T.C. (1982): *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford Press, New York.
10. Steinglass P. (1976): Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism 1950-1975: a Review, *Fam. Proc.*, 15, 97-123.
11. Steinglass P. (1980): A life History Model of the Alcoholic Family, *Fam. Proc.*, 19, n° 3, 211-226.
12. Vaillant G.E. (1983): *The Natural History of Alcoholism*, Harvard University Press.

INFORMATIONS

1. **46^e CONFÉRENCE ANNUELLE** de l'American Association for Marriage and Family Therapy, «Family Therapy and all that Jazz». Plus de 600 thérapeutes de famille présentent leurs dernières techniques, New Orleans, 27-30 octobre 1988.
Informations: AAMFT Conference, 1717K Street N.W., 407, Washington, DC 20006 (202) 429-1825.
2. **JOURNÉE DE LA FÉDÉRATION A.T.S.F.** (Association Thérapie des Systèmes et de la Famille), autour de quatre questions posées par M. Selvini, S. Minuchin, C. Sluski et V. Satir. Paris, Hôpital St-Anne, 1^{er} octobre 1988.
Informations: Dr P. Benghozi, 3, Villa Croix-Nivert, F-75015 Paris.
3. **1^{er} CONGRÈS INTERNATIONAL DE MYTHOLOGIE ET DE PSYCHOTHÉRAPIE.** «Angoisse et Divination», Paris-Delphes-Athènes, 25 août-6 septembre 1988.
Informations: F. Jouan et B. Deforge, Université de Paris X-Nanterre, F-92001 Nanterre Cedex.
4. **INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE PARIS.** Rencontres 1988, 2-9 juillet, 20-27 août: Université Ericksonienne d'été, Vaison-la-Romaine (Provence). 17-18 septembre: Paul Watzlawick, Les psychothérapies à Palo Alto dans l'esprit de Milton Erickson, Paris. 24-30 octobre: E. Rossi et S. Rosen, «Retour aux sources», Paris. 7-11 décembre: Grand congrès ericksonien international, San Francisco.
Informations: Institut Milton Erickson de Paris, Dr J. Godin, 28, rue des Ecoles, F-75005 Paris.
5. **CONGRÈS INTERNATIONAL DE THÉRAPIE FAMILIALE**, organisé par la Società Italiana de Psicologia e Psicoterapia Relazionale», «Children and their systems», Rome, 28 septembre-1^{er} octobre 1988.
Informations: SIPPR, Viale Regina Margherita 37, I-00198 Rome.
6. **MRI Summer Symposium.** «Brief Strategic Therapy», Stanford University, Palo Alto, 24-29 juillet 1988.
Informations: MRI Symposium, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301 (415) 321-3055.
7. **II^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENCE**, «Psychose et fonctionnement psychotique à l'adolescence», Genève, 10 au 13 juillet 1988.
Informations: II^e Congrès international de psychiatrie de l'adolescence, B.P. 50, CH-1211 Genève 8.
8. **COLLOQUE** organisé par la Société Bretonne d'Ethno-Psychiatrie, «L'identité et ses troubles», Rennes, 26 et 27 novembre 1988.
Informations: Dr J. Daumer, C.H.S. Charcot, F-56850 Lorient-Caudan.
9. **TECHNIQUES SYSTÉMIQUES ET CONTEXTES PROFESSIONNELS**, L'Association Lyonnaise de Thérapie Familiale reprend, à partir de janvier 1989, son cycle de formation à la suite de l'arrêt qu'elle s'impose dans le recrutement tous les 3 ans. A l'intention des milieux médicaux, psychiatriques, scolaires, judiciaires, socio-éducatifs...
Informations et inscriptions (avant le 31 octobre 1988): Centre Bateson, 13, rue Victor-Hugo, F-69002 Lyon. Tél. 78 22 42 22 p. 276, l'après-midi.

LIVRE REÇU

L'enfant paratonnerre, Henriod J., Schlemmer F, Cahier n° 9, Hospice Général, Genève, 1987.



psychothérapies

Comité de rédaction :

G. Abraham, *Genève* – B. Cramer, *Genève* – A. Haynal, *Genève* –
Ph. Kocher, *Genève* – G. Maruani, *Paris* – N. Montgrain, *Québec* –
C. Reverzy, *Paris* – R. Steichen, *Louvain*.

Comité scientifique :

J.-M. Alby, *Paris* – D. Anzieu, *Paris* – M. Bourgeois, *Bordeaux* – J.
Cosnier, *Lyon* – G. Delaisi de Parseval, *Paris* – Y. Gauthier, *Montréal*
– E. Gilliéron, *Lausanne* – W. Pasini, *Genève*.

« Pour que la psychothérapie,
que nous voulons dynamique,
soit sans cesse remise en question... »

- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES**
pour l'année 198.....
- Prix de l'abonnement annuel: FRS 80.– FF 335.–
 \$US 48.– \$CAN 67.– FB 2055.–

*Règlement: Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C 2 622 803.
Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne, 47 av. George V,
F-75008 Paris, Compte N° 251 10532 40. Les chèques bancaires à l'ordre de la
BUOFC sont admis.*

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

A envoyer aux EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE – Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSS von WERDT, Zürich — J. KELLERHALS, Genève — S. LEBOVICI, Paris — J.-G. LEMAIRE, Versailles — 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 — J. SUTTER, Marseille — M. WAJEMAN, Paris — P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction: Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité de lecture: Ph. CAILLE, Oslo — M. ELKAÏM, Bruxelles — P. FONTAINE, Leuven — E. GOLDBETER, Bruxelles — C. GUITTON, Villejuif — L. KAUFMANN, Prilly — G. PRATA, Milano — J.C. PRUD'HOMME, Québec — C. ROJERO, Madrid — E. ROMANO, Paris — P. de SAINT-GEORGES, Namur — P. SEGOND, Paris.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à :

Dr Daniel Masson
Centre de psychologie médicale
C.H.U.V.
CH-1011 Lausanne

Secrétaire de rédaction: E. Terribilini

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE pour l'année 198.....

Abonnements individuels: **FS 60.- / FF 250.-**

Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs: **FS 80.- / FF 334.-**

EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P. 456 — CH-1211 GENÈVE 4 — C.C.P. 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse, CH-1211 GENÈVE 6, Compte N° C2-622.803.0

Pour la France, chèques postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène » ou bancaires à l'ordre de la BUOFC (Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne) libellés en francs français.

Nom et prénom:

Adresse:

N° postal: Ville:

Date: Signature:

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 : Louis Maheu

Déjà parus :

- Phénomène urbain, 5\$ Les Systèmes d'enseignement, 7,50\$ Sémiologie et idéologie, 7,50\$ Femme/travail/syndicalisme, 7,50\$ Domination et sous-développement, 7,50\$ Science et structure sociale, 7,50\$ Travaux et recherches sur le Québec, 7,50\$ Pour une sociologie du cinéma, 7,50\$
 La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi?, 7,50\$ La Gestion de la santé, 7,50\$ Psychologie/Sociologie/Intervention (réimpression), 9,50\$ Le développement des relations sociales chez l'enfant, 7,50\$ Changement social et rapports de classes, 7,50\$ Critique sociale et création culturelle, 7,50\$
 Développement national et économie mondialisée, 7,50\$ Éducation, économie et politique, 7,50\$ Réflexions sur la sociologie, 7,50\$ Écologie sociale et mouvements écologiques, 7,50\$ Les Femmes dans la sociologie, 7,50\$ La Sociologie une question de méthodes?, 8,50\$ Regards sur la théorie, 8,50\$ L'État et la société, 8,50\$ Enjeux « ethniques », 8,50\$
 L'Informatisation : mutation technique, changement de société, 9,50\$ Sociétés et vieillissement, 9,50\$ Santé mentale et processus sociaux, 9,50\$ Sociologie critique et création artistique, 9,50\$ Droit et pouvoir. Pouvoirs du droit, 9,50\$ Travail, santé, prévention, 10\$

À paraître — • Sociologie des phénomènes démographiques, Vol. XIX, n° 1, réalisé par Victor Piché • Nouvelles trajectoires sociologiques, Vol. XIX, n° 2, réalisé par Brigitte Dumas •

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°

Date d'expiration _____

Abonnement annuel 1987 1988

	1987	1988
Individus :		
Canada :	16\$	18\$
Pays étrangers :	19,50\$	22\$
Étudiants avec n° de carte :	12\$	13,50\$
Institutions :		
Tous les pays :	32\$	36\$
Le numéro :	10\$	11\$

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

Disponible en France : CHOPLIVRE, 8/10, rue Pierre Moulié, 94200, Ivry/s/Seine



LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
 C.P. 6128, Succ. « A », Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
 Tél. : (514) 343-6321

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: système, 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 1½, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze 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 trois 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.

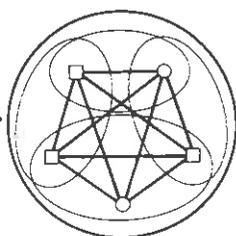
BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article 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, année, 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.

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

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. IX — 1988 — No 2

SOMMAIRE

PRÉSENTATION.....	101
A. VANSTEENWEGEN: La pensée systémique et l'approche du problème présenté	103
L. CASSIERS: Homéostasie familiale et espace mythique individuel: une contradiction?	111
M. MORVAL: Contribution des rites au fonctionnement familial	119
J.M. GUILÉ, P. OKEMBA-NGOUE, D. BOISVERT et K. ZUKOWSKA: L'approche familiale de la maladie en Afrique centrale, étiologie et parenté	127
G. SALEM: Approche intergénérationnelle et problèmes de setting en thérapie familiale	135
P. SERRA: La situation paradoxale du patient psychiatrique. Une stratégie d'intervention	147
D. VALLÉE: Pour une suicidologie systémique	159
J.P. ROUSSAUX: Entretiens familiaux, désintoxication hospitalière et traitement ambulatoire de l'alcoolisme	167
Informations.....	177

CONTENTS

PRESENTATION.....	101
A. VANSTEENWEGEN: Systemic theory and the approach to the presented problem	103
L. CASSIERS: Homeostasis of the family and the individual mythico-space: a contradiction?	111
M. MORVAL: The contribution of rituals to family functioning	119
J.M. GUILÉ, P. OKEMBA-NGOUE, D. BOISVERT and K. ZUKOWSKA: Family approach of illness in Central Africa, Kinship and etiology	127
G. SALEM: Intergenerational approach and problems of setting in family therapy	135
P. SERRA: The paradoxical situation of psychiatric patient. A strategy for therapeutic change	147
D. VALLÉE: For a systemic suicidology	159
J.P. ROUSSAUX: Family therapy, in-patient detoxification and out-patient treatment of alcoholism	167
Informations.....	177