

# THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



**m+h** Genève

Vol. IX — 1988 — No 3

113

## PRÉSENTATION

Une quarantaine d'années se sont écoulées depuis que le paradigme systémique a été introduit en sciences humaines et, avec lui, une épistémologie radicalement nouvelle. Après la phase véritablement révolutionnaire des débuts, il semble qu'à l'heure actuelle l'on s'achemine de plus en plus vers ce que Th. Kuhn, dans «La structure des révolutions scientifiques», a nommé la phase de la «science normale». Il s'agit, à l'aide de cet outil conceptuel qui ne cesse d'évoluer, de réinvestiguer la complexité du champ «psy», d'explorer les possibilités qu'il offre et d'aborder les nouvelles situations et questions qu'il engendre.

Notre revue entend contribuer à ce travail. Deux recherches en psychosomatique, deux consacrées à la crise et à l'urgence et enfin deux travaux traitant du rôle des émotions, l'un dans la famille, l'autre chez les thérapeute, constituent ce numéro de *Thérapie Familiale*.

P. Janne et collaborateurs cherchent à mettre en évidence un fonctionnement familial spécifique chez les ulcéreux. La métaphore du titre de leur travail constitue en elle-même un commentaire tout à fait éloquent. Donnant un sens précis à la perspective bio-psycho-sociale, L. Onnis, quant à lui, rend compte de la possibilité d'améliorer l'asthme dit intractable par une intervention systémique. Du même coup, il démontre qu'une intervention se réduisant à ne traiter que la composante biologique de l'asthme, tout en ignorant l'influence des dynamiques dysfonctionnelles, peut devenir en elle-même un facteur de chronicité. C.-L. Cuendet propose un modèle d'évaluation de systèmes familiaux en crise. Elle souligne l'utilité de distinguer entre l'état de tension que peut connaître tout système relationnel — état de tension qui fait partie des processus d'équilibration à l'intérieur de ce système — et l'état de crise qui, lui, ouvre sur le changement. En analysant la fonction du symptôme dans le contexte particulier des interventions auprès des urgences psychiatriques admises à l'hôpital général, M. de Clercq cherche à éviter le piège de la lecture linéaire, induite par la demande institutionnelle centrée sur la pathologie individuelle. L'évaluation de l'urgence et de la crise est faite en fonction de ce contexte relationnel spécifique avec, à la clé, la construction d'un espace thérapeutique. E. Dessoy traite d'un sujet rarement abordé, celui de la prise en compte dans l'évaluation de la famille du climat émotionnel, de l'ambiance — lieu de la première communication humaine — régnant au sein de la famille. Cette dimension est liée à celle des normes et des règles familiales ainsi qu'à celle des croyances et des mythes, toutes participant à la création du milieu familial. P. Vola, enfin, montre le rôle de l'implication et de la désimplication émotionnelle du thérapeute dans l'élaboration des hypothèses.

D.M.



## MARIAGE, ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET ULCÈRE DUODÉNAL CHRONIQUE: DE L'ACIDITÉ FAMILIALE A L'ACIDITÉ GASTRIQUE?

*Données empiriques pour une compréhension  
systémique de la genèse de l'ulcère duodéal*

P. JANNE, C. REYNAERT, B. MORTREU, D. LEJEUNE, L. CASSIERS\*

**Résumé:** *Mariage, environnement familial et ulcère duodéal chronique: de l'acidité familiale à l'acidité gastrique?* — Là où les travaux concernant une compréhension psychosomatique de l'ulcère duodéal se sont jusqu'ici centrés sur des facteurs intrapsychiques, nous avons étudié la possible présence d'un fonctionnement familial spécifique chez l'ulcéreux, au moyen d'une étude systématique portant sur 30 ulcéreux et un groupe contrôle. Les résultats donnent à penser que le fonctionnement familial chez l'ulcéreux est articulé autour d'une propension à la dépendance, à l'organisation, et à un niveau de conflits plus élevés que dans le groupe contrôle. La période du mariage, période critique pour les questions de dépendance-indépendance, est associée chronologiquement à l'occurrence de l'ulcère et des premières dyspepsies. Une propension chez l'ulcéreux à éviter les situations de triangulation est mise en évidence; le paradigme du «dedans et du dehors» et les relations verticales avec les familles d'origine semblent sous-tendre le haut niveau de conflits mis en évidence dans la famille de l'ulcéreux. Des implications pratiques pour la thérapie de familles comprenant des patients psychosomatiques comme le sont les ulcéreux sont proposées et discutées.

**Summary:** *Marriage and family environment in chronic duodenal ulcer disease: toward a systemic understanding of ulcer genesis?* — Whereas the existing theoretical background related to Duodenal Ulcer Disease (D.U.D.) is focused on intrapsychic concepts and factors, we studied the possible specificity of family functioning in 30 of these patients. Empirical and statistical evidence suggests the existence of a more «organisation-dependence-conflict» prone family functioning in D.U.D. families when they are compared with a control group. Moreover, a significant relationship is found between age of marriage and onset of ulcer and first dyspepsias. We hypothesized that marriage — being a critical period for dependency-independency management — could play an important role in understanding D.U.D. genesis. A propensity in the D.U.D. couples to avoid triangular relationships is pointed out and the «inside-outside» paradigm seems to be a relevant underlying factor of the high level of conflicts found in these families. Practical implications for family therapy with psychosomatic problems are proposed and discussed.

\* Service de Médecine Psychosomatique, Université de Louvain, Yvoir (Belgique).

**Mots-clés:** Familles psychosomatiques — Triangulation — Ulcère duodénal — Mariage — Dépendance-indépendance.

**Key-words:** Psychosomatic families — Triangulation — Duodenal Ulcer Disease — Marriage — Dependency-Independence Management.

## I. INTRODUCTION

Si l'ulcère gastro-duodénal a déjà suscité de nombreux travaux psychologiques et psychosomatiques, bien peu d'entre eux se sont dégagés de la perspective intrapsychique proprement dite pour aborder les dimensions familiales et relationnelles.

### a) Les premiers travaux

Les premiers auteurs à constater des correspondances entre le système nerveux central et l'altération de la muqueuse gastrique furent Jaeger en 1811 et Rokitansky en 1842 (15). L'étude de la relation entre émotions et physiologie gastrique a quant à elle été inaugurée par Beaumont (4, 35) et approfondie par les très connus Pavlov et Cannon. Brinton, Richet et Carlson (5, 31, 6) iront, eux, jusqu'à désigner l'anxiété psychique comme cause plus ou moins immédiate de l'ulcération gastrique là où von Bergman, Charcot et de La Tourette évoquent la présence chez l'ulcéreux d'une «constitution névrotique» voire «hystérique».

Hélas, trop de travaux de cette époque, seront effectués sur base d'un enthousiasme aveugle qui consiste à rechercher «la» caractéristique psychologique, le profil «type» propre au patient ulcéreux, ce qui nous autorise à dénommer ce courant de recherches comme relevant d'une psychologie «anatomique», centrée sur la recherche de structures de personnalité, de traits caractéristiques dans le domaine intrapsychique.

Néanmoins, de l'examen de cette littérature concernant l'ulcéreux se dégagent certaines constantes, qui d'une façon générale se dessinent autour de traits tels que l'hyperactivité, l'ambition et le rejet de tendances passives.

### b) La perspective psychanalytique

Là où les premiers travaux étaient relativement statiques, un effort de modélisation psycho-dynamique a été tenté par l'école psychanalytique dans le sillage des très remarquables travaux d'Alexander (1, 2, 3).

L'axe dépendance-indépendance est à nouveau incriminé, et le recours explicatif aux mécanismes du refoulement dans l'inconscient et du renversement en son contraire permet de rendre compte simultanément, au sein d'un même modèle, du fait que l'on rencontre des ulcéreux fort dépendants et d'autres qui ne le sont pas du tout. Bien que discutable puisque non-falsifiable (prédiction à

coup sûr), ce type de raisonnement a permis par la suite des applications pratiques intéressantes (3).

Néanmoins, dès 1946 (14) se dessine une tendance consistant à remettre très sérieusement en question cette idée d'une étiologie unifactorielle et d'un tableau psychologique spécifique. De plus, trop d'auteurs ont précédemment confondu dans leur échantillonnage ulcère gastrique et duodéal, pathologie aiguë ou chronique, ce qui rend leurs conclusions partiellement contradictoires ou peu crédibles.

Progressivement donc, ce genre de travaux que l'on pourrait qualifier de psychologisants (parce qu'unifactoriels) va donc être abandonné, et l'on observera parallèlement une chute spectaculaire du taux de publications dans ce «créneau».

### c) Le modèle pluridéterministe

Les auteurs ultérieurs ont par la suite tenté d'élaborer des raisonnements plus complexes rendant compte non seulement de la présence de l'ulcère, mais aussi de son mode d'apparition et de ses possibles déterminants somatiques, tout en prenant les variables psychologiques en considération.

Ainsi par exemple, Mirsky (20, 21) et plus tard Engel (10) en viendront-ils à dégager des facteurs héréditaires influençant le taux de pepsinogène sanguin, mais aussi à prédire correctement par des tests psychologiques le risque qu'a un individu d'être un hypersécréteur de pepsinogène. De ce fait même, ces auteurs sont passés à un modèle que l'on peut qualifier de pluridéterministe, modèle qui prévaut de nos jours et que nous schématisons ci-dessous (Figure 1).

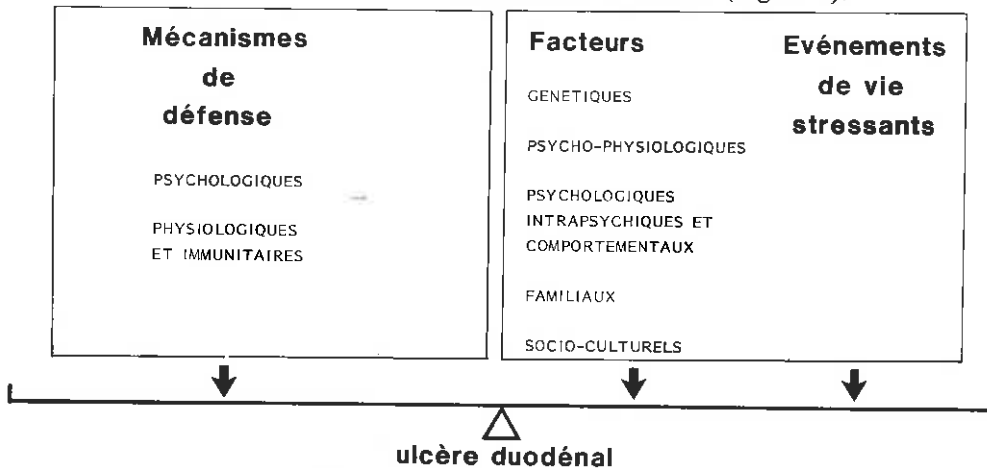


Figure 1: Modèle pluridéterministe.

Retenons de ce schéma que la genèse de l'ulcère résulterait de la concomitance de différents *facteurs de risque* chez un individu donné avec l'intervention de

déclencheurs, aléatoires ou non, comme par exemple les *événements de vie* stressants, auxquels une littérature a été sacrifiée (11, 12). Face à ce modèle déterministe, l'individu dispose quand même de mécanismes de défense, qu'ils soient du registre psychologique ou immunitaire, lesquels peuvent faire effet de *contre-poids* à la mécanique déterministe et probabiliste inhérente au raisonnement en termes de facteurs de risque.

#### d) L'intérêt des facteurs familiaux

Les facteurs familiaux comme tels ont suscité tout notre intérêt dans ce travail, ce qui n'autorise toutefois pas que soient négligés les autres sous-systèmes du modèle pluridéterministe. En effet, la littérature met en évidence jusqu'ici essentiellement des traits caractéristiques qui ont une dimension très relationnelle comme la dépendance et la passivité chez l'ulcéreux et, paradoxalement, peu d'auteurs ont véritablement examiné le réseau relationnel en tant que tel: l'attention s'est généralement focalisée sur le psychisme ou l'Inconscient du patient, en ignorant le contexte et l'environnement dans lequel il évolue. L'étude de la dynamique familiale nous a donc semblé constituer une alternative à ce courant de travaux précédents, alternative de nature à générer de nouvelles hypothèses. Deux travaux seulement, distants de 23 ans, nous ont semblé déjà correspondre en partie à cette attente: Goldberg (13) apporte quelques éléments: selon lui, le conflit central serait le désir d'un fils de se libérer de sa dépendance vis-à-vis d'une mère puissante et d'une famille d'origine protectrice, sans que ce conflit ne s'exprime vraiment ouvertement dans les relations. Vingt ans après, Wolcott et ses collaborateurs (34) mettent en évidence un lien entre le taux de gastrine et la perception qu'a le patient de son environnement familial. Dans cette étude, ils utilisent une échelle d'évaluation de l'environnement mise au point par Moos (22, 23, 24, 25, 29) et démontrent que le fonctionnement de l'environnement familial est pertinent pour comprendre une part importante de la variance observée en ce qui concerne la sécrétion de gastrine.

## II. ÉTUDE EMPIRIQUE DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL DU PATIENT ULCÉREUX

### a) Hypothèses

Nous avons misé sur la pertinence des variables familiales, en formulant l'hypothèse d'un environnement familial différent chez l'ulcéreux, ce qui suppose l'introduction d'un groupe contrôle. Par environnement familial, nous entendons non seulement la famille nucléaire, mais aussi la nature et la qualité des relations avec les familles d'origine. L'axe «séparation-cohésion» et les pôles dépendance-indépendance nous ont semblé particulièrement dignes d'intérêt compte tenu de la revue de la littérature existante. L'idée est que le complexe intrapsychique mis en évidence par les auteurs précédents a des correspondants

concrets et tangibles dans la structuration de l'environnement familial, qu'il y a une continuité entre l'intrapsychique et la réalité humaine interpersonnelle et relationnelle familiale.

## b) Caractéristiques des patients

Le groupe de patients est constitué de 30 hommes souffrant d'ulcère duodéal chronique, vivant en couple. Le choix du sexe masculin tient d'une part au fait que l'ulcère duodéal est nettement plus fréquent chez l'homme que chez la femme, d'autre part au désir d'obtenir un échantillon homogène. Les premières dyspepsies surviennent en moyenne à l'âge de 24 ans et le premier ulcère à l'âge de 26 ans. La gravité de l'ulcère et les caractéristiques psychologiques des patients ne sont pas différentes selon qu'ils proviennent de services aussi différents que celui de médecine psychosomatique ou celui de gastro-entérologie.

Le groupe contrôle (22 couples), quant à lui, est constitué d'une part de façon à obtenir un âge moyen comparable à celui du groupe des patients et de leur conjoint, d'autre part en veillant à ce qu'aucune pathologie psychosomatique classique ne soit présente au sein du couple (ulcère duodéal, maladie coronarienne, asthme, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn, eczéma, psoriasis, etc.).

## c) Méthode

- L'étude est comparative: le groupe ulcéreux est comparé au groupe contrôle, qu'il s'agisse du patient ou de son conjoint.
- L'investigation comme telle se fait dans le cadre d'entretiens semi-structurés, incluant une anamnèse psychosomatique, et se déroulant lors du premier entretien avant tout travail de psychothérapie proprement dit. Le patient et son conjoint complètent «en aveugle» deux instruments d'évaluation ce qui donne en quelque sorte une évaluation «stéréophonique»: 

Le premier questionnaire est l'échelle bien connue d'évaluation de l'environnement familial mise au point par Moos (22, 23, 24, 25, 29).

Le deuxième questionnaire est, lui, destiné à évaluer le degré d'estime de soi qu'a le patient (Coopersmith, 7, 8, 9, 17): le patient se trouve confronté à des allégations pouvant s'appliquer à lui dans les domaines familial, professionnel, social et général. La factorisation nuancée des champs de l'estime de soi (et notamment l'idée de l'estime de soi en matière familiale), nous a mené au choix de cet instrument de travail.
- Les données sont traitées de façon statistique (Statistical Package for Social Sciences, 28) sur IBM-PC/AT de façon à dégager les tendances centrales et les différences intergroupes.



#### d) Résultats

**1.A.** Comparons donc l'environnement familial moyen du patient ulcéreux à celui d'un groupe contrôle (en hachuré).

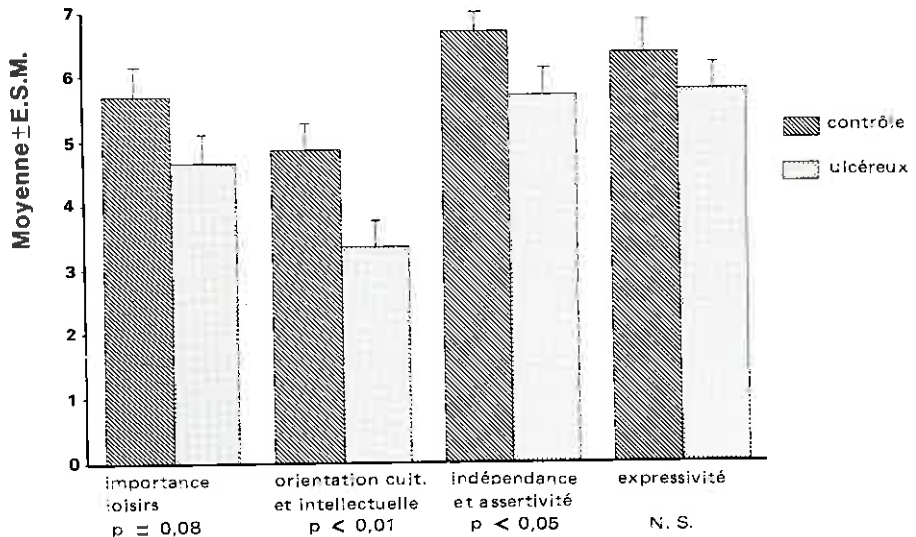


Figure 1.A.: Environnement familial et ulcère duodénal.

On observe, sur ce premier graphique, que l'ulcéreux décrit en moyenne une famille où l'on accorde moins d'importance aux loisirs, moins d'importance aux activités d'orientation culturelle et intellectuelle, et que le groupe contrôle accorde lui plus d'importance dans sa famille à l'indépendance et l'expressivité quoique cette dernière différence ne soit pas vraiment significative sur le plan statistique.

**1.B.** Par ailleurs, les familles dans lesquelles le mari est ulcéreux accordent une valeur plus forte (voir Figure 1.B.) à la cohésion, à l'ordre et à l'organisation méticuleuse des choses, à la compétition et à la combativité. Les conflits et l'agressivité y sont plus exacerbés que dans le groupe contrôle, les valeurs morales et religieuses également.

Ces différences sont vraiment significatives sur un plan statistique en ce qui concerne le niveau de conflits, l'ordre et l'organisation, l'importance de la morale et de la religion. Le tronc commun « négatif » (voir 1.A.), moins accentué dans l'environnement familial de l'ulcéreux, peut être résumé comme suit : moins d'indépendance, moins de loisirs et d'ouverture au monde, moins d'expressivité. En d'autres termes, on peut décrire un univers plus *clos*, plus replié sur lui-même, moins ex-centrique que dans le groupe contrôle. Inversement, les structures, les

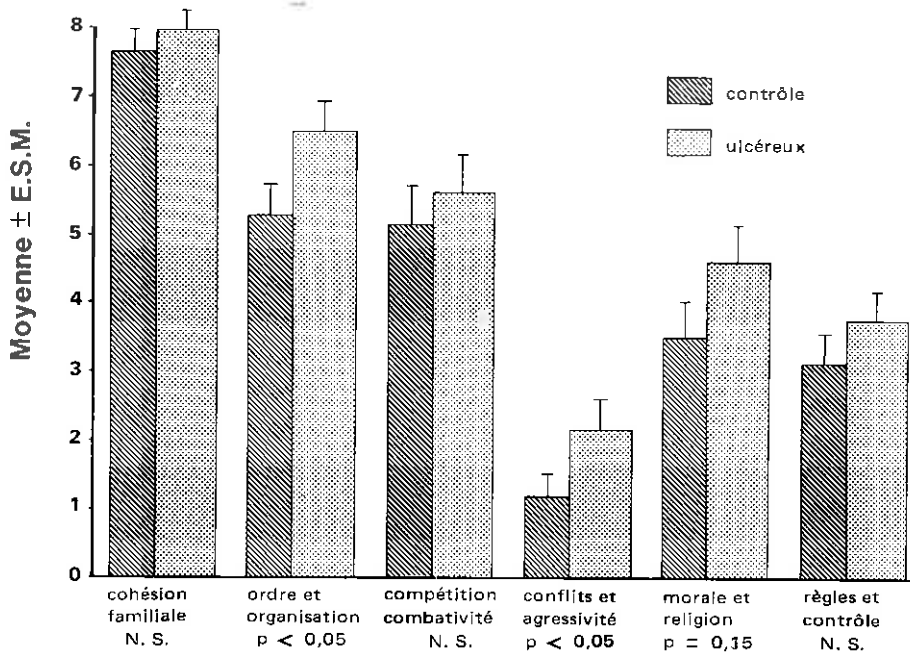


Figure 1.B. : Environnement familial et ulcère duodénal.

règles et la cohésion sont mises en exergue dans cet univers clos de l'ulcéreux. Il n'est donc pas faux de parler d'un hypofonctionnement vers l'extérieur et d'un hyperfonctionnement vers l'intérieur, hyperfonctionnement dans lequel prend place un niveau élevé de conflits. Cet espace clos et peu expressif ne permet donc qu'une difficile actualisation pour ne pas dire «digestion» de ces conflits.

## 2. Mais de quelle nature seraient ces conflits?

Par hypothèse, nous les avons recherchés dans la sphère relationnelle, familiale, concrets et concernant les problèmes d'indépendance et de séparation.

**2.A.** L'ulcéreux fréquente-t-il plus souvent sa famille d'origine que celle de son conjoint ?

On n'observe pas de différence. La proportion de couples où le patient visite plus sa famille d'origine que celle de son conjoint est comparable à celle où le conjoint fréquente plus sa propre famille.

**2.B.** Par contre, il est notoire de constater que l'ulcéreux en majorité (67%), ne visite sa famille d'origine que seul (en foncé sur le graphique) ou pire, ne la fréquente plus du tout (13%). Les 20% restant (en clair) persistent à tenter de confronter simultanément leur couple et leurs parents.

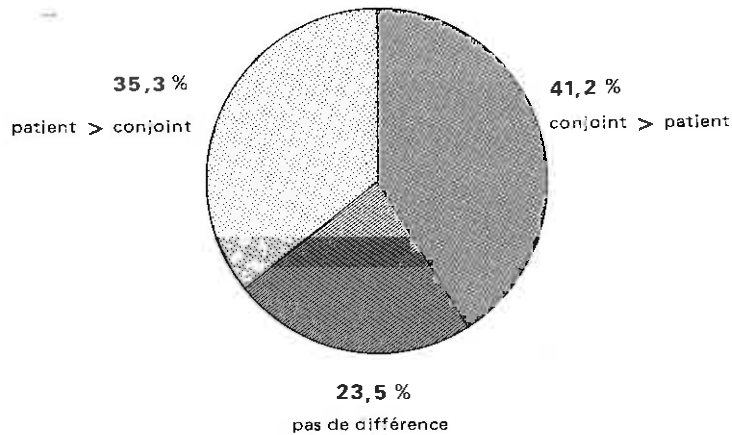


Figure 2.A.: Fréquentation des familles d'origine: fréquence.

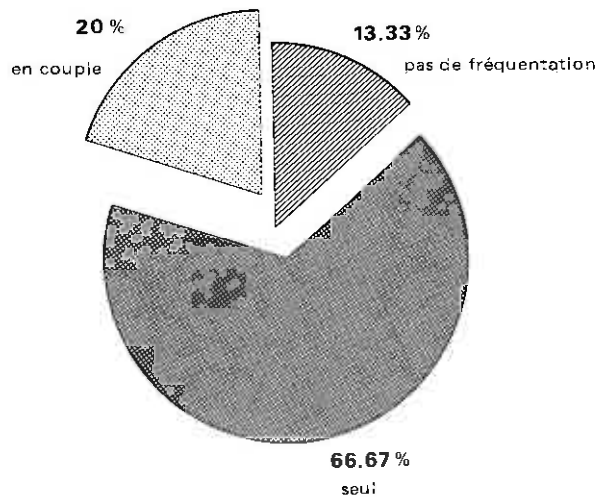


Figure 2.B.: Type de relation du patient avec sa famille d'origine.

C'est ici que l'on peut avancer le concept de triangulation. *Appelons capacité de triangulation la capacité du sujet à maintenir dans un même espace-temps des relations avec des personnes ou groupes de personnes de deux pôles différents.* La solution la plus simple pour éviter ce type de confrontation est d'accorder la primauté aux relations duelles, par exemple la relation patient-épouse, ou la relation patient-parent, et nous voyons ici qu'en grande majorité les ulcéreux évitent la triangulation au profit de relations duelles. Cette difficile triangulation ne concerne pas seulement les relations avec la famille d'origine: en effet, à la question «qui de vous deux est le plus enthousiaste pour inviter des gens à la maison?» Dix pour cent des couples désignent le patient, 33,3% disent qu'il n'y a pas de

différence et 46,7% désignent l'épouse. Le test chi-carré sur un échantillon, (chi obs. = 6.9; sign.  $p < 0,032$ ) confirme le caractère significatif des proportions observées par rapport à celles qui seraient attendues s'il n'y avait pas de différence entre les conjoints. On peut donc considérer que les épouses des patients ulcéreux sont plus enthousiastes que leur mari pour inviter des gens à la maison et susciter des situations de triangulation. Les proportions sont du même ordre quand il s'agit de sorties en couple à l'extérieur (cinéma, fête, etc.).

### 2.C. Pourquoi cet évitement? Pourquoi cette triangulation, cette confrontation n'ont-elles pas lieu?

La Figure 2.C. montre la proportion énorme (48%) de patients qui ont rencontré une opposition dans les familles d'origine au moment de la séparation, au moment du mariage.

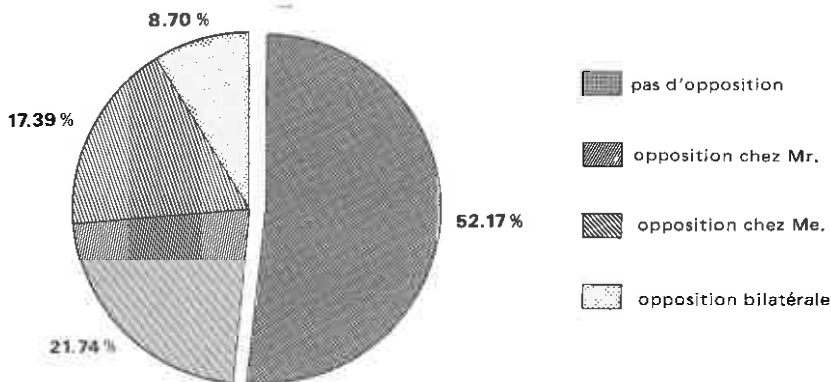


Figure 2.C.: Opposition des parents au mariage chez l'ulcéreux.

L'anamnèse et le travail clinique quotidien nous rappellent très fréquemment qu'une union effectuée sur des bases aussi difficiles laisse des marques indélébiles et risque de susciter des conflits chroniques et durables.

### 3. On observe donc une difficulté de triangulation ainsi que l'opposition fréquente des parents au mariage. Mais en quoi cela peut-il affecter le patient?

3.A. L'estime de soi du patient est ici illustrée (cf. Figure 3.A.) suivant que les patients ont ou non rencontré de l'opposition des familles d'origine au moment du mariage.

Les scores moyens d'estime de soi du groupe de sujets n'ayant pas rencontré d'opposition de la part des parents au mariage sont représentés au moyen d'histogrammes, là où les lignes correspondent aux scores des patients qui ont, eux, rencontré une opposition à leur mariage. On remarque que ce sont les sphères

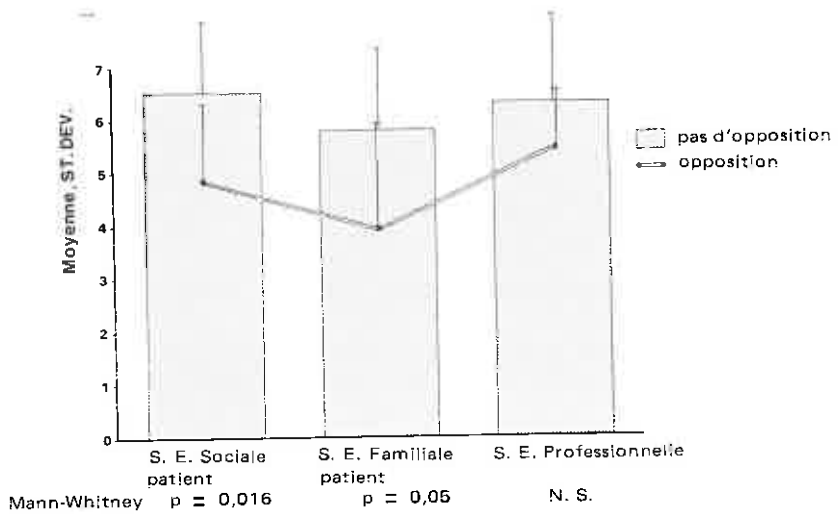


Figure 3.A.: Relation entre l'estime de soi et l'attitude des parents face au mariage.

sociale et familiale de l'estime de soi qui sont affectées; la différence n'est pas significative en ce qui concerne le domaine professionnel et il est relativement logique que cette sphère soit la moins perturbée par l'opposition et les conflits familiaux verticaux.

**3.B.** Par ailleurs, nous avons observé une estime de soi très significativement plus basse dans le groupe des ulcéreux que dans le groupe contrôle (cf. Figure 3.B.).

En synthèse, nous trouvons donc chez l'ulcéreux une difficulté à se trouver dans des situations de triangulation, l'existence courante d'une opposition des

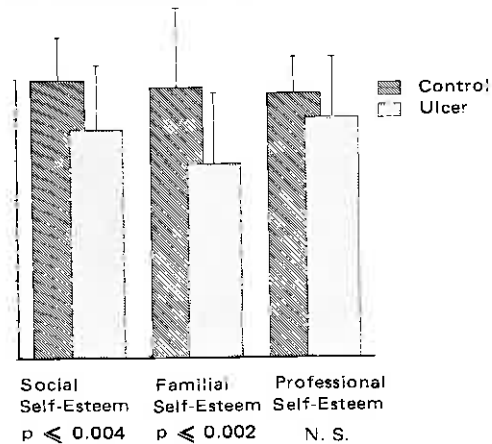


Figure 3.B.: Comparaison des scores moyens des patients ulcéreux à ceux du groupe contrôle à l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

parents au mariage, une estime de soi abaissée, et ce d'autant plus qu'il y a eu opposition au mariage.

#### 4. Mais en quoi cela concerne-t-il l'ulcère duodénal proprement dit?

4.A. Il existe (cf. Figure 4.A.) une relation chronologique directe entre l'apparition de l'ulcère et l'âge du mariage, c'est-à-dire de la séparation d'avec la famille d'origine.

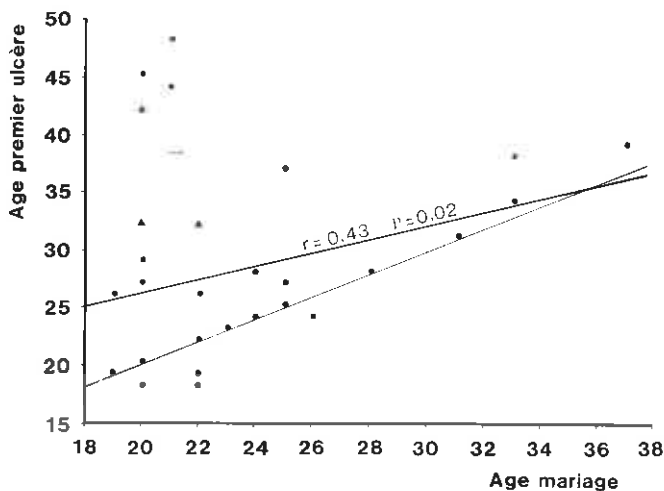


Figure 4.A.: Relation chronologique ulcère-mariage.

Même quand les patients se sont mariés sur le tard, l'ulcère survient tardivement, à quelques exceptions près. Plus encore, parmi les «outsiders», à savoir le groupe de patients s'écartant de l'axe de régression, certains (indiqués par un triangle) ont divorcé, se sont ensuite remariés, et pourraient donc se trouver plus proches de l'axe de régression si l'on avait pris la date du remariage en considération dans le graphique plutôt que la date du premier mariage.

4.B. Voici (cf. Figure 4.B.) la même information sous forme d'histogramme, présentant la différence (il s'agit d'une soustraction) existant entre l'âge d'apparition des premières dyspepsies et du premier ulcère par rapport à l'âge du mariage.

4.C. Dans la logique de notre hypothèse, selon laquelle la triangulation pose un problème au patient ulcéreux, on devrait s'attendre à ce que ceux qui maintiennent des relations avec les familles d'origine aient une évolution clinique ulcéreuse différente.

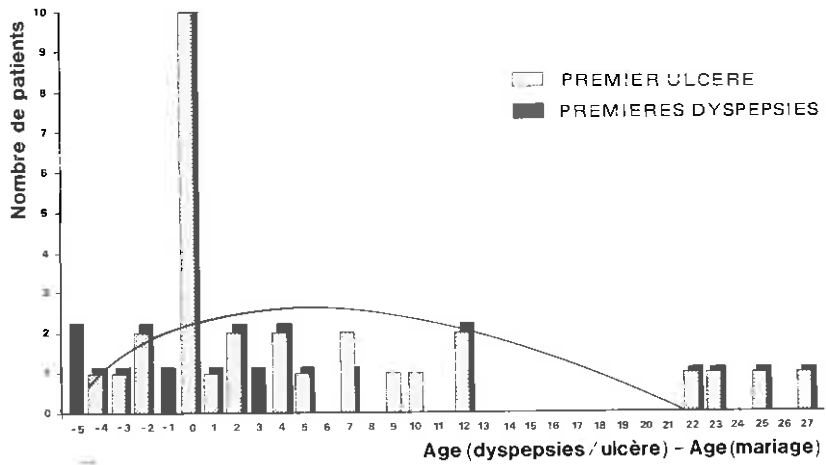
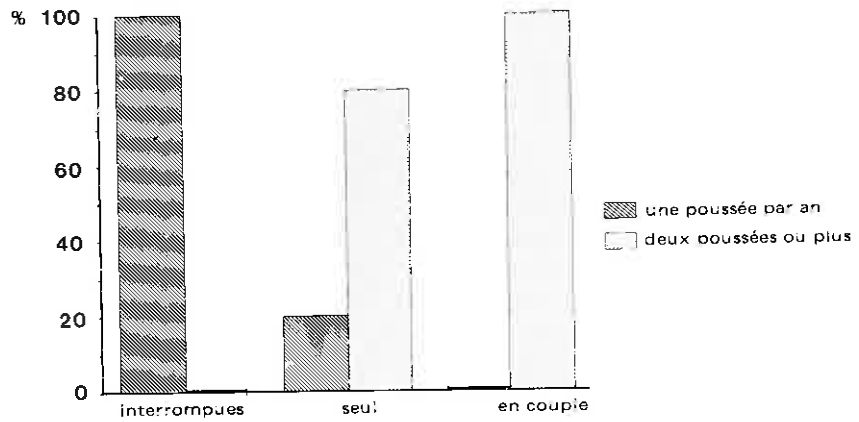


Figure 4.B.: Age premières dyspepsies, âge premier ulcère versus, âge mariage.



Chi-carré :  $p < 0,05$   
 Kendali tau = 0,56     $p = 0,01$

Figure 4.C.: Activité de l'ulcère et relation avec la famille d'origine.

Nous avons voulu interroger cette possibilité et, bien que l'échantillonnage soit restreint, il apparaît que ce sont les patients qui maintiennent les relations triangulaires qui présentent aussi l'ulcère le plus actif, en termes de nombre de poussées par an.

Inversement, parmi les patients qui ont interrompu toute relation verticale, il n'en est aucun qui présente deux poussées ulcéreuses ou plus par an.

### III. DISCUSSION

D'une façon générale, il apparaît que l'ulcéreux tend à susciter de façon interactive un environnement familial préférentiel, articulé sur un hyperfonctionnement intrafamilial relativement rigide (règles, interdépendance, cohésion, ordre et organisation, valeurs morales et religieuses), ce qui tend à correspondre à l'«enmeshment» décrit par Minuchin (19).

Cet «enchevêtrement» qui serait typique des familles psychosomatiques est commenté comme suit par Stierlin (32): «Au sein de la famille, les frontières, avant tout les frontières intergénérationnelles, apparaissent comme floues; alors que les frontières vers l'extérieur sont rigides et trop stables.» Cette autoconcentration du système de vie, dans le cas de familles comportant un ulcéreux, s'accompagne d'une fermeture de la part du patient aux activités extérieures susceptibles de vitaliser les comportements de triangulation (loisirs et activités culturelles) ainsi que d'une fréquente carence relationnelle avec les familles d'origine. Si l'on tient compte du fait que l'expressivité au sein de ce type de système familial est faible et que le niveau de conflits est, lui, élevé, il est pertinent d'imaginer l'existence d'une véritable «macération» de ces conflits, macération pouvant jouer un rôle (mais par quels mécanismes et quels relais?) dans la genèse de l'ulcère. La relation qu'il y aurait entre l'acidité familiale et l'acidité gastrique reste donc actuellement toute métaphorique.

De plus, identifier des moments-clés, des «périodes critiques» et des phases de fragilité comme nous l'avons fait en observant la relation statistique-chronologique «âge ulcère - âge mariage» pourrait nous approcher très fort d'un schéma de pensée «causaliste et linéaire». En effet, la démarche comporte ces deux risques que sont le «péril anatomique» (se satisfaire de typologies cette fois familiales) et le raisonnement causaliste linéaire (associer le fait d'un mariage et son contexte familial à une pathologie). Néanmoins, l'existence de ces risques ne s'oppose pas pour autant à une interprétation systémique: existerait-il un faisceau d'interactions relativement spécifique dans le cadre de l'ulcère duodénal en particulier ou tout au moins dans le registre des affections psychosomatiques?

Ceci nous amène à envisager la question de l'étendue que l'on peut donner à ces observations: en quoi les éléments relationnels-événementiels observés chez l'ulcéreux sont-ils spécifiques à l'ulcéreux? N'en va-t-il pas de même pour d'autres maladies psychosomatiques comme la maladie coronarienne? L'extrême rareté de travaux psychosomatiques systémiques ne permet pas de répondre à cette question. Toutefois, il apparaît important de resituer l'ensemble des faits observés dans cette étude empirique du milieu familial chez l'ulcéreux comme n'appartenant qu'à un seul sous-système dans lesquels se configure un fonctionnement susceptible d'induire l'ulcération du duodénum, à savoir le sous-système familial (voir Figure 1): le modèle pluridéterministe reste une nécessité et aucun



de ses composants n'est à ce jour autosuffisant pour expliquer l'étiopathogénie de l'ulcère.

Cependant, ce problème nodal de la triangulation ne peut laisser indifférent le thérapeute de famille: comment peut prendre place — dans le travail avec une famille où un des membres présente un ulcère duodéal chronique — l'usage du corpus de données issues de notre observation? Faut-il rester centré sur le symptôme «ulcère» et sur le désir de réduire le nombre de poussées par année, en faisant en sorte que le patient évite le maintien des relations avec la famille d'origine? Ou, au contraire, faut-il considérer que la relation verticale est à travailler préférentiellement, en faisant l'hypothèse que la relation «parents-patient-conjoint» sous-tend le dysfonctionnement ulcérogène? Que risque-t-on si le symptôme psychosomatique (ici l'ulcère) est levé? N'est-il pas un compromis, un équivalent «dette» d'une séparation mal gérée et non résolue, permettant au patient de quand même élaborer son sous-système familial, tout en dénotant et symbolisant par l'entremise de la position de «malade» — la nostalgie de la relation pré-conjugale avec la famille d'origine? Dans l'ensemble, on ne voit pas pourquoi l'ulcère serait un symptôme absurde; il a un «sens dans l'organisation du sujet et une fonction dans son réseau relationnel» (30): l'alexithymie, la pensée opératoire, l'incapacité de fantasmer décrite quelque peu contretransférentiellement par d'aucuns chez les malades psychosomatiques (18, 26) ont, sur le plan familial et dans le cas de l'ulcère duodéal, — ce versant positif remarquable qu'est le maintien d'un système familial malgré de vives oppositions et des conflits internes. Peut-être le fonctionnement «casanier» et «freinateur» de l'ulcéreux a-t-il comme effet de vitaliser, de stimuler son conjoint de façon telle que celui-ci soit en «position haute», tant socialement qu'au sein de la famille, puisqu'alors représentant l'ouverture au monde extérieur.

Dans les limites de notre expérience clinique, il apparaît relativement clairement que le travail de couple et de famille avec les patients ulcéreux est difficile: la pression à l'interruption des séances est forte, et nous pouvons postuler que le cadre que constitue la thérapie avec un couple où un membre est ulcéreux s'inscrit en stricte répétition de la difficile triangulation mentionnée plus haut. L'alternative est alors de travailler vite (en une ou deux séances) cette répétition au sein de la relation thérapeutique du problème de la triangulation, ou alors d'éviter volontairement le «setting» familial pour d'abord établir une relation suffisamment stable et inductrice de confiance, comme le proposent Wirsching et Stierlin (33), avant d'aborder ces aspects. Induire la crise et se trouver forcé de la résoudre vite ou consacrer son énergie à consolider le système thérapeutique? Telle est l'alternative, laissée ouverte au choix des thérapeutes et de leur pratique.

Dans l'ensemble donc, ce travail, bien que préliminaire, est encourageant en tant qu'il consolide l'hypothèse nodale de la continuité qu'il y aurait entre les sphères biologique, intra-psychique et la réalité interpersonnelle. Reconsidérer les pathologies psychosomatiques à la lumière de la grille systémique permettra peut-être de mieux prendre en compte la demande implicite que constitue le symptôme psychosomatique comme tel: en effet, souffrance(s) et symptôme(s) ne donnent pas nécessairement lieu, comme le développe Neuburger (27) à l'allégation d'une demande par le sujet. L'instauration d'une relation thérapeutique se

ferait donc moins aisément chez ces patients du fait de la difficile expression d'une demande (16) individuelle et d'une dénégarion des émotions plutôt que d'une «carence fantasmatique» (qui reste encore à démontrer).

P. Janne

Service de Médecine Psychosomatique  
Université Catholique de Louvain  
B-5180 Yvoir

### REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier M. S. Hirsch, formateur en thérapie familiale systémique, pour les conseils dont il nous a assistés dans cette recherche.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Alexander F. (1934): The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances. A Symposium. *Psychoanalytic Quarters*, 3, 501.
2. Alexander F. (1950): Psychosomatic Medicine. W. Norton & Co., New York.
3. Alexander F. *et al.* (1968): Psychosomatic Specificity. I. Experimental Study and Results. University of Chicago Press, Chicago.
4. Beaumont W. (1857): Experiments on and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion. Plattsburg F.P. Allen (*in* Wolf S., 1981).
5. Brinton W. (1857): On the Pathology, Symptoms, Treatment of Ulcers of the Stomach. Churchill, London.
6. Carlson A.J. (1912): Contribution to the physiology of the Stomach. *American Journal of Physiology*, 31, 151.
7. Coopersmith S. (1967): The Antecedent of Self esteem. C.P.P., Palo Alto.
8. Coopersmith S. (1984): Inventaire d'Estime de Soi. Ed. du Centre de Psychologie Appliquée, Paris.
9. Coopersmith S. and Gilberts R. (1982): Professional manual, Behavioral Academic Self-Esteem. CA: C.P.P., Palo Alto.
10. Engel G.L. (1975): Psychophysiological Gastro-intestinal Disorders: 1. Peptic Ulcer, pp. 1638-1643 *in* Freedman A.M., Kaplan H.I. and Sadock B.: Comprehensive Text book of Psychiatry. Wilkins & Wilkins, Baltimore.
11. Gilligan I, Fung L, Piper D.W. and Tennants C. (1987): Life event stress and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study. *J. Psychosom. Res.*, 31, 117-123.
12. Goldberg E.L. and Comstock G.W. (1976): Life Events and Subsequent Illness. *Am. J. Epidemiol.*, 104, 146-158.
13. Goldberg E.M. (1958): Family Influences and Psychosomatic Illness: an Inquiry into the Social and Psychological Background of Duodenal Ulcer. Tavistock, London.
14. Ivy A.C. (1946): The Problem of Peptic Ulcer. *J.A.M.A.*, 132, 1053-1059 (*in* Roth, 1955).
15. Jaeger (1811): Über die Eirweichung des Magengrundes oder die sogenannte Verdanung des Magens nach dem Tode. *J. der Pract. Heilk. Berl.*, 32 (3).
16. Janne P., Reynaert C. et Roelands A. (1984): Le patient (...) «demandeur»: mythe ou réalité? *Acta Psychiat. Belg.*, 84, 559-571.

17. Johnson B.W., Redfield D.L., Miller R.L. and Simpson R.E. (1983): The Coopersmith Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 43, 907-913.
18. Marty P. et De M'Uzan M. (1963): La pensée opératoire. *Rev. Franç. Psychanal.*, 27, 345-355.
19. Minuchin S., Rosman B.L. and Baker L. (1978): Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. (Mass.), Harvard University Press, Cambridge.
20. Mirsky I.A. (1969): Physiology, Psychology and Social Determinants of Psychosomatic Disorders. *Diseases of the Nervous System*, 21, 2.
21. Mirsky I.A., Futterman P. and Kaplan S. (1952): Blood Plasma Pepsinogen II. The Activity of the Plasma From «Normal» Subjects, Patients with Duodenal Ulcer, and Patients with Pernicious Anemia. *J. Lab. Clin. Med.*, 40, 188.
22. Moos R.H. (1974): Preliminary Manual: Family Environment Scale. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
23. Moos R.H. and Bromet E. (1979): Family Characteristics and the Outcome of Treatment For Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 78-88.
24. Moos R.H. and Moos B. (1976): A Typology of Family Social Environments. *Family Process*, 15, 357-372.
25. Moos R.H. and Moos B. (1981): *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
26. Nemiah J.C. and Sifneos P. (1970): Affects and Fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O.W. (ed.). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 2. Butterworths, pp. 26-34, London.
27. Neuburger R. (1980): Aspects de la demande en psychanalyse et en thérapie familiale. *Thérapie Familiale*, 1, 133-144.
28. Nie N.H., Hull C.H., Jenkins J.G., Steinbrenner, K. and Bent D.H. (1975): Statistical Package for Social Sciences. Mac Graw Hill, New York.
29. Oliveri M.E. and Reiss D. (1984): Family Concepts and Their Measurement: Things Are Seldom What they Seem. *Family Process*, 23, 33-48.
30. Reynaert C. (1985): Approche Psychologique du Patient Obèse. *Louvain Medical*, 104, 11-22.
31. Richet C. (1878): Des Propriétés Cliniques et Physiologiques du Suc Gastrique chez l'Homme et chez les Animaux. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 14, 170.
32. Stierlin H., Wirsching M., Haas B., Hoffmann F., Schmidt G., Weber G., Wirsching B. (1986): Médecine de la famille et cancer. *Thérapie Familiale*, 7, 41-59.
33. Wirsching M. and Stierlin L. (1985): Psychosomatics II: Treatment considerations. *Family Systems Medicine*, 3, 261-280.
34. Wolcott D.L., Wellisch D.K., Robertson C.R. and Arthur R.J. (1981): Serum Gastrin and the Family Environment in Duodenal Ulcer Disease. *Psychosomatic Medicine*, 43, 501-507.
35. Wolf S. (1981): The Psyche and the Stomach. *Gastroenterology*, 80, 605-614.

## INCURABILITÉ OU ABSENCE DE CURE? UNE RECHERCHE SYSTÉMIQUE SUR LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES CHRONIQUES

L. ONNIS\*

**Résumé:** *Incurabilité ou absence de cure? Une recherche systémique sur les troubles psychosomatiques chroniques* — Cet article présente les résultats d'une recherche sur l'utilité d'une approche systémique des troubles psychosomatiques chroniques. Cette recherche se proposait deux objectifs principaux. Le premier était l'évaluation de l'influence des dynamiques familiales sur l'évolution chronique d'un trouble psychosomatique typique, comme l'asthme infantile. A ce propos, les chercheurs ont fait une comparaison entre les modèles d'interaction d'un échantillon de 10 familles avec un enfant asthmatique à tendance chronique (asthme définit «intraitable») et ceux d'un échantillon de 10 familles normales. Les critères de sélection des échantillons et la méthodologie d'évaluation sont décrits. Les résultats montrent que dans les familles de l'échantillon psychosomatique, il existe des modèles interactifs typiquement dysfonctionnels et qu'ils sont en corrélation avec la persistance du symptôme asthmatique.

Le second but de la recherche était la reconstruction de l'histoire thérapeutique des enfants asthmatiques chroniques (échantillon de 100 enfants) dans l'hypothèse que l'intervention thérapeutique subie, conditionne soit la qualité de la demande de cure soit l'évolution même des symptômes. Sur ce point, la recherche montre que, dans la presque totalité des cas, l'intervention a été de type exclusivement médico-biologique.

Il y a donc raison de croire qu'une intervention thérapeutique qui se réduit à traiter seulement la composante biologique des troubles, tout en ignorant l'influence des dynamiques familiales dysfonctionnelles, devient elle-même un facteur important de chronicité. La soi-disant «intraitabilité» des troubles est alors le résultat de l'interaction entre le patient, sa famille, le thérapeute, ou le service d'assistance, plutôt que le résultat de l'évolution inéluctable de la maladie.

Une approche systémique peut donc être utile pour la prévention de la chronicité. Et, en même temps, donne une signification tout à fait particulière au rôle et à la fonction du thérapeute.

**Summary:** *Intractability or absence of treatment? A systemic approach to chronic psychosomatic disorders* — This article presents the results of a research on the usefulness of a systemic approach in the treatment of chronic psychosomatic illness. The research itself proposed two main goals. The first was to evaluate the influence of family dynamics on the chronic development of a typical psychosomatic disorder as infantile asthma. A comparison was made between two interactive models, using a sample of 10 families with asthmatic children with chronic tendencies and a sample of 10 normal families. The results show that typical dysfunctional interactive patterns exist in the psychosomatic sample and that they are correlated with the perpetuation of the asthmatic symptom.

\* Institut de Psychiatrie de l'Université de Rome, Centre d'Etude de Thérapie Familiale et Relationnelle, Rome.

The second goal of the research was to reconstruct the therapeutic history of the individual patient (a sample of 100 chronic asthmatic children), on the hypothesis that the therapeutic intervention which they had undergone, in fact conditioned the very quality of the cure demand, on one hand, and, on the other, the course of the symptoms. On this point, the results show that, almost in the totality of cases, the therapeutic intervention was of a bio-medical type. Author conclude that every therapeutic intervention which is limited to dealing with the biological component of the disorder, and ignores the influence of family dynamics becomes itself a major chronicity factor.

Thus the so-called «intractability» of the illness is the result of the interaction between the patient, his family and the therapist, or the health care service, rather than the ineluctable evolution of the illness itself.

From this point of view, a systemic approach is considered necessary to prevent chronicity. In the same time it give a particular significance to the role and the function of the therapist.

**Mots-clés:** Systèmes — Psychosomatique — Chronicité — Intervention thérapeutique.

**Key-words:** Systems — Psychosomatics — Chronicity — Therapeutic Intervention.

## 1. POURQUOI UNE THÉORIE SYSTÉMIQUE? LES INDICATIONS FOURNIES DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHOSOMATIQUE

Il n'existe, peut-être, aucune branche des sciences humaines où, comme dans la médecine psychosomatique, on voit émerger, avec une telle évidence, l'exigence d'intégrer et d'unifier une multiplicité de composantes relevant de la biologie, de la psychologie, des relations interpersonnelles, du milieu ambiant, en jeu dans le phénomène psychosomatique, à tel point que Lipowski considère la médecine psychosomatique comme une «science intégrée» par excellence.

Et pourtant, la médecine psychosomatique est allée longtemps à la recherche d'un modèle qui soit en mesure de réunir cette exigence d'unification et de globalité.

En fait, même si le principe qui l'a inspirée est souvent resté fidèle au concept-guide d'«unité psychosomatique», beaucoup de modèles appliqués à la psychosomatique ont fini par reproduire des scissions et des fragmentations sur le plan méthodologique et opérationnel. En simplifiant beaucoup le problème, ceci est arrivé surtout pour deux raisons: des erreurs de focalisation et des limites méthodologiques.

Habituellement, une fois que les trois composantes fondamentales relevant de la biologie, de la psycho-émotivité, de la sociologie du milieu, ont été repérées, les modèles en question ont généralement focalisé l'attention sur une seule composante, en finissant par négliger les autres; ou alors, ils ont essayé de les mettre en relation mais selon des critères d'enchaînement *linéaire* (comme les anneaux d'une chaîne se succédant de façon que chacun soit considéré comme «cause» de celui qui le suit temporellement).

Il est évident que n'importe laquelle des trois composantes envisagées peut être considérée comme point de départ d'une chaîne linéaire, selon les préférences et les orientations des chercheurs, avec en conséquence des formulations d'hypothèses «somato-génétiques», «psycho-génétiques», ou «socio-généti-

ques» de la maladie psychosomatique. Mais ce qui ne change pas, dans ces théories, c'est la disposition linéaire des parties et donc la fragmentation chronologique du phénomène dont, inévitablement, la totalité se disperse.

Et du point de vue clinique, les limites de ces modèles se traduisent en résultats thérapeutiques insatisfaisants. Si on pense, pour ne citer qu'un exemple, que même lorsque le champ d'observation s'élargit du patient au groupe familial, les premiers chercheurs, s'inspirant encore des concepts de causalité linéaire, considèrent les influences émotionnelles provenant de la famille comme agents «étiologiques» de la maladie du patient. Ils réalisèrent, donc, une intervention thérapeutique, dont le nom donné par Peshkin est significatif: la «parentectomie», séparation du patient de sa famille «nocive», en recourant à des hospitalisations ou des insertions dans des communautés. Les résultats thérapeutiques sont inévitablement faibles: des améliorations temporaires sont suivies de récurrences et d'accentuations des symptômes, et dans un certain nombre de cas, il y a un départ lent et inexorable pour la chronicité; ce sont ces formes que Peshkin même (1956) qualifie de «intraitables» (pour ce qui concerne l'asthme, il s'agit de près de 15% des cas).

À la lumière de ces vérifications cliniques éloquentes, il apparaissait clairement que l'exigence d'une vision unitaire inhérente à la médecine psychosomatique demandait l'utilisation de méthodologies différentes, pouvant donner la raison de la *complexité* des phénomènes observés, de la co-participation *simultanée* de multiples composantes en jeu, de la *corrélation* entre les composantes mêmes.

Voilà pourquoi le modèle systémique et les principes de *causalité circulaire* dont il s'inspire, semblent mieux correspondre aux exigences d'intégration propre à la psychosomatique; ces dernières, en effet, épousent parfaitement l'objectif fondamental d'un modèle, non pas orienté vers l'étude des différentes parties, mais plutôt vers la recherche de connexions entre elles, avec la conviction que chacune puisse recevoir sa physiologie réelle et son sens profond uniquement à l'intérieur de ces interactions réciproques ou, pour utiliser une expression de Bateson (1979), de «patterns qui relie».

La méthodologie systémique restitue, ainsi, à la maladie psychosomatique sa caractéristique fondamentale, celle de point douloureux d'interaction de facteurs biologiques et psycho-sociaux, de croisement de nature et de culture, où la manifestation biologique même, en s'inscrivant dans un corps «vécu» et, donc, sujet d'histoire, pourra elle aussi être «historicisée» et «historicisable».

Et le symptôme, bien qu'étant un symptôme corporel, peut être soustrait à l'obscurité sans signification des accidents biologiques, et récupérer le sens d'un langage, d'une communication; un sens que nous pourrions définir comme «symbolique», pas exactement et non seulement, dans le significat analytique, mais plutôt au sens étymologique du terme (*sunballein* = réunir): le symptôme donc réunit en soi, recompose, synthétise, le sens communicatif du contexte relationnel dans lequel il apparaît avec ses caractéristiques et ses règles.

L'application du modèle systémique dans le domaine psycho-somatique, depuis les premières recherches de Don Jackson (1966), de Salvador Minuchin (1978) et de Maria Selvini-Palazzoli (1978) a fait des progrès notables, ces dernières années, dans notre pays aussi.

Ce modèle théorique émerge aujourd'hui sur le plan épistémologique et tend à souligner la «complexité» des phénomènes, et en particulier des phénomènes humains, considérant, par conséquent, inadéquates des approches réductrices et simplificatrices; il nous amène par ailleurs du point de vue clinique, à des résultats thérapeutiques encourageants et à une amélioration remarquable du pronostic.

Un premier aspect significatif de l'usage du modèle systémique dans le domaine psychosomatique est donc celui de relier le «corps» à un «contexte», en y cherchant une clef de lecture, d'interprétation, d'intervention; en attribuant une signification *comportementale* (et c'est justement là que, à bien considérer, soma et psyche se rencontrent et se confondent) même à ce qui, pour la médecine traditionnelle, semblait ne pas pouvoir trouver sens.

Mais, à côté de cela, il me semble qu'un autre aspect caractérise l'évolution de l'approche systémique, ces dernières années, et non seulement dans le secteur de la psychosomatique: le déplacement de l'attention du patient dans son contexte au thérapeute et à son intervention.

Il s'agit d'une ligne de réflexion qui est donc fondamentalement centrée sur la *relation thérapeutique*. Celle-ci, du reste, n'intéresse pas seulement, aujourd'hui, le domaine systémique; pensons au vif débat en cours dans le cadre de la psychanalyse ou à des recherches comme celles que l'on a entamées en Italie, avec les Projets Finalisés du CNR (Conseil National de Recherches) et où l'on explore l'interaction entre la demande d'assistance et la réponse thérapeutique habituellement fournie par les services.

Mais dans le domaine systémique, cette orientation acquiert une importance particulière parce que, à cause des principes de «circularité» qui caractérisent cette approche, le *système thérapeutique* arrive à être impliqué globalement à chaque moment et dans chaque aspect du processus thérapeutique même. Dès l'instant où un opérateur décrit une situation de malaise, il agit sur elle et en influence inévitablement et constamment l'évolution et les développements: il devient en fait *partie du système*, à tous les niveaux.

A partir du moment où a lieu cette rencontre, les résultats du processus qui se développe, soit vers la guérison soit vers la chronicité, sont nécessairement la résultante de la façon dont se joue et se définit la relation thérapeutique à l'intérieur du système thérapeutique.

Voilà pourquoi il devient légitime de s'interroger sur ce qu'est, en réalité, ce que nous appelons «chronicité».

Une recherche systémique effectuée par notre groupe sur la maladie psychosomatique chronique, a pris en considération les deux aspects que j'ai mentionnés jusqu'ici:

- La possibilité, en utilisant une approche systémique, de reconstruire un contexte, en particulier la famille, avec ses règles d'interaction, dans lequel le symptôme psychosomatique prend sens.
- La signification que, dans une perspective systémique et à condition que l'observateur se place à l'intérieur du système thérapeutique, l'on peut attribuer à la «chronicité».

A ces deux aspects qui sont, me semble-t-il, indicatifs de l'utilité et des développements de l'approche systémique dans le domaine psychosomatique, sont liées les hypothèses de notre recherche, que je voudrais vous présenter maintenant.

## 2. LA RECHERCHE: LES DEUX HYPOTHÈSES

La recherche, effectuée dans le cadre des Projets Finalisés du CNR, a été réalisée par un groupe de chercheurs de l'Institut de Psychiatrie de l'Université de Rome et du Centre d'Etudes de Thérapie Familiale et Relationnelle de Rome (voir L. Onnis *et al.*, 1985, 1986; L. Onnis, 1985) qui ont travaillé en collaboration avec la Clinique Pédiatrique de l'Université de Rome, en particulier avec le Centre pour les Maladies Allergiques.

Il y a deux hypothèses que la recherche se proposait de vérifier, ces dernières, par ailleurs, étant étroitement liées:

- a) Est-il possible de rechercher, dans les familles des enfants asthmatiques, en particulier dans le cas d'asthme chronique, la présence de modèles d'interaction dysfonctionnels et caractéristiques, qui sont liés de façon significative à l'apparition et surtout au maintien du symptôme asthmatique.
- b) Est-il possible, par conséquent, de démontrer que la chronicisation et l'impossibilité de traiter l'asthme, sont vraisemblablement liées à des interventions thérapeutiques inadéquates, car elles ne se proposent pas de changer les modèles familiaux dysfonctionnels.

A présent, je vous exposerai séparément la façon dont la première et la seconde hypothèses ont été vérifiées.

## 3. VÉRIFICATION DE LA PREMIÈRE HYPOTHÈSE

Pour la vérification de la première hypothèse, l'analyse des modèles familiaux interactifs, nous avons retenu, comme point de référence, le travail de Minuchin *et al.* (1976) où il avait décrit, après avoir observé les familles ayant un enfant asthmatique dont l'évolution était chronique, quelques caractéristiques structurales dysfonctionnelles typiques, en les représentant en quatre catégories:

- **enchevêtrement**, c'est-à-dire faible détermination des limites générationnelles et interindividuelles;
- **hyperprotection réciproque**;
- **rigidité** dans les règles de communication et dans la résistance au changement;
- **manque de résolution du conflit**, c'est-à-dire tendance à éviter les tensions et l'explication du désaccord, par rapport auxquelles le symptôme agit souvent comme mécanisme homéostatique de couverture et de protection.



Avec ce premier cadre de référence, nous avons procédé à la vérification de la première hypothèse de la recherche; je décrirai maintenant les échantillons, les méthodologies et les résultats.

#### A. Sélection des échantillons (psychosomatique et de contrôle)

Pour ce qui concerne l'échantillon *psychosomatique*, la sélection a eu lieu en trois phases:

- a) Dans une première phase, on a effectué la sélection préalable de 100 enfants asthmatiques venant consulter au Centre pour maladies allergiques de la Clinique Pédiatrique Universitaires. Les enfants consultants sont des enfants de 0 à 12 ans qui devaient venir pour être soumis à des tests de réactivité allergique et se voir administrer les thérapies pharmacologiques et vaccinales adéquates.  
Cette sélection initiale a été réalisée en tenant compte des trois conditions suivantes:
  - il existait un diagnostic d'asthme confirmé et effectué par une équipe médicale du Service;
  - l'enfant se soumettait pour la première fois à une visite au Service même (de façon à pouvoir suivre le cours de la maladie et de la thérapie dans leur continuité);
  - il n'y avait pas d'autres manifestations de type allergique que l'asthme.
- b) Dans une seconde phase, sur les 100 cas du début, on a sélectionné ceux qui semblaient présenter une forme d'asthme particulièrement grave du point de vue médical. Les critères d'évaluation de gravité indiqués par les pédiatres furent les suivants:
  - fréquence des crises asthmatiques au cours de l'année;
  - durée des crises en heures;
  - objectivité clinique de l'intensité de la crise (en relation, en particulier, au degré de dyspnée, à la présence éventuelle de cyanose, à la limitation de l'activité physique).On obtint ainsi 38 cas d'asthme tenus pour graves, qui furent tous soumis à une thérapie vaccinale, en plus du traitement pharmacologique usuel et dont l'évolution clinique fut suivie à la longue par des contrôles réguliers en ambulatoire, pendant 3 ans, période considérée comme suffisamment significative pour mesurer la réponse au vaccin.
- c) La troisième phase de sélection de l'échantillon fut effectuée, pour les raisons énoncées ci-dessus, à une distance de 3 ans de la seconde; parmi les enfants

affectés d'asthme grave, on sélectionna ultérieurement ceux qui semblaient ne pas avoir répondu de manière significative à la thérapie administrée; ceux qui, donc, malgré les trois années de traitement vaccinal et pharmacologique, montraient une rémission faible ou nulle de la symptomatologie. On obtint, ainsi, dix sujets pour lesquels l'asthme était en train de devenir chronique, présentant des caractéristiques définies habituellement comme «intraitables». Ces dix enfants à l'asthme dite «intraitable» et leurs familles constituèrent l'échantillon expérimental.

Pour ce qui concerne l'échantillon de contrôle, il fut composé de dix familles «normales», en adoptant comme critère de normalité l'absence de symptômes psychosomatiques reconnus chez les membres et, de plus, l'absence de demande d'intervention psychiatrique dans l'histoire de la famille. Les familles furent repérées au hasard à travers différents canaux d'invitation, puis sélectionnées de manière que les dix familles choisies puissent constituer un échantillon de contrôle homogène par rapport à l'échantillon expérimental, en tenant compte de trois variables:

- la composition du noyau familial;
- les tranches d'âge et le sexe des enfants;
- le statut social de la famille.

## B) Méthodologie

Les deux échantillons de familles, celui avec l'enfant asthmatique et celui qui servait de contrôle, furent soumis à une étude permettant d'évaluer les modalités d'interactions familiales, de façon à pouvoir tirer des indications sur le type d'organisation de la «structure» familiale. Il a été dit aux familles ayant un enfant asthmatique, que notre relation avec eux n'avait pas de finalités psychothérapeutiques mais simplement cognitives.

L'étude sur les interactions familiales présente toujours des difficultés méthodologiques notables, parce que les techniques d'évaluation traditionnelles (comme l'interview ou le test) permettent de recueillir des données et des opinions relatives aux composantes de la famille mais ne sont pas très utiles pour mettre en évidence les aspects des relations entre les membres du système familial.

Pour surmonter cette difficulté, nous avons choisi, en suivant Minuchin (1978), la méthode des «tâches» familiales qui offrent, à notre avis, deux avantages fondamentaux: l'activation de l'interaction familiale autour d'un problème concret et la possibilité de l'observer directement, sans nécessiter la présence de l'examineur.

Après une brève interview initiale, on a donné à toutes les familles, à celles de l'échantillon psychosomatique comme à celles de l'échantillon de contrôle, trois tâches à effectuer en un temps standard, en l'absence de l'examineur. L'interview et les tâches, d'une durée totale de quarante minutes, ont été entièrement enregistrées en audio et en vidéo pour chaque famille.

Pour l'étude du matériel ainsi recueilli, c'est-à-dire l'analyse des modèles transactionnels et la structure des familles, on a choisi quatre paramètres d'évaluation (en accord avec la recherche de Minuchin): l'enchevêtrement, l'hyperprotection, la rigidité, le conflit.

Il n'est certes pas possible, en ce lieu, de préciser en détail les systèmes de classification, de codification et de mesuration utilisés pour rendre quantifiables et «opérationnels» les paramètres d'évaluation indiqués ci-dessus. Pour ces données, nous vous renvoyons à la publication complète de la recherche (cf. Onnis *et al.*, 1985). Il suffit de donner quelques éléments d'orientation:

- Pour l'**enchevêtrement**, on a considéré comme indices significatifs d'une part la tendance à l'intrusion d'un membre de la famille, à interférer dans les pensées, les sentiments, les comportements d'un autre membre; d'autre part, les transactions de «médiation», c'est-à-dire le cas où les personnes font fonction d'«intermédiaire» de communication. Il apparaît ici avec évidence que les informations recueillies sont relatives aux «limites» individuelles ou générationnelles.
- Pour l'**hyperprotection**, on a retenu comme étant indicatives deux classes d'interaction dont la première correspond à toutes les interventions transactionnelles qui permettront de manifester de la protection, de l'attention, de l'appréhension à l'égard d'un ou plusieurs membres de la famille; la seconde, à tous les messages ayant pour but de susciter une hyperprotection et de rappeler l'attention (nous avons appelé ces deux classes: hyperprotection de type 1 et de type 2).
- Pour le **conflit**, on a mis particulièrement en relief la présence d'un seuil bas de tolérance à l'égard de manifestations ouvertement conflictuelles, en particulier, on a évalué trois catégories de séquences interactives: la première comprenant les transactions qui ont tendance à ne pas faire émerger le conflit; la deuxième, celles qui visent à tenir le conflit sous contrôle, dès qu'il commence à émerger; la troisième, celles qui ne permettent pas de résoudre le conflit, quand il est clairement exprimé (nous avons appelé ces trois catégories: conflit de type A, B et C).
- Pour la **rigidité**, enfin, nous avons envisagé comme indices significatifs: le degré de redondance des modalités transactionnelles pouvant se référer aux paramètres d'évaluation précédents; le degré de flexibilité ou de fixité des modèles d'alliance qui s'établissent entre les différents membres de la famille. De ce point de vue-là, nous avons considéré la rigidité comme étant exprimée dans la relation entre les alliances totales codifiées et les alliances «redondantes», c'est-à-dire celles qui ont tendance à se répéter à la longue, en impliquant toujours les mêmes membres du système, avec des relations de même nature.

La codification des alliances a été effectuée, en suivant Minuchin *et al.* (1978) sur les séquences interactives relatives au «conflit» qui peuvent être jugées les

plus démonstratives afin de permettre aux alliances de se définir entre les membres de chaque système familial.

### C) Résultats

Comme on peut voir sur le Tableau I, l'analyse des données a fourni les indications suivantes:

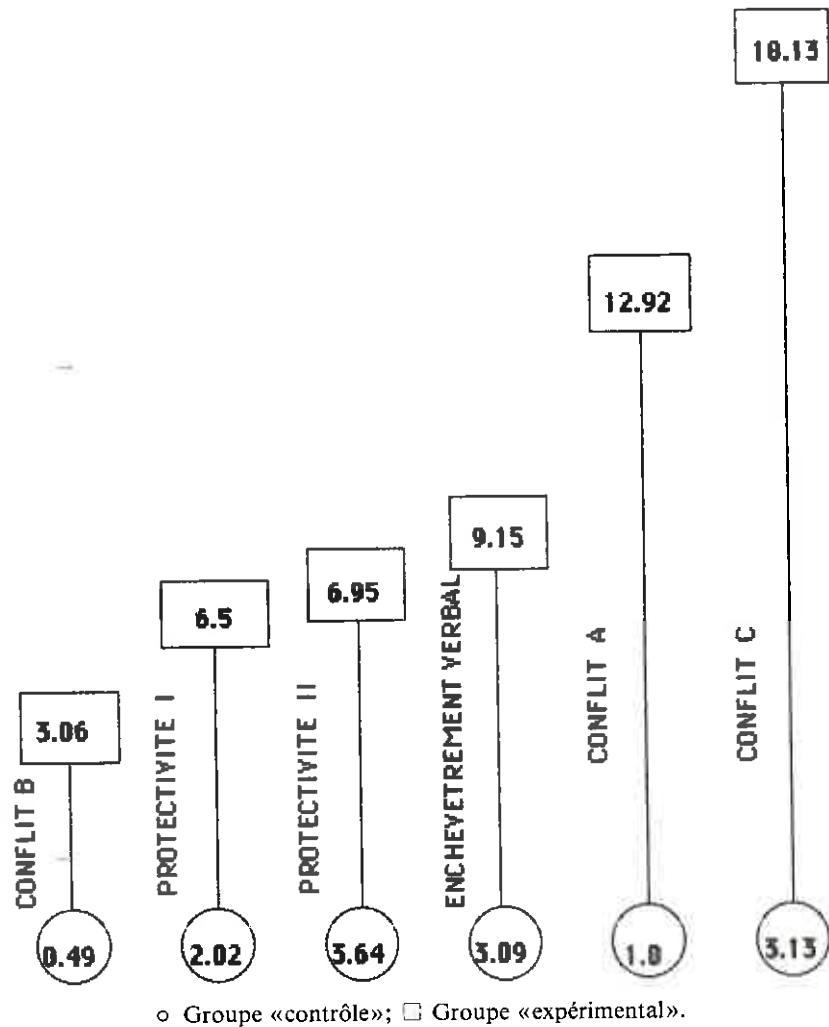
Tableau I: Comparaison entre les moyennes des scores totaux obtenus par les groupes «expérimentale» et «contrôle».

Paramètres d'évaluation	Echantillon expérimentale ( $\mu_1$ )	Echantillon contrôle ( $\mu_2$ )	t de Student	P( $H_0$ )
Enchevêtrement verbal.....	9,15	3,09	3,948	< $\alpha$
Protectivité I.....	6,50	2,02	9,680	< $\alpha$
Protectivité II.....	8,98	3,64	6,230	< $\alpha$
Conflit A.....	12,92	1,10	5,681	< $\alpha$
Conflit B.....	3,06	0,48	6,735	< $\alpha$
Conflit C.....	18,13	3,13	5,282	< $\alpha$

$g = 18$ ;  $H_1 : \mu_1 > \mu_2$ ;  $\alpha = 0,0005$ .

- a) Dans l'échantillon des familles ayant un enfant asthmatique, il est possible de relever des niveaux d'enchevêtrement, d'hyperprotection, de manque de résolution du conflit et de rigidité bien plus élevés que dans l'échantillon des familles normales.
- b) En particulier, les données totales les plus explicites concernent (cf. Tableau I et Tableau II): le degré d'**enchevêtrement**, qui est beaucoup plus élevé dans les familles ayant un enfant asthmatique indique le caractère labile et diffus des limites, alors que dans les familles normales, il existe une définition des limites claire et nette et une bonne différenciation interpersonnelle; l'**hyperprotection** du type 2 et du type 1, qui sont particulièrement élevées dans l'échantillon expérimental, montrent ainsi la tendance significative de ces familles à proposer et chercher des situations ou des personnes (et non pas nécessairement le malade) qui leur permettent de centrer leurs appréhensions et leurs soins; le **conflit**, qui a un indice élevé dans l'échantillon expérimental, met en évidence une tendance marquée des familles ayant un enfant asthmatique à éviter que le conflit n'émerge (type A) ou, en tous cas, à empêcher que celui-ci se développe et se résolve, quand il émerge (type C). Dans les familles normales, par contre, même si initialement on met en circuit des interférences qui pourraient favoriser l'évitement du conflit, d'habitude elles sont inter-

Tableau II: Représentation graphique des champs de variation des moyennes dans les groupes «expérimental» et de «contrôle».



rompues et les tensions peuvent trouver une résolution satisfaisante. Ceci, du reste, démontre la flexibilité des familles normales par rapport à la rigidité des familles de l'échantillon expérimental.

En ce qui concerne, en particulier, la **rigidité des alliances**, le Tableau III donne une indication claire de la fixité avec laquelle les alliances ont tendance à

Tableau III: Rigidité des alliances.

Comparaison entre les moyennes des scores obtenus par chaque famille des deux groupes.

N° famille	Groupe expérimental (N = 10)			Groupe control (N = 10)		
	Alliances redondantes	Alliances totales	Rigidité %	Alliances redondantes	Alliances totales	Rigidité %
1	16	23	69,56	2,5	8,75	28,57
2	14	20	70	1,25	6,5	19,23
3	25	33,7	74,2	0,7	1,39	50,3
4	12,3	17	73,35	1,25	3,75	33,33
5	19	22,5	84,44	1	2,6	38,46
6	6,5	9,5	68,42	0,75	4,5	16,67
7	20,5	22,5	91,1	1	2	50
8	8,6	12,6	69,25	1	2,7	37,03
9	10,6	16,4	64,63	1,25	4,25	29,41
10	9,4	14,8	63,51	1,25	3,5	35,71
Total	141,9	192	74	11,9	39,94	29,8

Comparaison entre les moyennes des scores totaux obtenus par les deux groupes.

Groupe expérimental			Groupe contrôle		
Alliances redondantes	Alliances totales	Rigidité %	Alliances redondantes	Alliances totales	Rigidité %
14,19	19,2	74,0	1,19	3,99	29,8

se structurer dans les familles de l'échantillon psychosomatique. On a fait aussi, sur les données totales reportées sur l'enchevêtrement, l'hyperprotection et le conflit, une évaluation de significativité statistique, qui a mis en évidence une positivité du t de Student pour un indice de significativité de 0,0005 (cf. Tableau I). Par contre, cela n'a pas été possible en ce qui concerne les alliances, à cause du caractère fondamentalement descriptif de ces données, mais elles conservent tout de même toute leur valeur, du point de vue qualitatif.

L'évaluation de la significativité a été effectuée sur des données partielles, pour les tâches proposées aux deux échantillons et elle a confirmé une positivité analogue (cf. Tableau IV).

Tableau IV: Comparaison entre les moyennes des scores obtenus dans chaque tâche par les groupes «expérimental» et «contrôle».

Paramètre d'évaluation	Tâche	Echantillon «expérimental» ( $\mu_1$ )	Echantillon «contrôle» ( $\mu_2$ )	t de Student	P( $H_0$ )
Enchevêtrement verbal	1 c.	2,11			
	2 c.	3,56	0,48	2,785	< 0,01
	3 c.	3,48	1,20	2,787	< 0,01
Protectivité I	1 c.	2,25	0,51	5,820	< $\alpha$
	2 c.	2,33	0,91	5,020	< $\alpha$
	3 c.	1,92	0,60	2,660	< 0,01
Protectivité II	1 c.	2,83	1,12	3,580	< 0,005
	2 c.	3,26	1,49	4,360	< $\alpha$
	3 c.	2,89	1,03	5,350	< $\alpha$
Conflit A	1 c.	3,61	0,46	2,944	< 0,005
	2 c.	4,98	0,22	4,017	< $\alpha$
	3 c.	4,33	0,32	3,982	< $\alpha$
Conflit B	1 c.	0,60	0,05	4,783	< $\alpha$
	2 c.	1,76	0,39	4,910	< $\alpha$
	3 c.	0,70	0,04	5,366	< $\alpha$
Conflit C	1 c.	5,66	0,43	6,927	< $\alpha$
	2 c.	6,34	1,76	3,712	< 0,005
	3 c.	6,13	0,94	4,420	< $\alpha$

$g = 18$ ;  $H_1 : \mu_1 > \mu_2$ ;  $\alpha = 0,0005$ .

- c) On peut, donc, dans les familles avec un enfant asthmatique mettre en évidence des modalités interactives particulières qui apparaissent en même temps de façon significative et qui conditionnent, ensemble, une structure familiale dysfonctionnelle spécifique.
- d) L'enfant asthmatique et son comportement symptomatique sont fortement impliqués dans ces modèles transactionnels dysfonctionnels, soit parce qu'ils y sont directement engagés, soit parce que, de toute façon, ils s'y conforment, créant ainsi un des renforcements les plus puissants à la tendance de ces familles, à maintenir une rigidité homéostatique propre.

Si nous considérons maintenant les familles de l'échantillon psychosomatique dans leur ensemble, en ne les évaluant pas seulement du point de vue de la structure, mais aussi dans leurs styles de communication, les observations qui émergent de notre recherche nous amènent à proposer les précisions suivantes:

- La communication est habituellement congruente dans le sens de la cohérence des messages qui sont envoyés à différents niveaux de communication; il peut

subsister des aspects de caractère contradictoire mais jamais paradoxal, comme ceux qui sont décrits dans les familles dont la transaction est psychotique (cf. Selvini-Palazzoli, 1978). De ce point de vue, une vision familiale et systémique du problème offre des données qui contrastent avec les théories des auteurs, dont l'orientation est psychanalytique, et qui ont tendance à lier le trouble psychosomatique à un aspect psychotique, plutôt que névrotique.

- La famille met fortement l'accent sur le problème de la maladie de l'enfant, autour de laquelle tous ses membres se mobilisent et s'impliquent; ceci rend ces familles particulièrement disposées à demander de l'aide et, en même temps, à établir des relations de dépendance du médecin.
- Le caractère structural de l'impossibilité de déterminer des limites a été souligné. Il est opportun de préciser qu'elle apparaît même dans l'organisation des alliances qui sont surtout des alliances «transgénérationnelles» selon les trois modalités décrites par Minuchin (1978): déviation de l'attention des deux géniteurs sur l'enfant; triangulation de l'enfant avec des alliances alternées avec l'un ou l'autre; coalition stable avec l'un des deux en excluant l'autre. Mais dans notre observation, cette dernière modalités est bien moins fréquente, probablement parce que les contrastes trop nets entre des fronts bien définis augmentent le risque de faire émerger le conflit et sont donc vécus comme étant dangereux.
- La communication non verbale (qui, naturellement, n'a pas pu être l'objet d'une quantification) contribue elle aussi à caractériser l'atmosphère d'une harmonie apparente et mettre en valeur l'image que ces familles ont tendance à donner d'elles: celle de familles unies où règne l'accord. C'est pourquoi, tous les messages analogues, la gestualité, les attitudes corporelles, l'expression des émotions sont orientés dans ce but. De ce point de vue, il nous semble qu'il faudrait revoir le concept d'«alexithymie» de certains auteurs (cf. Sifneos, 1975; Nemiah, 1973) et celui équivalent de «pensée opératoire» qui, pour l'école française (Marty *et al.*, 1963), attribue une structure particulière à la personnalité du patient psychomatique, qui l'empêche d'exprimer ou de «verbaliser» les émotions. En observant le patient dans un contexte plus large, celui de sa famille, on remarque qu'il n'existe en réalité aucune incapacité d'«exprimer ses émotions», mais que ces dernières sont soigneusement filtrées de façon à éviter les tensions conflictuelles et à maintenir l'harmonie familiale. Il est possible de relever encore que, non seulement le patient, mais aussi tous les membres du système familial coopèrent dans ce but (il nous est apparu que dans certaines familles que nous avons observées, le patient nous a semblé marginal par rapport aux mouvements homéostatiques de contrôle du conflit proposés par les autres composantes de la famille).



#### 4. VÉRIFICATION DE LA SECONDE HYPOTHÈSE

La seconde hypothèse concernait l'intervention thérapeutique et il s'agissait en particulier de la possibilité pour des traitements thérapeutiques, inaptes à modifier les caractères dysfonctionnels, mis en évidence dans les familles, et à rompre leur interconnexion rigide avec le symptôme, de devenir eux-mêmes facteurs de chronicisation. Pour vérifier de telles hypothèses, il est donc nécessaire d'élargir le champ d'observation et de renvoyer l'étude du système-famille à un système plus large qui inclue l'opérateur sanitaire ou le service et leur intervention. Il était donc nécessaire de reconstruire l'itinéraire thérapeutique du patient, en repassant par les étapes et les modalités de l'interaction entre le patient et le technicien à l'intérieur du système thérapeutique.

##### A) Méthodologie

Dans ce but, nous avons interviewé les cent enfants asthmatiques, avec leur famille, qui constituaient l'échantillon initial, dérivé de la première sélection au Centre Allergologique de la Clinique Pédiatrique de l'Université.

L'interview avait pour but de recueillir des données sur :

- a) les interventions subies lors de la première crise asthmatique;
- b) les interventions subies lors des crises successives;
- c) l'évaluation des facteurs qui influent sur la maladie selon la famille;
- d) l'évaluation des facteurs qui influent sur la maladie selon les médecins et les pédiatres consultés;
- e) le type de demande et les attentes suivant lesquels le patient et sa famille s'adressent au service et l'attitude envers l'intervention en cours;
- f) la disponibilité pour un traitement de type différent.

##### B) Résultats

D'après l'analyse de ces données, il apparaît synthétiquement les indications suivantes :

1. Dès le premier épisode, l'asthme en tant que maladie est pris en charge par les techniciens que l'on a appelés, et qui prêtent assistance (dans la plupart des cas, il s'agit de médecins et de pédiatres de famille), en proposant des interventions de type exclusivement médico-physique (c'est-à-dire des thérapies pharmacologiques associées éventuellement à des inhalants ou des physiothérapies respiratoires).

Dans un cas sur cent seulement, on conseille une psychothérapie familiale, mais pour des raisons qui ne concernent pas directement les problèmes de l'enfant asthmatique.

La maladie du patient commence ainsi à être définie comme un événement entièrement corporel où l'on ne peut reconnaître (où, de toute façon, on ne peut traiter) des composantes qui ne soient pas organiques. Et la réponse du technicien commence à se superposer à la demande, à l'influencer, à la modeler.

2. A l'occasion des crises qui suivent la première, les membres de la famille ont déjà emprunté au médecin la tendance à prendre en charge la maladie en la gérant de façon exclusivement pharmacologique, mais en réalisant cette gestion de façon plus autonome. Bien que les épisodes de la maladie se répètent, l'intervention reste de type purement médicale.

3. D'après les données recueillies, il apparaît pourtant que les membres de la famille montrent qu'ils sont conscients qu'au moment de la manifestation des troubles et de leur évolution, des composantes de type psychologique et émotionnel peuvent influencer: cette conscience apparaît implicitement, dans la tendance à associer le début des crises à des événements significatifs de la vie du patient et de la famille; dans 30% des cas, où les membres de la famille déclarent que les facteurs émotifs contribuent habituellement à faciliter l'apparition des troubles, c'est explicite.

4. Par contre, les données font apparaître que 3,9% des pédiatres consultés seulement, d'après ce que disent les membres de la famille du patient, considèrent les tensions émotionnelles parmi les facteurs déclencheurs. Ainsi, la «qualité de la demande» est confinée à nouveau dans ses expressions les plus réductrices à cause d'une réponse qui continue à être orientée dans une direction exclusivement médico-pharmacologique.

5. Mais les traitements médico-pharmacologiques seuls, évidemment, ne sont pas suffisants: et les données recueillies lors de l'interview, disent que dans 60% des cas, les patients ne semblent présenter aucune amélioration significative. Et cependant, malgré cette constatation, l'étape thérapeutique suivante est encore la proposition d'une intervention médicale: tel est, en fait, le renvoi à un service spécialisé, le Centre pour les maladies allergiques de la Clinique Pédiatrique, où la presque totalité des patients (97%) arrivent sur demande de leur propre médecin de confiance, et où l'attente généralement est celle d'«un nouveau médicament qui puisse faire disparaître la maladie».

La situation du Centre Allergologique est, en réalité, plus complexe: là, la valorisation des composantes psycho-émotives du trouble est diffuse; elle apparaît sous forme de rubriques à remplir dans les fiches anamnestiques, dans les modalités de recueil d'informations, dans les discours entre les gens; mais elle apparaîtra très difficilement au niveau de l'intervention thérapeutique. Ceci est certainement à mettre en relation avec les finalités institutionnelles et l'organisation rigide du service qui, étant orienté vers des fonctions de diagnostics allergiques et de prescriptions de thérapies vaccinales adaptées, finissent par conditionner la sensibilité personnelle de chaque opérateur. Ainsi, la réponse du Centre va dans la direction d'un diagnostic plus précis, en réajustant la thérapie pharmacologique et en administrant une éventuelle vaccino-thérapie.

Les demandes et les attentes du patient se conforment à une telle réponse.

Et pourtant, selon les données concernant l'attitude envers l'intervention en cours, il apparaît qu'un pourcentage important de patients et de membres de leur famille (48% à peu près) révèlent une sorte de passivité, de fatigue, souvent même de scepticisme à l'égard de la ligne d'intervention qui, expérimentée pendant longtemps, n'a pas apporté de résultats appréciables.

6. Ces pourcentages coïncident de façon significative avec celle des membres de la famille et de patients (44%) qui déclarent leur disponibilité et parfois même leur enthousiasme, devant la perspective d'une thérapie différente: la proposition était articulée d'une façon vague et concernait la possibilité de rencontrer la famille réunie, les membres de la famille pourraient y devenir compétents pour gérer les crises de façon autonome et en même temps explorer ensemble, l'influence éventuelle des tensions émotives en facilitant leur manifestation.

A travers les données recueillies grâce à l'interview, nous avons donc essayé de reconstruire l'itinéraire d'une rencontre: celle de l'utilisateur avec l'opérateur ou le service.

Il nous semble que nous avons suffisamment d'indications pour considérer confirmés deux aspects:

- L'intervention de l'opérateur, dans sa physionomie purement médicale, est inapte à saisir et à résoudre les dynamiques multiples qui, en commençant par le contexte familial, soutiennent la persistance du trouble asthmatique; la réponse du technicien, dans son interaction avec le patient, définit le problème en le réduisant, en le fragmentant, en l'ignorant dans sa complexité.
- La «qualité» de la demande de l'utilisateur finit par être, elle aussi, le produit de l'interaction entre le patient et l'opérateur; à cause d'une inévitable inégalité de pouvoir qui caractérise cette relation, nous y voyons que la demande a tendance à se modeler sur la réponse et à adopter, renforcée, cette physionomie «médicalisée» que le trouble psychomatique, en tant que trouble s'exprimant par le corps, a déjà tendance à porter en lui-même.

## 5. TROUBLES INTRAITABLE OU TRAITEMENT MANQUÉ?

A la lumière des données d'ensemble que nous avons exposées, les deux hypothèses de l'étude semblent vérifiées.

Mais, au moment des conclusions, il me semble utile de souligner surtout la façon dont la recherche met en évidence le destin du symptôme psychosomatique et de la demande de soin, lors de leur rencontre avec les techniciens et les services destinés à l'assistance. Cela met en évidence comment, dans cet impact avec les réponses des institutions thérapeutiques, ces destins suivent deux directions parfaitement parallèles.

En fait, de la même façon que la demande, en s'adaptant au modèle de la réponse, se médicalise, le symptôme, lui, est de plus en plus déraciné du contexte ambiant et relationnel où il a trouvé son origine et de plus en plus distancé des

composantes émotionnelles et existentielles du patient. C'est dans ce trajet que se vérifie pour le patient une «expropriation» graduelle de son symptôme psychosomatique, qui est surtout une expropriation et une soustraction de sens à une manifestation complexe et problématique, qui est, à la fin, réduite à un dommage biologique à réparer.

Mais toute réparation est insuffisante si on a, entre temps, perdu et dissout tout lien qui relie le symptôme à un contexte qui est d'ailleurs décisif, comme on l'a vu, pour son maintien. Si le traitement, donc, a perdu de vue ou n'a pas réussi à voir ce qu'on doit traiter, il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que le symptôme psychosomatique évolue vers la chronicité et l'intraitabilité.

Mais alors, il est juste d'affirmer que l'intraitabilité du trouble psychosomatique n'est pas, comme le soutient une tradition médicale expérimentée, le résultat de l'évolution inéluctable de la maladie, mais plutôt le *résultat d'une relation*, la relation avec le technicien ou avec le service, dont les réponses dans un sens strictement et exclusivement médical, désagrègent la globalité d'un phénomène qui demanderait des interventions bien plus articulées et complexes.

L'intraitabilité du trouble est donc le résultat d'un traitement manqué ou partiel, et l'incurabilité devient manque ou insuffisance de cures.

## 6. L'IMPORTANCE DU SYSTÈME THÉRAPEUTIQUE

Un discours ainsi articulé amène nécessairement à attirer l'attention sur le système thérapeutique, c'est-à-dire sur les modalités par lesquelles, à l'intérieur de ce système, se définit et évolue la relation thérapeutique.

De ce point de vue, le vif débat épistémologique qui a favorisé le dépassement progressif du mythe du thérapeute comme observateur externe, séparé et neutre, semble aujourd'hui très important. Le thérapeute entre dans le système qu'il observe et en fait partie, au moment même où il commence à l'observer; d'ailleurs, paradoxalement s'il n'en faisait pas partie, il ne pourrait pas le connaître.

Dans ce sens, Bateson (1972) avait défini la médecine et la psychiatrie comme des «sciences réflexives», en affirmant qu'«aujourd'hui on se rend compte que, non seulement en physique mais aussi en anthropologie et dans les autres sciences humaines, l'observateur et même le théoricien doivent être compris dans les systèmes que l'on doit analyser».

Plus récemment, Maturana et Varela (1980) ont proposé des concepts de systèmes «auto-observants» et «auto-référants», contribuant ainsi à approfondir le champ épistémologique qui est en centre du débat actuel et qui s'intitule, pour utiliser la terminologie de von Foerster (1973) «cybernétique de la cybernétique».

Le système thérapeutique, parmi ces systèmes auto-observants et auto-référants, est une démonstration par excellence. Le thérapeute s'y trouve dans la position paradoxale d'observateur et d'observé: en tant qu'observateur, il décrit et explore le système qu'il observe, mais en tant qu'observé, il contribue à «construire» la réalité décrite (puisqu'il en fait partie).

Dans ce sens, une description du système ne peut jamais être une représentation totalement «objective» de la réalité systémique, parce qu'elle inclut, pour

ainsi dire, la partie «subjective», qui est la contribution donnée par le thérapeute à la construction.

Un système thérapeutique, au cours de tout le processus de la thérapie, est donc toujours le résultat d'une «construction à deux» (thérapeute et famille) suivant une conception définie «co-constructiviste» de Speed (1984) et partagée par Mme Selvini (1985).

Sans pourtant glisser vers les positions extrêmes de certains constructivistes qui finissent par proclamer l'impossibilité absolue de connaître le réel (on connaît des «cartes» mais pas des «territoires»), il est cependant indubitable que le thérapeute-observateur contribue largement à la construction de la réalité qu'il observe et donc, à la fois, à celle du système avec lequel il interagit dans la relation thérapeutique, et à celle du processus thérapeutique.

Et il y contribue à travers les «modèles», c'est-à-dire les systèmes de valeurs, les paradigmes cognitifs et les actes pragmatiques qui en découlent en caractérisant son approche de la réalité.

Il me semble qu'ici le débat épistémologique, qui est actuellement si brûlant dans le domaine systémique, sort de son caractère abstrait apparent et va à la rencontre de la pratique: parce qu'il met directement en cause l'influence que l'opérateur et sa culture, les instruments qu'il possède et les interventions qu'il pratique, ont sur les caractéristiques, les développements et les résultats du processus thérapeutique dans lequel il est impliqué.

Partant d'une recherche sur la chronicité, nous sommes donc arrivés loin. Nous avons trouvé, chemin faisant, mais ce n'est pas par hasard, notre responsabilité de thérapeute, à laquelle justement une conception systémique reconnaît un pouvoir extraordinaire: celui d'être constamment «co-constructeur» de toute réalité dans laquelle nous interagissons.

L'acquisition de cette conscience, qui coïncide avec une prise de responsabilité de la part du thérapeute, me semble un des points centraux de la réflexion systémique actuelle.

*Luigi Onnis*

Institut de Psychiatrie de l'Université de Rome

Via Villa-Massimo 47

I-00161 Roma

Centre d'Etude de Thérapie Familiale et Relationnelle

Via Falloppio 2

I-00161 Roma

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1972): Steps to an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York.
2. Bateson G. (1979): Mind and Nature, A necessary Unity. Dutton, New York.
3. Jackson D.D. and Yalom I. (1966): Family Research on the Problem of Ulcerative Colitis. *Arch. Gen. Psych.*, 15, 410.
4. Liebman R., Minuchin S., Baker L. and Rosman B. (1976): The Role of the Family in the Treatment of Chronic Asthma. In: Guerin P. (ed.), *Family Therapy: Theory and Practice*. Gardner Press, New York.

5. Marty P., De M'Uzan M. et David C. (1963): L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris.
6. Maturana M. and Varela F.V. (1980): *Autopoiesis and Cognition*. Reidel Publ. Camp., Dordrecht.
7. Minuchin S., Rosman B. and Baker L. (1978): *Psychosomatic Families*. Harvard University Press, Cambridge Mass.
8. Nemiah J.C. (1973): Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology. *In: Psychother. Psychosom.*, 22, 106-111.
9. Onnis L. (1985): *Corpo e Contesto. Terapia familiare dei disturbi psicosomatici*. N.I.S., Roma.
10. Onnis L., Tortolani D., Di Gennaro A., Marinozzi P., Petralito G. e Roggi D. (1985): *Il bambino con disturbi psicosomatici: la famiglia, la domanda, il servizio*. Quaderni di documentazione del CNR, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma.
11. Onnis L., Tortolani D. and Cancrini L. (1986): A Systems Research on Chronicity Factors in Infantile Athma. *Family Process*, vol. 25, 1, 107-122.
12. Peshkin M.M. and Tuft H.S. (1956): Rehabilitation of the Intractable Ashmatic Child by Institutional Approach. *Quart. Rev. of Pediatrics*, 1157-1159.
13. Selvini-Palazzoli M. (1978): *Self-Starvation*. Aronson, New York.
14. Selvini-Palazzoli M. (1985): *Cronaca di una ricerca*. N.I.S., Roma.
15. Sifneos P.E. (1975): The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-262.
16. Speed B. (1986): How really real is real. *Family Process*, 23, 511-520.
17. Von Foerster H. (1973): Cybernetics of Cybernetics (physiology of revolution). *The Cybernetician*, 3, 30-32.



## MODÈLE D'ÉVALUATION DES SYSTÈMES FAMILIAUX EN CRISE

Claire-Lise CUENDET\*

**Résumé:** *Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise* — L'auteur propose un modèle de lecture de la crise inspiré de la théorie de René Thom. Cela l'amène à faire une coupe diachronique et synchronique de la crise pour mieux distinguer les notions de tension et de crise. Les trois situations analysées avec cet éclairage, permettent de développer quelques modalités d'intervention.

**Summary:** *Model of evaluation of family systems in crisis* — A synchronic and diachronic analysis is used to demonstrate the thesis of the author: crisis is to be distinguished from tension. This model, inspired by Thom's Theory is applied to 3 situations. A method of intervention is suggested.

**Mots-clés:** Crise — Système — Modalités d'intervention.

**Key-words:** Crisis — System — Modalities of intervention.

### INTRODUCTION

La clarification de la notion de crise et la recherche d'un modèle d'évaluation s'avère de première importance pour le chercheur comme pour le thérapeute de famille systémique. Elle permet en effet de pouvoir dans un premier temps évaluer s'il y a véritablement « crise du système familial » et ensuite de pouvoir décider s'il est opportun de provoquer « artificiellement » une crise dans un système donné.

Avant d'aborder ces deux questions, il nous a toutefois paru indispensable de redéfinir le terme lui-même de crise, utilisé sans discernement et dont le sens premier finit par échapper.

D'un point de vue tout à fait général, la crise peut se définir « comme un état-processus où il se produit une rupture d'équilibre annonçant le passage quasi-inévitable à une autre situation » (2). Chaque fois que chez un organisme, qu'il soit biologique, physique ou social se produit un état de malaise, d'anomalie, de perturbation d'un ordre, on peut parler de crise. Les médecins parleront de crise

\* Sociologue, psychothérapeute (ASP), thérapeute de famille. Co-responsable de la formation à l'approche systémique des groupes et des systèmes sociaux (Cefoc, Genève), Lausanne.

\*\* L'auteur remercie G. Evéquoz, psychologue, et A. Jacques, physicien, pour leur lecture critique du texte.



lorsqu'un changement brusque survient dans le cours d'une maladie avec, pour conséquence, une aggravation de celle-ci.

De leur côté, les économistes évoqueront la crise, pour définir un état aigu de mauvais fonctionnement de l'économie dans un régime économique donné. Une crise correspond ici à un phénomène de dépression dans l'activité économique. Concernant le fonctionnement de la société, on admet qu'il y a une crise sociale, lorsqu'il se produit dans celle-ci des perturbations qui mettent en cause l'équilibre général et le fonctionnement normal et ordinaire de la vie sociale. A noter qu'une crise sociale peut être soit partielle soit générale. Dans ce dernier cas, elle résulte du fait que la société n'est plus du tout en mesure d'organiser et de maintenir un ordre social. La vigueur interne pour résoudre les problèmes de son évolution et de son développement fait défaut. C'est donc la structure elle-même qui est en crise. Cependant de telles crises peuvent être jugulées et contrôlées s'il existe une force sociale prévalente pour vouloir les changements et les orienter et si les réformes qui s'imposent sont faites à temps.

Il est utile de faire ici trois remarques:

1. La notion de processus auquel il a été fait allusion correspond en fait à la dimension diachronique de la crise, et la notion de rupture d'équilibre annonce le passage d'un état à un autre. Par exemple, actuellement, nous vivons dans un état de crise. Tout nous indique en effet qu'un changement de société est imminent. Néanmoins beaucoup de mini-crisis vont avoir lieu avant qu'il y ait réellement un changement de société. La crise doit se solder soit par des réformes soit par une révolution. Il est nécessaire de faire la distinction entre un état de malaise, un état de tension et l'état de crise où quelque chose est susceptible de changer.
2. Les crises peuvent être fonctionnelles ou structurelles (1). Les réformes sont le signe d'une crise de fonctionnement, tandis que les révolutions sont le signe d'une crise de structure. A noter que parfois les réformes sont utilisées pour éviter des mesures plus draconiennes touchant aux structures ce qui ne fait que repousser dans le futur une crise d'autant plus profonde.
3. Les crises peuvent être contrôlées à condition qu'il existe une force sociale prévalente pour désirer les changements et les orienter. Dans une famille cette force peut être représentée soit par les parents, soit par l'intervention thérapeutique.

La thèse défendue dans cet article, notamment à partir de la théorie de René Thom, connue sous le nom de théorie des catastrophes (10), se résume ainsi: la crise n'est pas le processus mais le moment de rupture d'équilibre.

Par conséquent, le thérapeute ne devra pas omettre de distinguer entre état de tension (étape du processus) et état de crise ouvrant sur le changement, et savoir que c'est en amplifiant la tension qu'il est possible d'amener la crise.

## **PROPOSITION D'UN MODÈLE DE LECTURE: LA THÉORIE DES CATASTROPHES**

René Thom a développé une théorie mathématique complexe (10, 11, 12), dite théorie élémentaire des catastrophes. Il a décrit sept formes de «catastrophes» traduisant des phénomènes singuliers qui peuvent être observés dans l'univers physique ou humain. Selon lui, la catastrophe correspond à un conflit entre deux régimes stables. Cette théorie inspirée de la notion de fonction permet d'analyser les points singuliers définissant le passage d'un équilibre à un autre.

Ce passage peut être exprimé topologiquement par une courbe qui se développe sur deux axes de coordonnées passant par un minimum ou un maximum et bifurquant à un point donné. Ces points d'inflexion expriment des discontinuités. Ainsi tout objet peut être représenté par une forme et toute crise ou catastrophe par une transition d'une forme à l'autre. Dans la nature, l'évolution des formes se fait rarement de manière douce, mais le plus souvent de manière abrupte.

Le sens commun attribué à la notion de catastrophe définit d'ailleurs celle-ci comme un événement soudain et imprévu qui entraîne des dommages matériels et des souffrances humaines. Mais ce qu'il est capital de constater, et qui échappe souvent au commun des mortels, c'est qu'une catastrophe est généralement la conséquence de changements graduels sans grandes significations apparentes, qui vont pourtant entraîner sous certaines conditions un grand changement: c'est par exemple l'entrée en guerre d'un pays, ou l'écroulement d'un pont (les tensions dans les points d'ancrage dépassant le seuil de rupture), etc. Thom définit donc la catastrophe comme des discontinuités brutales observables dans tel ou tel milieu, comme des changements abruptes. Son objectif consiste à comprendre précisément quelles sont les variables en jeu dans de tels circonstances.

Cette modélisation du saut qui se produit lorsque le passage d'un équilibre à l'autre cesse d'être progressif, paraît particulièrement fécond pour précisément comprendre la dynamique de la crise familiale.

## **LES COMPOSANTES DE LA CRISE FAMILIALE: COUPE SYNCHRONIQUE**

Dans une famille, la crise se caractérise par un changement de forme et une rupture des schémas de comportements. La résolution de la crise entraîne la réévaluation des buts, des règles, ainsi que la redéfinition des relations entre les membres du système. La crise correspond donc au moment de rupture d'équilibre du système familial et du changement qui l'accompagne.

Dans sa modélisation, Thom distingue deux types de variables, les variables d'état et les variables de contrôle, appliquées ici à la compréhension de la crise familiale.

## 1. Les variables d'état

L'évaluation d'un changement de forme de la famille et ses réactions face au stress implique de choisir des variables qui permettent de décrire précisément sa structure et son fonctionnement. C'est le rôle des variables d'état.

Les variables qui nous paraissent illustratives du fonctionnement de la famille, de son degré d'échanges d'informations avec l'extérieur, des règles qui assurent la stabilité familiale et qui sont précisément remises en question au moment d'une crise sont les suivantes:

- A. Les finalités du système et des sous-systèmes.
- B. Les frontières entre les membres de la famille nucléaire.
- C. La hiérarchie entre les sous-systèmes (parents-enfants).
- D. Les frontières de la famille avec l'extérieur.

## 2. Les variables de contrôle

Les variables de contrôle correspondent aux types de stress qui s'exercent sur la famille. Dans le cadre de l'étude de la famille, l'accent est mis plus spécialement sur les variables de contrôle liées au temps et sur celles liées à l'espace.

- A. *Les variables liées au temps* prennent en compte le stress venant de l'environnement interne de la famille, à savoir les cycles vitaux. Ces crises sont prévisibles, elles sont dues à des changements d'états bien connus et largement décrits (3). Les problèmes apparaissent (présence de symptômes) si les modes de fonctionnement d'une phase se perpétuent dans la suivante (5). En réalité, les problèmes proviennent du fait que des stratégies sont mises en place pour nier la crise. Par exemple, dans les familles où la norme est le maintien à tout prix d'une cohésion, la recherche d'émancipation d'un des membres représentera une menace et une tension pour le système. La famille va tout mettre en œuvre pour y résister. Par contre, si la norme de la famille est l'autonomisation des membres et leur individuation, le mouvement vers la séparation conduira à une crise qui débouchera sur de nouveaux comportements.
- B. *Les variables liées à l'espace* correspondent au stress provenant de l'environnement externe, à des intrusions, dans le cycle vital, tel qu'un handicap, un accident, le chômage, un décès, la reconstitution d'une nouvelle famille, un déménagement, etc. Les stress liés à l'environnement qui se modifie amèneront une tension dans la famille, un conflit de règles qui pourra déboucher sur une crise et un nouveau fonctionnement ou au contraire une rigidification des fonctions et une négation du changement.

### 3. Relation entre variables de contrôles et variables d'état

L'équilibre de la famille est donc menacé sous certaines conditions. C'est dans ces cas que les fonctions ou les finalités du système sont mises en cause et qu'une tension interactionnelle s'exerce. Cette tension poussera les membres du système:

- soit à se redéfinir dans leur relation à l'autre. Cette redéfinition fait partie de la crise et crée une rupture d'équilibre et par conséquent aussi un changement dans le fonctionnement plus global;
- soit à se rigidifier: les rôles, les fonctions, les rapports interpersonnels se figent. La tension interactionnelle se concentrera sur un seul membre qui canaliserà la tension de tous. La tension trouvera une résolution momentanée grâce à l'apparition d'une fonction symptomatique au sens où la définit Nicolo (9).

Dans un système avec un certain degré de flexibilité, la rupture de comportement peut éclater de manière violente, mais momentanée en attendant un réaménagement du système interactionnel. Dans un système au contraire caractérisé par de fortes tendances morphostatiques, la rigidité des fonctions peut se manifester de différentes manières: négation de la crise, violence contenue ou agie, délinquance, symptômes physiques ou psychiques. La tension pourra également déboucher sur la recherche de solutions extrêmes telles que l'adhésion à une secte, l'éjection du bouc-émissaire par une hospitalisation ou un placement, un éclatement de la famille, etc. Ces phénomènes sont en quelque sorte des indicateurs des crises bloquées dont la solution est devenue le problème.

### LE DÉROULEMENT DE LA CRISE DANS LE TEMPS: COUPE DIACHRONIQUE

Avant de décrire les différents scénarios possibles du développement d'une crise aboutie ou bloquée, il s'agit de préciser les caractéristiques de l'avant-crise, de la crise et de l'après-crise.

Si l'on considère un système humain, tel que la famille, *l'avant-crise* est une période de tension, de malaise liée à un stress provenant soit de l'environnement externe soit de l'environnement interne.

La crise s'annonce progressivement jusqu'au moment où les comportements deviennent exacerbés et les conflits plus ouverts. Dans l'avant-crise, la famille essayera d'utiliser ses réponses habituelles pour répondre au stress.

*La crise* elle-même correspond à une rupture d'équilibre au passage d'une forme à une autre. C'est le point d'inflexion dont parle Thom. Le conflit entre deux régimes stables à savoir les anciennes règles et les nouvelles est ouvert. La bifurcation vers de nouveaux comportements et de nouvelles règles est en train de s'opérer.

*L'après-crise* est la résolution du conflit. Un nouveau régime sous forme de nouvelles règles est accepté par tous. Cette phase amène une diminution de la tension.

Trois scénarios de crise sont envisageables et correspondent à trois types d'équilibrations possibles du système (voir tableau ci-dessous).

1. Stress ↓ Tension → Crise	Changement des fonctions et/ou des finalités	Diminution de la tension			
2. Stress ↓ Tension	Changement non adapté au type de stress	Augmenta- tion de la tension	Symptôme soulagement de la tension	Augmenta- tion de la tension	Point critique
3. Stress ↓ Tension	Rigidifica- tion des fonctions	Augmenta- tion de la tension	Symptôme soulagement de la tension	Augmenta- tion de la tension	Point critique

1. Dans un premier scénario, la famille trouve de nouvelles solutions à la situation grâce à l'utilisation de ses multiples ressources individuelles et contextuelles. Dans une « crise d'adolescence » par exemple, le système se réorganise et de nouvelles finalités sont définies.
2. Dans le deuxième scénario, la famille modifie son fonctionnement mais cette modification n'est pas adaptée au type de changement exigé par la situation. La famille procède par exemple à un changement de fonctionnement au lieu de procéder à un changement d'ordre structurel, lors de l'adolescence d'un de ses membres, par exemple.
3. Dans le troisième scénario, la famille se rigidifie dans son fonctionnement et nie la crise.

Dans les scénarios 2 et 3, il y a de fortes chances qu'à plus ou moins long terme la pression augmente et que les symptômes apparaissent, cela aura pour effet de concentrer en quelque sorte la tension de tous les membres sur un seul, diminuant ainsi chez les autres leurs propres sentiments d'inconfort et leur malaise. Comme chacun le sait, le symptôme est le signal d'un besoin de changement tout en maintenant le système tel qu'il est. La solution est devenue le problème. Le symptôme de toute manière crée une tension telle que la famille sous la pression de l'environnement atteindra un point critique où une aide extérieure

sera requise: «La solution offerte (par le symptôme) n'est pas encore parfaitement stabilisée quand la famille arrivée à son seuil critique consulte» (Nicolo).

Un concept qui est souvent associé à la crise est celui de l'urgence. Il convient néanmoins de faire une remarque. L'urgence représente un excès de tension ressenti généralement par l'un ou l'autre membre de la famille. Mais il convient de faire remarquer que soit la première demande soit la demande exprimée sous la forme d'urgence correspond rarement à une situation de crise telle que nous l'avons défini. C'est plutôt significatif du moment où la pseudo solution utilisée pour faire face à la crise n'est plus suffisante pour soulager le malaise ressenti par les membres du système.

### **ILLUSTRATION: TROIS EXEMPLES**

Trois exemples illustreront la théorisation qui vient d'être faite de la notion de crise familiale. Ces exemples mettent en évidence des formes variées d'équilibration face au stress de l'adolescence (1), qui toutes se soldent par des symptômes et dans un des cas par une menace d'expulsion du patient désigné. Dans tous les cas, la demande de consultation survient à un moment où les réponses utilisées pour faire face à la crise deviennent précisément le problème. Nous avons choisi comme période de l'existence familiale, l'adolescence, parce que cette phase est tout à fait représentative de ce qui peut se passer lors d'une crise. Il n'est peut être pas inutile de rappeler que nous définissons l'adolescence comme le passage d'un système de règles à un autre nécessitant une modification des finalités du système, et donc une adaptation structurelle. Suivant son type de flexibilité, sa capacité d'échange avec le monde extérieur et sa mobilité à trouver de nouvelles solutions, la famille aura plus ou moins de difficultés à passer d'un équilibre à un autre lorsqu'elle devra modifier son fonctionnement et ses finalités. Nos trois exemples font référence aux scénarios 2 et 3 que nous avons décrits plus haut.

#### **Famille A**

Cette famille se compose à l'époque de la consultation d'une mère, d'un fils aîné, Eric, 19 ans, d'un autre fils, Frédéric, 16 ans, et d'une fille, Eliane, 10 ans.

Il ne semble y avoir eu ni de crise aiguë au moment de la naissance des enfants ou du commencement de leur scolarité, par contre l'adolescence semble correspondre à une phase critique pour cette famille.

C'est lorsque l'aîné a 14 ans que madame consulte pour la première fois le SMP pour son fils Frédéric, qui présente des difficultés scolaires. Elle fera mention également de difficultés conjugales. Deux ans plus tard, le couple se sépare, faisant de la sorte une évolution structurelle, changeant et son environnement et ses finalités, érudant par la même occasion le problème de la redéfinition de leur relation. C'est alors que le fils aîné remplace le père auprès de madame. Frédéric

de son côté reste très proche de sa mère mais sans qu'il y ait entre eux une définition claire de leur relation et de leurs attentes réciproques.

Une nouvelle tension réapparaît au moment de l'adolescence de Frédéric coïncidant d'ailleurs avec le remariage de monsieur. A nouveau madame choisit une solution inadaptée en décidant de partir avec ses trois enfants pour la Grande-Bretagne où pense-t-elle, elle pourra «refaire» sa vie. Le système fait une adaptation fonctionnelle au lieu de faire une adaptation structurelle. Cette décision correspond à un projet d'Eric qui a décidé de faire ses études dans ce pays mais qui va à l'encontre des plans de Frédéric qui doit terminer son gymnase et qui se trouve bien intégré dans la ville où la famille se trouve actuellement. Il réussit bien ses études et s'épanouit dans sa vie sociale (il participe notamment avec beaucoup de dynamisme à une troupe de théâtre). C'est au moment de la décision du départ de la famille que Frédéric entre dans un mutisme qui durera plusieurs jours et ceci à deux reprises. Pour expliquer son comportement, il «prétend» avoir été agressé par une bande de jeunes. Le symptôme inquiète tout l'entourage et a même pour conséquence de réunir père, mère, grand-mère maternelle qui apportent leur soutien à l'adolescent. A cette époque, toutes les conversations ont lieu autour du problème de Frédéric et non pas du départ.

Avec l'entrée de la famille en thérapie, la crise éclate, le thérapeute renforçant la décision de la mère de partir avec ses enfants. Frédéric développe alors une nouvelle stratégie faisant savoir indirectement à sa mère qu'il entretient une relation homosexuelle. C'est d'ailleurs une amie de Frédéric qui en parle à la mère sous le serment du secret. Informé à son tour par l'intermédiaire de madame, le thérapeute ouvre le secret entre mère et fils. Madame est alors confrontée directement à son fils adolescent qui réussit pour la première fois à définir ses besoins, ses désirs et ses projets.

En amplifiant la déviation à l'équilibre, le thérapeute a permis une redéfinition des règles relationnelles de la famille et des finalités de chacun. Cette situation illustre donc le scénario 2. Les finalités individuelles et familiales entrent en conflit. Le comportement symptomatique signale la nécessité d'un changement et le bloque. C'est en renforçant la pseudo-solution que le thérapeute a pu amener la crise dans ce système.

## **Famille B**

Cette famille se compose d'une mère et de son fils unique Alain, 17 ans. Le père vit une autre relation conjugale. Madame reste toutefois très liée à son mari puisqu'elle continue à fonctionner comme comptable dans son entreprise.

A la naissance d'Alain, le couple vit une grande tension, madame se centrant désormais exclusivement sur son fils, alors que monsieur commence à ce moment-là une relation extra-conjugale avec la personne avec laquelle il vit désormais. Au lieu de redéfinir de nouvelles finalités, à savoir celles de parents, le couple fait une évolution structurelle, monsieur investissant affectivement à l'extérieur de la famille. L'entrée à l'école d'Alain représente à nouveau une crise qui n'est pas métabolisée. La solution est cette fois un signalement de l'enfant

dans un service médico-pédagogique et la mise en place d'un traitement (pour comportements de retraits, difficultés de contacts avec l'entourage).

La séparation officielle des parents ne surviendra que plus tard. Il ne s'agit pourtant que d'une pseudo-séparation, monsieur venant prendre ses repas de midi à la maison afin de faire «comme s'ils n'étaient pas séparés», aux yeux de leur fils. Quelques années après (cinq ans), monsieur a des difficultés avec son amie: Alain interrompt alors sa scolarité et reste à la maison, s'occupant de petites voitures et rêvant à Hitler. A 16 ans, Alain agresse physiquement sa mère à plusieurs reprises. La dernière agression survient un jour après qu'Alain ait mangé avec son père et l'amie de celui-ci: il a alors attaqué sa mère avec un couteau. Madame décide à nouveau de consulter. Les comportements de violence d'Alain concentrent toute la tension du système évitant d'aborder les problèmes plus spécifiques liés à l'adolescence. Le thérapeute décide alors de réunir tous les adultes, sans le patient désigné, à savoir les parents et l'amie de monsieur afin de discuter de l'avenir d'Alain redistribuant la tension de celui-ci sur les autres membres du système. Cette manœuvre permettra de calmer la violence de l'adolescent et va ouvrir la porte à d'autres solutions.

Cet exemple montre comment une famille peut au cours de son évolution rigidifier ses processus transactionnels et son fonctionnement.

L'adolescence représente un processus catastrophique soldé par une violence non soutenable pour le système. Le thérapeute crée une crise en allant à l'encontre des règles de ce système, à savoir le non-dit et la non clarification des relations. Il redistribue la tension sur les adultes, ce qui a pour effet de soulager et calmer le patient désigné.

## Famille C

La troisième famille est constituée de deux enfants, Isabelle et son frère Jean, de deux ans son cadet.

Lorsqu'Isabelle a 13 ans, ses parents décident de déménager évitant ainsi de donner une réponse adéquate à la phase critique dans laquelle se trouve leur fille. A cette même époque, Jean est signalé par sa maîtresse pour des difficultés scolaires. Deux ans plus tard, madame envisage en secret de quitter son mari pour vivre avec un ami. Peu à la maison, voyageant beaucoup, monsieur évite toute définition claire de sa relation avec sa femme. Isabelle se met à provoquer ses parents par des rentrées tardives, des résultats scolaires désastreux, et finit par faire une fugue, ce qui aura pour effet une demande de consultation. Madame se présente au bord de la dépression, monsieur craint de perdre le contrôle de ses mouvements et d'agresser sa fille. Jean essaie de s'allier tantôt avec ses parents, tantôt avec sa sœur, et se montre docile et inhibé. Isabelle demande à être placée dans un foyer, ce à quoi ses parents soucrivent. A défaut de pouvoir définir de nouvelles règles de fonctionnement, la famille fait le choix de l'éclatement. Le départ n'est pas géré mais remplacé par une solution d'expulsion. La crise touchant l'ensemble du système est remplacée par la désignation d'un seul membre. Le système se rigidifie dans la séparation. Le thérapeute, tout en respectant l'idée



du placement refuse cependant de prendre la responsabilité de cette mesure. Il pousse au contraire les parents à en assumer la responsabilité et utilise cette prise de décision comme une occasion propice à la clarification des relations. C'est une occasion qui est offerte aux parents et aux enfants d'élaborer la problématique de la séparation. Dans ce cas, la manœuvre d'éjection est ré-utilisée d'un point de vue thérapeutique. La tension ainsi redistribuée contribuera à redéfinir de nouvelles règles et à rediscuter les projets de chacun.

## LES MODALITÉS D'INTERVENTION

Comme ces trois exemples le montrent bien, le thérapeute devra être en mesure face aux familles en difficulté, soit de gérer la crise avec les différents membres du système soit au contraire d'accroître le stress pour pousser le système au-delà de sa sphère, de sa zone de stabilité.

- A. Si la famille est réellement en état d'instabilité et de crise au sens où nous avons défini ce terme, le thérapeute pourra intervenir de manière directe en essayant (11):
1. D'identifier les composantes de la crise afin d'aider la famille de sortir de son «état panique».
  2. De faire la distinction entre le problème et la solution tentée (celle-ci n'ayant fait que renforcer encore le stress initial).
  3. D'identifier le comment de la crise (c'est-à-dire les séquences) plutôt que le pourquoi?
  4. De mettre à jour les sentiments (souffrance, sentiment d'inadéquation, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) en explicitant ce qui est réprimé et jugé comme négatif.
  5. D'utiliser les ressources existantes et de trouver des solutions nouvelles.
  6. De maintenir un état de tension créateur et tolérable qui permette à la famille d'éviter de «recouvrir» le problème et de passer à un état de rationalisation.
  7. De connoter positivement le courage et les efforts de tous les membres du système familial.
- B. Si la famille qui consulte camoufle la crise par un symptôme, ce qui fut le cas dans les situations décrites plus haut, le thérapeute devra se fixer comme objectif d'amplifier l'écart à l'équilibre familial:
1. Soit en étant paradoxal et en poussant à l'absurde la solution choisie par la famille.
  2. Soit en transgressant les règles de la famille.

Une fois la tension redistribuée à tout le système, le processus décrit sous A pourra se développer.

## CONCLUSION

Le modèle d'évaluation de la crise proposé dans cet article s'inspire du modèle de René Thom et de la distinction faite entre variables d'état et variables de contrôle. Dans le cadre de l'étude du système familial, les variables de contrôle correspondent au stress provenant de l'environnement externe ou interne, ainsi qu'à d'autres facteurs pouvant menacer l'équilibre du système; les variables d'état font référence à l'état du système, à son fonctionnement (s'agit-il d'une famille flexible; tendant vers le maintien de son équilibre; tendant vers l'éclatement, etc.). D'autre part, ce qui est appelé ici la crise, n'est pas le processus mais le moment de rupture de l'équilibre familial. En conséquence, le thérapeute devra toujours s'interroger si les comportements symptomatiques sont la résultante d'une crise antérieure mal résolue et s'ils sont devenus des modes habituels ou permanents de fonctionnement ou bien s'ils signalent précisément une crise annonçant le changement.

Si l'évaluation de la crise familiale paraît une phase capitale de toute thérapie, il ne faudrait toutefois pas omettre l'importance de l'évaluation par le thérapeute lui-même de sa propre tolérance aux situations de crise. La crise est un état inconfortable aussi bien pour la famille que pour le thérapeute (bien sûr à des degrés divers). Sachant qu'un traitement bien mené est une succession de mini-crisis, le thérapeute qui tolère mal l'angoisse liée à la situation de crise, cherchera d'emblée à colmater celle-ci ne permettant pas ainsi le déroulement d'un processus d'où émergeront de nouvelles formes d'interactions. Dans ce cas, le thérapeute devient lui-même un facteur de non-changement.

Claire-Lise Cuendet  
Avenue de Chailly 44  
CH-1012 Lausanne

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. (1981): Systèmes — homéostasie — équilibration. *Thérapie familiale*, 2, 187-203.
2. Biron A. (1966): Vocabulaire des sciences sociales. Ed. ouvrières, Paris.
3. Carter E. and McGoldrick M. (1980). *The Family Life Cycle*. Gardner Press, New York.
4. Cuendet C.L. (1987): Catamnèse d'interventions conduites dans 12 situations de crises familiales péri-partales. *Thérapie familiale*, 7, 2, 153-168.
5. Fivaz E. (1984): Approche systémique de l'adolescence. *Archives suisses de neurologie*, 134, 229-239.
6. Langsley D.G., Kaplan D. and Pittman F.S. (1968): *The Treatment of family in crisis*. Grune and Stratton, New York.

7. Masson D. (1981): Intervention de crise et thérapie familiale. *Psychothérapie*, 3, 159-165.
8. Menthonnex A. (1978): Les interventions de crises, exposé donné dans le cadre de la formation de CEFOC, Genève.
9. Nicolo A.M. (1980): La crise en thérapie familiale, journées lyonnaises de thérapie familiale, Lyon.
10. Thom R. (1975): Structural Stability and Morphogenesis: an Outline of a General Theory of Models. Reading, Benjamin.
11. Woodcock A. et Davis M. (1984): La théorie des catastrophes. Age d'Homme, Lausanne.
12. Zeeman E. (1976): Catastrophe theory. *Scientific American*, 4, 65-83.

## L'INTERVENTION SYSTÉMIQUE POUR RÉPONDRE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

M. DE CLERCQ\*

**Résumé:** *L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques* — Le nombre des urgences psychiatriques ne fait que croître dans les salles d'urgence des hôpitaux généraux. Le risque est grand de prendre ces symptômes urgents pour de réelles pathologies psychiatriques et de les hospitaliser dans des services psychiatriques, alors que dans la grande majorité des cas nous sommes confrontés à des situations de crise au sein des couples ou des familles, situations de crise qui génèrent ces appels à l'aide urgents. Un abord systémique de ces situations va permettre aux thérapeutes, en analysant la fonction du symptôme dans le système d'éviter cet écueil d'une lecture linéaire et d'aborder le travail de la crise. Sur les lieux mêmes de la première prise en charge et avec tous les protagonistes de la crise, les mêmes thérapeutes assureront des interventions psychothérapeutiques brèves. Quand la situation l'exigera, des triangulations thérapeutiques permettront la prise en charge de ces situations de crise par une équipe thérapeutique extérieure ou une équipe hospitalière. Ces triangulations se déroulent en présence du patient et de sa famille ainsi que de l'intervenant de la nouvelle équipe.

**Summary:** *A systemic intervention to face psychiatric emergencies* — Psychiatric emergencies are more frequent in the wards of general hospitals. The risk is high to take those symptoms for psychiatric pathologies and to hospitalize those people in the psychiatric section, even though in most cases it appears that situations of family crisis generate those calls for emergency help. A systemic taking over enables to avoid this pitfall by analysing the function of the symptom in the patient's system. With the protagonists of the emergency ward, the permanent psychiatric team will arrange psychotherapeutic crisis meetings in the emergency ward within the shortest delay. Therapeutic interactions will punctuate the transfers of some situations to an area community team or to a hospital team. These meetings will take place in the presence of the family and of the members of the new intervening team.

**Mots-clés:** Urgence psychiatrique — Crise familiale — Fonction du symptôme — Interventions de crise — Triangulation.

**Key-words:** Psychiatric emergency — Family crisis — Function of the symptom — Crisis meetings — Interactions (triangulation).

### I. INTRODUCTION: LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LEUR CONTEXTE

La situation psychiatrique belge connaît actuellement une extension importante du nombre des urgences étiquetées psychiatriques et se présentant aux gardes des hôpitaux généraux.

\* Psychiatre, thérapeute familial, responsable de l'équipe psychiatrique permanente des urgences de la Clinique Saint-Luc (Université Catholique de Louvain) (Professeur L. Cassiers, Chef de service), Bruxelles.

A Bruxelles, en 1985, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM, 1985) entamait une recherche-action sur ce thème et recensait quelque 20.000 urgences dont les 90% arrivaient dans les hôpitaux généraux et seulement 10% dans les centres de santé mentale sectorisés, et ce pour une population de 1.000.000 d'habitants soit 2% de la population bruxelloise!

La morbidité psychiatrique serait-elle à ce point en hausse?

S'agit-il là de décompensations de pathologies psychiatriques?

Selon la distinction faite par Pascalis et Chauvot (1981), s'agit-il là de psychiatrie en urgence et de réelles urgences psychiatriques (au sens qu'elles n'auraient de psychiatrique que leur symptomatologie)?

La Clinique Saint-Luc est un de ces hôpitaux de l'agglomération bruxelloise. Hôpital universitaire de 900 lits (dont 25 de psychiatrie aiguë), sa salle d'urgence polyvalente accueille chaque année 2500 urgences psychiatriques.

Une équipe psychiatrique permanente de quatre psychiatres y fonctionne depuis 1981.

Cette équipe a essayé de percevoir les mécanismes qui se cachent derrière les urgences psychiatriques (De Clercq, 1984, 1987).

Quels sont les motifs d'admission de ces urgences psychiatriques?

Tableau I: Motifs d'admission en salle d'urgence (1986).

1. Plaintes dépressives .....		29,5%
2. Plaintes organiques .....		23,0%
3. Tentative de suicide .....		21,0%
4. Agitation .....	9,5%	20,5%
Comportement agressif .....	3%	
Troubles comportementaux .....	8%	
5. Angoisse, anxiété .....		18,5%
6. Ethylisme .....		13,5%
(éthylisme aigu 6,5%)		
7. Délire, hallucinations .....		9,0%
8. Toxicomanie .....		8,5%
Abus de drogues .....	2%	
Abus de psychotropes .....	6,5%	
9. Problème social .....		4,5%

Si l'on peut noter que plusieurs plaintes peuvent être associées et si nous rencontrons des plaintes dépressives, des situations d'angoisse ou de délire en consultation ou en service psychiatrique, les plaintes organiques (23%), les tentatives de suicide (21%), les situations d'éthylisme et de toxicomanie aiguës (15%), les troubles comportementaux et les agitations (20,5%) représentent plus de 75% de situations que nous, psychiatres, ne rencontrons que peu ou pas en consultation, en tout cas exprimées de cette manière. Ces situations sont spécifiques des

urgences psychiatriques. Toutes, elles sont l'expression d'une situation de crise qui, le plus souvent, s'exprime par des symptomatologies d'urgence.

Il ne s'agit donc pas là de pathologies psychiatriques, de «maladies psychiatriques» qui, pour une raison ou une autre, connaîtraient un paroxysme ou une aggravation ponctuelle.

Mais bien, à la limite, elles sont l'expression de malaises existentiels, individuels, de malaises familiaux ou conjugaux qui peuvent se présenter dans la vie de gens «normaux», c'est-à-dire à chacun d'entre nous. L'urgence traduit ce dérapage momentané, cette perte de contrôle dans des moments existentiels difficiles.

Les impressions diagnostiques de l'équipe psychiatrique vont bien dans ce sens. Un diagnostic de structure est le plus souvent périlleux, voire impossible en situation d'urgence. Il s'agira donc de diagnostics psychodynamiques appréciant davantage la situation en jeu que des critères nosographiques.

Tableau II: Diagnostic psychodynamique en salle d'urgence (1986).

Crise	— couple.....	23 %	51 %
	— famille.....	26,5%	
	— institution.....	1,5%	
Assuétude	— éthylisme.....	13 %	23 %
	— toxicomanie drogue.....	4 %	
	— psychotropes.....	6 %	
Dépression majeure ou grave.....			15 %
Dépression névrotique.....			14 %
Psychose.....			13,5%
	— aiguë.....	6,5%	
	— chronique.....	3 %	
	— maniaque.....	4 %	
Problématique sociale.....			7 %
Névrose.....			6,5%
Affection organique.....			4 %
Maladie psychosomatique.....			3,5%

Ainsi, dans 51% des cas, les psychiatres intervenant en salle d'urgence ne peuvent identifier d'autre diagnostic qu'une situation de crise de couple, familiale ou institutionnelle. Il faut sans doute y ajouter les 14% de dépression «névrotique» ou réactionnelle qui ne présentent pas la symptomatologie typique des états dépressifs graves et qui correspondent pour la plupart à un état de crise individuelle, existentielle du patient. Les situations psychiatriques traditionnelles, soit les psychoses (13,5%), les états dépressifs graves (15%) et les névroses (6,5%) représentent à peine 35% des patients de la salle d'urgence.

Les problématiques sociales (7%) peuvent elles aussi être appréciées comme des situations de crise ou de rupture du patient par rapport à son environnement social.

## II. URGENCE ET CRISE

Nous venons de le voir, les situations de crise sont souvent à l'origine des situations d'urgence que nous rencontrons. Ce sont surtout ces situations qui appellent une intervention psychiatrique spécifique et qui justifient l'intérêt de la présence d'une équipe psychiatrique en salle d'urgence.

Crise et urgence sont souvent confondues dans le discours psychiatrique. Si elles se trouvent fréquemment associées, elles n'en sont pas pour autant synonymes. La crise se présente au départ non comme un phénomène pathologique, mais bien comme un processus propre à tout système vivant. Langsley (1976) et Ausloos (1983, 1985) la définissent comme l'état d'un système au moment où un changement est imminent ou va se produire, comme un processus de rupture d'équilibre des échanges au sein d'un couple, d'une famille ou d'une institution (Allilaire, 1982). Par essence donc, la crise n'est pas nécessairement un moment difficile, même si elle est ressentie par les membres de la famille ou de l'institution comme pénible. Au contraire, la crise, au lieu de devoir être combattue, apparaît comme nécessaire pour qu'un changement survienne. Sans crise, pas de changement possible! Elle est habituellement précédée par un événement qui peut être dû au système lui-même: naissance, décès, problème relationnel, adolescence ou départ d'un de ses membres, rupture, infidélité, soit à son environnement: problème social ou économique, par exemple.

Ces changements, ces événements vont exiger des facultés adaptatives pour mettre en place des moyens pour résoudre la crise. Encore faut-il que, dans l'environnement et dans le système se trouvent les ressources nécessaires pour que celui-ci puisse poursuivre son évolution et non se figer. Si le système ne parvient pas à développer ces facultés adaptatives, un symptôme peut émerger chez un de ses membres et on peut aller jusqu'à la décompensation de l'équilibre psychique d'un ou de plusieurs membres de celui-ci.

Un système peut traverser de multiples crises sans que son équilibre ne soit mis en péril. Par exemple, dans un certain nombre de familles, un adolescent peut faire une fugue sans être étiqueté comme patient désigné (Ausloos, 1977, 1983). Son comportement a été reçu comme un message imposant une renégociation et cette transaction n'a pas débouché sur une mise en danger de l'homéostasie familiale. Dans d'autres familles, par contre, la fugue sera considérée comme anormale et, au lieu de permettre une modification du fonctionnement du système, elle entraîne, au contraire, un blocage, une rigidification du fonctionnement. Celui qui a fugué sera étiqueté comme problématique, en d'autres termes, comme patient désigné. La fugue ne sera pas vue comme un comportement imposant une renégociation, mais sera considérée comme un symptôme pathologique.

Ainsi, dans de nombreuses situations de crise de couple ou de crise dans une famille ou dans un système social — école, home ou travail — face à la tension du groupe familial ou social, on va le plus souvent assister de la part d'un des membres du système à une première réponse de style transgressif: le patient a exprimé des idées suicidaires ou a commencé à les agir, il a manifesté des angoisses violentes ou des plaintes somatiques, il s'est imprégné d'alcool, il s'est montré agressif voire violent, il a exprimé des propos délirants, menaçants ou simplement bizar-

res. Il fait ainsi exploser le système, force l'entourage à sortir de ses rôles habituels: il l'oblige à prendre en compte une image de lui-même inhabituelle et dramatisée; il provoque la mise en branle d'instances sociales tierces, particulièrement et symboliquement chargées: médecin, ambulance, police, salle d'urgence (Cassiers, 1984).

Dans un deuxième temps, cet entourage va mettre le symptôme en exergue, voire l'amplifier et le médicaliser pour expulser le patient vers une prise en charge médicale ou sociale externe au groupe afin de neutraliser la crise et d'éviter le changement. La règle du respect de l'homéostasie des systèmes vivants va dicter ces démarches beaucoup plus que le souci de comprendre ce qui se passe. Ce n'est pas par hasard que dans une situation de crise et devant l'émergence d'un symptôme urgent, la famille, l'entourage du patient ou le patient lui-même s'adressent à une salle d'urgence, à un généraliste, à une consultation psychiatrique ou à la police. Ce choix correspond aux représentations sociologiques que ce système se fait de l'intervenant le plus approprié à prendre en compte le symptôme du patient mais aussi et surtout, le moins apte à aborder la crise que peut connaître la famille ou le groupe.

Ainsi, la salle d'urgence d'un hôpital général est considérée comme le lieu où l'on soigne et prend en charge tout et tout de suite, mais est surtout le lieu où l'on s'attend à ce qu'un médecin prenne en compte le côté somatique du problème et non le lieu où l'on s'attend à rencontrer un psychiatre. C'est aussi le lieu anonyme où le patient et sa famille n'ont pas d'histoire. Dans nos statistiques, 80% des patients que nous voyons déclarent avoir un généraliste, seulement 13,5% d'entre eux ont fait appel à ce dernier avant de venir en salle d'urgence. Dans ces situations d'urgence, le généraliste pourrait-il trop bien dédramatiser la situation, alors que souvent c'est la dramatisation du problème qui est recherchée par le patient qui veut faire pression sur son entourage ou par la famille qui veut se débarrasser de son «patient» qui pose le problème?

### III. L'ABORD DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

#### 1. La lecture du sens métaphorique du symptôme

Nous venons de le dire, une salle d'urgence n'est pas le lieu où l'on s'attend à rencontrer un psychiatre, encore moins un thérapeute de couple ou de famille. Le danger d'une lecture linéaire du symptôme mis en exergue est double:

1. L'abord nosographique traditionnel est catastrophique: un symptôme sorti de son contexte pourra être pris pour un signe cardinal d'une affection psychiatrique et se créeront ainsi de véritables pathologies psychiatriques iatrogènes, dont la sanction sera l'hospitalisation psychiatrique, le plus souvent inutile mais extrêmement signifiante pour l'avenir du patient et pour son image sociale.
2. L'impact de cette démarche diagnostique linéaire, si elle respecte l'homéostasie du système familial ou conjugal en isolant un patient «malade», est cepen-



—

dant très délétère pour le système en crise: la crise n'est pas abordée et on peut craindre qu'elle n'exige, pour maintenir l'équilibre familial, d'autres victimes. D'autant, qu'une fois le patient désigné pris en charge par le milieu psychiatrique hospitalier, la famille ne sera guère associée aux soins prodigués au patient.

Il nous semble fondamental d'essayer d'éviter ces deux écueils: le moment de l'urgence amène une mobilisation maximale de tous les protagonistes de la crise familiale: ils ne parviennent plus à surmonter seuls la crise. Il faut profiter de ce temps extrêmement fécond pour aborder avec eux, non le seul symptôme mis en avant, mais sa portée métaphorique par rapport au fonctionnement du couple ou de la famille.

## 2. Des moyens logistiques et humains

—

A Saint-Luc, jusqu'en 1981, nous en étions réduits à ce fonctionnement linéaire calqué sur la demande institutionnelle essentiellement linéaire elle aussi: ce patient souffre-t-il d'une affection psychiatrique grave? Peut-on le laisser rentrer lui ou doit-il être hospitalisé? De plus, les psychiatres appelés pour donner cet avis étaient occupés à l'étage d'hospitalisation ou en consultation. C'est donc «entre deux patients» que cette intervention devait se dérouler et pressé ainsi par le temps, le psychiatre ne pouvait guère s'intéresser qu'au seul symptôme. Quand le patient n'était pas hospitalisé, il était renvoyé à un rendez-vous de consultation psychiatrique ambulatoire.

Une recherche-action menée en 1981 par Cassiers et Degive (1984) mit le feu aux poudres.

Ayant retrouvé un grand nombre de patients étiquetés «urgence psychiatrique» et vus en 1978 aux urgences, les conclusions que cette recherche tirait étaient nettes:

- a) La plupart des patients ne s'étaient même pas rendus compte de l'intervention d'un psychiatre et celle-ci n'avait guère été signifiante.
- b) Moins de 10% des patients qui avaient reçu un rendez-vous en consultation s'y étaient rendus et moins de 5% avaient entamé un suivi thérapeutique.
- c) La grande majorité des patients hospitalisés avaient jugé cette décision inadéquate et avaient mis fin très rapidement à cette hospitalisation sans que rien n'ait pu être mis en place quant à son suivi.

Un nombre plus restreint était resté par contre très longtemps hospitalisé, comme capté par les possibilités de régression qu'offre l'hôpital psychiatrique.

Ces conclusions rejoignaient les frustrations nettes que nos formations systématiques engendraient devant la vacuité thérapeutique de notre travail aux urgences.

Dès 1981, des modifications importantes furent prises:

### **1. La création d'une équipe psychiatrique permanente**

Forte de deux psychiatres en 1981, elle compte aujourd'hui quatre psychiatres attachés spécifiquement à la salle d'urgence et donc détachés alors de toute autre activité clinique.

Capables d'aborder les aspects médicaux et neurologiques des urgences, ils sont particulièrement formés à la prise en charge systémique des familles et des couples.

### **2. L'ouverture de huit lits d'hospitalisation provisoire**

Cette mesure fut un adjuvant de base pour réaliser un réel travail des situations de crise. Pas question, en effet, de prendre une décision d'hospitalisation devant un patient qui vient de faire une tentative de suicide et qui est encore somnolent; impossible d'aborder sérieusement une situation avec un patient dont l'alcoolémie dépasse 2 grammes. Dangereux de se laisser gagner en pleine nuit par l'angoisse de l'entourage et d'hospitaliser le patient pour se rassurer. Une nuit en hospitalisation provisoire nous amènera souvent à découvrir le lendemain matin un patient beaucoup plus calme, un entourage rasséréiné. Et surtout quand le patient aura été déposé «comme un paquet» en pleine nuit, le psychiatre de garde aura le temps de reprendre contact avec la famille, l'entourage, le médecin traitant, la police, voire avec des intervenants pouvant assumer en aval le problème comme les secteurs psychiatriques.

Enfin, l'hospitalisation provisoire ne rassurera pas l'entourage comme l'hospitalisation en psychiatrie: souvent, une fois le patient entré dans un service, l'impression est grande que pour sa famille, les choses prennent fin: «On s'occupe de lui.» Il sera plus difficile par la suite de faire réintervenir l'entourage dans des entretiens de crise. En mettant le patient en hospitalisation provisoire et en précisant à son entourage que ce n'est que pour 24 heures, celui-ci reste en haleine, ce qui nous permettra de continuer le travail de crise.

## **IV. LE TRAVAIL DE LA CRISE À L'ÉPREUVE DE L'URGENCE**

### **1. L'analyse de la demande urgente**

La première partie de l'entretien devra nous permettre de comprendre, voire de dénouer ce qui a amené le patient en salle d'urgence, ce qui a fait urgence et souvent crise dans son contexte ou chez le référent, de percevoir les domaines dangereux à explorer, et enfin, de nous créer un espace thérapeutique dans lequel un véritable travail de la situation de crise puisse être réalisé (Tilmans, 1986; Scott, 1980).

Comme Edith Tilmans-Ostijns l'a montré dans un récent article, il est important de ne pas plonger sur le contenu et le symptôme présentés mais d'investiguer trois questions qui nous permettront de nous créer un cadre, un espace thérapeutique:

- que veulent-ils nous dire en choisissant ce lieu?
- quel est le sens du symptôme présenté?
- comment sont-ils arrivés ici?

- **Que veulent-ils nous dire en choisissant ce lieu?**

Le choix d'une salle d'urgence n'est pas anodin: il s'agit bien d'un lieu où l'on s'attend à voir le corps pris en charge par un médecin et non un «psy». Vouloir trop vite aborder cette partie plus relationnelle de la plainte peut se heurter aux résistances de la famille. Ainsi, le choix du lieu d'appel à l'aide nous donnera déjà une indication précieuse quant à la carte du langage qu'utilisera la famille et que nous pourrons utiliser avec elle.

Il détermine déjà par le message implicite qu'il nous livre, le domaine que l'on peut travailler et l'intuition d'un risque si l'on passe à un autre domaine d'exploration.

- **Quel est le sens du symptôme présenté?**

Quel sens, quel éclairage le choix du symptôme vient-il nous donner quant au fonctionnement de la famille, à la place de la parole dans celle-ci?

L'exemple des tentatives de suicide est éclairant. On a souvent l'impression dans ces familles qu'il y a moins de risques à passer à l'acte qu'à parler, qu'à régler des conflits par la parole. Après les soins de réanimation, le psychiatre prend en charge le problème et souvent, après avoir vu le patient, il contacte la famille pour parler de tout cela. Il devra pourtant freiner ses élans thérapeutiques car il devra respecter le message implicite contenu dans le symptôme, à savoir que la tentative de suicide fait croire qu'il y aurait moins de danger pour la famille à se tuer qu'à exprimer ses émotions. L'intervention systématique d'un psychiatre «pour faire parler» peut même être dangereuse pour le patient suicidant. Il faudra explorer ce risque avant toute autre chose: il faudra respecter le sens et le message implicitement contenus dans le symptôme et par exemple, connoter positivement le comportement qui permet de garantir une certaine sécurité de travail en repérant quel est l'enjeu pour cette famille et quels sont les risques d'une exploration psy. Ce premier recadrage doit permettre à travers l'étonnement qu'il provoque qu'émerge du neuf, que surgisse une nouvelle crise avec plus de possibilité de déblocage.

Le lieu et le symptôme présentés donnent ainsi au thérapeute des messages stratégiques importants. Ils mettent en évidence, dans la famille, la fonction de

freins, les domaines tabous que l'on devra explorer avec prudence. Nous devons tenir compte de ces fonctions de freins mais nous serons aidés dans notre exploration par le caractère même de l'urgence. La pression aiguë que l'urgence exerce en effet sur les proches du patient nous sera fort utile pour que les différents protagonistes soient présents, s'assoient autour de la même table, pour que les langues se délient, que les «cadavres sortent des placards», que les choses se disent enfin. D'où l'énorme importance de pouvoir travailler dans l'aigu de l'urgence, dès l'arrivée en salle d'urgence, ou dès le matin après l'hospitalisation provisoire. Un entretien trois ou quatre jours plus tard, en consultation, ou après une hospitalisation, nous fera perdre le potentiel mobilisateur de l'urgence: tout ce sera remis à fonctionner comme avant.

- **Comment sont-ils arrivés ici?**

Qui nous l'a adressé? Comment cela s'est-il passé? Qui, dans la famille, a fait appel au médecin ou au 900? Bien saisir les tenants et les aboutissants de cet envoi évite au thérapeute d'entrer dans le discours de l'urgence, du référent, subissant en cela la pression de celui-ci.

Si le thérapeute ou le généraliste passent immédiatement à l'analyse du symptôme, ils se posent comme une simple marionnette qui exécuterait l'ordre du référent, qu'il soit médecin, intervenant social ou membre de la famille.

Dès le début, il est nécessaire de trianguler les choses, non en nous présentant comme exécutant du référent, mais en créant un espace thérapeutique pour soi d'abord, la famille ensuite, en essayant de comprendre ce que cet envoi signifie pour elle ou pour un de ses membres.

Quel message est passé, quand les parents, l'école, le généraliste, les voisins ont cru qu'il fallait envoyer le patient à l'hôpital?

L'idéal est d'inviter le référent au premier entretien ou de l'y faire participer s'il accompagne le patient. Cela permettra un échange entre le patient, sa famille et le référent sur la signification de l'envoi. Ce sera chose difficile s'il s'agit d'un généraliste. Un coup de téléphone à celui-ci devant la famille peut y suppléer. La chaise vide peut également le signifier.

Cette différenciation des rôles, dès le début, est fondamentale pour que notre intervention puisse être vécue comme thérapeutique. Elle envoie clairement un message de liberté de jugement ou d'intervention par rapport au référent avec lequel nous essayons de collaborer sans en être pour autant les exécutants. L'exemple en salle d'urgence du passage de l'interniste au psychiatre est très parlant. Faire partie d'une même équipe ne dispense pas de faire cette analyse de la demande. Si le psychiatre accepte de manière linéaire la demande de l'interniste, il se pose comme l'exécutant de celui-ci. Ce qui se passe alors bien souvent, c'est qu'il attire sur lui toute la colère, la déception éventuelle ou l'agressivité qui, en fait, sont dirigées contre l'interniste («il se débarrasse de moi», «je ne suis pas un cas intéressant...»).

Si l'interniste est présent, il va pouvoir réagir face à ces impressions du patient et de la famille et expliciter sa position. Par contre, le fait de permettre cet

échange va créer une alliance très forte entre le thérapeute et la famille parce qu'il commence par se différencier du référent et qu'il n'est pas nécessairement prêt à exécuter ses ordres. «Cela a donc un sens de parler, les jeux ne sont pas encore faits, l'avis du psychiatre n'est pas encore fait, il attend notre point de vue.»

Parfois, l'envoi du patient chez un psychiatre, dans un secteur ou une salle d'urgence, le mettra dans un conflit de loyauté par rapport à son médecin de famille. Si les choses marchent bien, avec le nouvel intervenant, cela indiquerait qu'il est «meilleur» que le généraliste, d'où cette impression clinique fréquente que le patient ne peut aller mieux, sinon il devient déloyal par rapport à son généraliste.

Il sera important de laisser l'interniste ou le généraliste dans le rôle de garant de la partie organique. Même si l'on désire métacommuniquer sur le sens du symptôme organique dans la famille, il faut pouvoir donner l'assurance à celle-ci que quelqu'un continuera à le prendre en charge.

## 2. Le travail de la crise

L'urgence ressent l'intervention médicale comme non seulement nécessaire, mais aussi indispensable, présentant un symptôme sur un «plateau» et supposant des protagonistes incapables de jouer encore le moindre rôle dans le scénario. Si l'on n'aborde que l'urgence, la faire disparaître est chose facile: une médication, une hospitalisation amèneront très vite une réduction symptomatique pouvant donner l'illusion d'être thérapeutique (Allilaire, 1982).

Nous l'avons vu, la crise est plus complexe et nécessite, elle, un travail de compréhension, de réflexion, d'élucidation et de définition pour pouvoir être résolue. C'est à ce travail que le thérapeute aura à s'atteler dans la deuxième partie de l'entretien d'urgence. Ce travail de définition est essentiel pour l'avenir du patient et nous donnera d'autres renseignements précieux pour saisir la dynamique du système (Pittman, 1979).

Nous aurons à permettre une confrontation des points de vue de chacun des membres de la famille ou de l'institution sur la genèse du problème, ce que chacun peut proposer ou faire pour résoudre la difficulté. Il faudra focaliser l'entretien sur l'enchaînement des événements qui ont amené à la demande d'aide et, par conséquent, privilégier la situation présente et concrète de la famille sans trop se préoccuper — mais en les retenant bien — dans un premier temps des conflits à l'arrière-plan. Ainsi, le thérapeute pourra aboutir à une première définition de la crise, même incomplète. Elle permettra d'endiguer la dramatisation de l'urgence et l'accentuation des phénomènes de rupture provoqués par la crise.

Il faut agir sur l'ensemble du système pour l'aider à dégager des solutions à cette crise, déterminer ce qui doit changer pour résoudre celle-ci et ce qui s'oppose à ce changement.

Exclure le patient de son entourage signifierait rendre le rôle de la famille accessoire — ni aidant ni intervenant — et amener le patient à être le seul détenteur de sa maladie, seul objet de soins et d'investigations (Langsley, 1983). Il nous faudra voir de quoi cette crise est révélatrice, pour qui elle est un moment

favorable, comment métaboliser les changements qu'elle provoque, évaluer les risques persistants à parler.

Comment s'en sont-ils sortis lors des catastrophes précédentes? Qui les a aidés alors?

En fin d'entretien, il faudra examiner comment ils vont s'organiser à la sortie de la salle d'urgence, en structurant le temps et l'espace de manière très concrète (Siméon, 1981).

Pas question en effet de «planer» dans de grandes explications. Comment les aider à ne pas retomber dès la sortie dans les mêmes ornières? Comment ne pas reprendre les mêmes mécanismes pour essayer de revenir à l'homéostasie antérieure? Nous travaillons en jours et en heures, pas en semaines.

Nous devons les revoir vite, le lendemain, 48 heures maximum après ce premier entretien. Jusque-là, que mettre en place? Est-il raisonnable que le couple qui se déchire s'en retourne comme s'il n'y avait aucun problème au domicile conjugal, ou est-il préférable que Monsieur aille chez ses parents, son frère, un ami, ou bien Madame...?

Parfois, le thérapeute devra s'employer à soulager l'anxiété des symptômes qui bloquent ou aggravent la situation, à la fois par son attitude et sa manière d'être avec la famille, mais aussi par l'utilisation de médicaments visant à soulager la tension qui peut être extrême, pour le patient et pour toute la famille. Il aura garde, en faisant cela, de ne pas imprimer sur le patient une étiquette de malade.

### 3. Les entretiens psychothérapeutiques de crise

L'urgence est une situation qui mobilise extrêmement fort les affects du patient et de son entourage. Elle les met souvent dans le désarroi le plus profond, ce qui explique l'accrochage intense qu'ils peuvent développer à l'égard du thérapeute ou du médecin qu'ils rencontrent en urgence.

Il faut tirer profit de ce désarroi car le climat de pression qu'installe l'urgence mobilisera l'entourage et souvent, il sera possible de faire bouger les choses beaucoup plus qu'au cours d'une longue psychothérapie. Il ne s'agit donc pas, en fin de ce premier entretien de crise, d'envoyer à la famille ou au patient le message suivant: «Si vous le désirez, si vous le trouvez utile, vous pourrez me recontacter dans les jours à venir» ou «Si cela ne va pas bien, vous pouvez recontacter M. ou Mme X.»

Si certains patients ne viennent chercher dans la consultation d'urgence qu'une écoute attentive, s'il reste patent que certaines situations mériteront une hospitalisation immédiate, la plupart des situations de crise que l'on rencontrera ne pourront être abordées sérieusement en un seul entretien.

Dans la plupart des cas, le thérapeute devra proposer au patient et à la famille de les revoir sur les lieux mêmes de la première consultation en urgence — et non à un centre de consultation ou dans un cabinet trop connoté comme psychiatrique — dans les 24 heures ou au plus les 48 heures qui suivent: «Je veux vous revoir demain pour voir où vous en êtes.»

Ce rendez-vous ferme qui, il est vrai, peut apparaître fort directif, rassurera le patient et l'entourage et les restructurera autour de l'intervention du thérapeute.

Ce deuxième entretien permettra d'évaluer le déroulement après la sortie et d'examiner comment ne pas perdre l'énergie qu'ils ont déployés pour faire face à cette crise. Comment rendre celle-ci utile à tous? Il ne s'agit pas de vouloir commencer une thérapie familiale ou de couple — une salle d'urgence n'est pas le lieu où instaurer une thérapie — mais d'une intervention psychothérapeutique ponctuelle au sens où l'entend Kaplan (1976).

Les entretiens suivants permettront d'évaluer la capacité du patient ou de la famille à trouver des moyens de s'adapter et de réagir à la situation de crise qu'ils rencontrent. Le thérapeute sera le garant de ces efforts et les connotera positivement.

Des propositions pratiques émergeront, qu'il faudra tester et éprouver. La portée de ces interventions de crise a également valeur préventive: comment réagir autrement, s'ils rencontraient un problème de communication similaire? Qui tirerait la sonnette d'alarme? Que mettre en place pour ne plus y être confronté? Ce travail aura pour but de leur permettre d'acquérir une plus grande aptitude à affronter les crises ultérieures.

Les entretiens qui suivent le premier passage aux urgences sont le plus souvent peu nombreux. L'intervention de crise suffit souvent après deux ou trois entretiens. Dans la plupart des cas, l'impression prévaut qu'il ne faut pas insister, laissant à la famille, l'institution, le couple ou la patient leur créativité. Il faudra toujours laisser la possibilité de recontacter le thérapeute en cas de nouvelle situation difficile.

Si, après un deuxième entretien, le patient et la famille ne viennent pas au rendez-vous, il sera important de leur donner un coup de téléphone ou de leur écrire une courte lettre, insistant sur l'importance de mettre des mots sur ce rendez-vous manqué, de marquer le sens de cet arrêt et d'insister sur la possibilité qu'ils ont de recontacter le thérapeute s'ils changeaient d'avis.

#### 4. L'introduction d'un tiers thérapeutique

Parfois, nous avons le sentiment qu'il faut aller plus loin, proposer une prise en charge individuelle ou familiale, parfois le patient ou la famille nous en font la demande. Dans d'autres cas, nous avons le sentiment que l'envoi à une équipe ou à un centre plus spécialisé serait indiqué.

Dans le premier cas, le psychiatre des urgences peut décider d'assumer ce suivi personnellement, mais plus aux urgences. Il s'agit déjà là d'une négociation difficile. Il faudra souvent faire accepter au patient et à la famille de ne plus simplement aller à l'hôpital, mais bien dans un centre ou au cabinet du psychiatre. S'il n'a pas la possibilité d'assumer la prise en charge, il faudra introduire la notion de passage à un tiers thérapeutique. Le problème se pose bien là. Le passage se passe mal ou, le plus souvent, ne se réalise pas. Nos enquêtes de follow-up l'ont démontré: moins d'un patient sur dix arrive au rendez-vous proposé (Cassiers, Degive, 1984).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficulté de passage :

- a) Le passage à un lieu qui sera explicitement connoté comme « psy » et non plus seulement médical.
- b) Nous sommes confrontés aux urgences à une situation hautement transférentielle. Le référent ou la famille se déclarent incompetents pour régler le problème. Ils arrivent en salle d'urgence pour qu'on leur trouve la solution, qu'on prenne tout en main. Le transfert que suscite le thérapeute aux urgences est de ce fait extrêmement important : il est vécu comme la personne qui va tout régler, qui les a enfin écoutés et à qui ils dévoilent leurs problèmes. C'est précisément grâce à cette situation transférentielle que l'intervention peut aller jusqu'au travail de la crise. Une fois ce travail entamé, le passage à un autre thérapeute ne peut être vécu que comme un « lâchage », voire un abandon.
- c) D'autre part, les envoyer à une équipe spécialisée, par exemple dans la thérapie d'adolescents ou dans la prise en charge des alcooliques, ou à un secteur extra-hospitalier, est une notion claire dans notre vision à nous, mais non dans celle du patient ou de la famille pour qui ces termes apparaissent le plus souvent comme ésotériques. Ils devront une nouvelle fois, alors que tout s'apaise, raconter leur histoire, comme si ce qui s'était passé aux urgences n'avait servi qu'à proposer cette adresse couchée sur une carte de rendez-vous. Pour ces cas de passage à une équipe soignante, nous avons pris l'habitude de demander à un thérapeute de cette équipe de participer avec nous en salle d'urgence au travail de définition de la crise. Une nouvelle triangulation va se faire entre le patient ou la famille, l'envoyeur — le psychiatre des urgences en l'occurrence — et le thérapeute extérieur.

L'objet de cette nouvelle triangulation est de recréer un autre espace thérapeutique avec le nouvel intervenant qui doit, lui aussi, se présenter non comme exécutant de notre demande, mais comme ayant sa propre liberté thérapeutique (De Clercq, 1984).

C'est alors quelqu'un de bien identifié que le patient et la famille iront voir. Ce n'est plus seulement un cas qui est transféré à une équipe extra-hospitalière, mais aussi une partie de la relation transférentielle qu'a nouée le patient ou sa famille avec leurs interlocuteurs dans la crise.

## 5. La négociation de l'hospitalisation en psychiatrie

Comme cela a été dit, il faut se garder de croire qu'on hospitalisera un « malade psychiatrique ». Nous avons déjà abordé les risques du diagnostic nosographique en urgence.

Ce n'est pas un symptôme d'une affection psychiatrique dont il s'agira le plus souvent, mais de l'expression visible d'un malaise plus large touchant le contexte de vie du patient... La prise en compte du contexte sera donc essentielle.



Par rapport à la famille, il importe de recadrer l'hospitalisation comme nécessaire pour la famille, le couple ou l'institution et pas seulement pour traiter le seul patient.

Comme pour le début du premier entretien, une triangulation de la demande s'imposera pour la décision d'hospitalisation.

On visera donc à créer à nouveau un espace où la famille peut arriver éventuellement à formuler une demande plus personnelle. Cela ne peut se faire que si le thérapeute qui a reçu la demande a triangulé la situation.

L'équipe des urgences, si elle veut avoir un effet psychothérapeutique doit, elle aussi, avoir cet espace de liberté, sinon elle ne pourra pas le donner à la famille. Le psychiatre qui assume la demande ne peut pas faire trop partie de l'institution. S'il a par exemple la mission de «remplir les lits», il ne pourra parler que pour cette institution.

L'équipe des urgences doit donc se créer une place où elle n'est pas obligée d'intervenir pour l'institution hospitalière. D'autre part, que représentera l'hospitalisation aux yeux de la famille élargie, des proches, des amis, des collègues... ?

Si la chose est possible, l'intérêt est grand de pouvoir réaliser — lors d'un deuxième entretien ou à la fin du premier — cette négociation de l'hospitalisation avec un membre de l'équipe d'hospitalisation: infirmière, psychiatre ou assistante sociale. Cet intervenant représentera dans l'entretien l'institution hospitalière et déchargera le psychiatre des urgences de ce rôle.

Qui mieux qu'un membre de cette équipe pourra exposer son fonctionnement, apprécier l'intérêt et le bien-fondé de la demande ?

Cette formule laissera le psychiatre des urgences tout à fait libre de son attitude, par exemple de retravailler avec le patient et la famille le sens d'un éventuel refus d'hospitalisation.

Mais surtout cet entretien conjoint permettra de «mettre les montres à l'heure», de décider entre tous les protagonistes du sens et du projet de l'hospitalisation pour le patient et son entourage.

Trop souvent, en effet, il apparaît en cours d'hospitalisation que chaque protagoniste — famille, patient, médecin traitant, psychiatre des urgences, équipe hospitalière — a son interprétation des objectifs de l'hospitalisation d'où l'énorme difficulté dans certaines situations de mettre fin à l'hospitalisation, chacun ayant une vue différente des objectifs atteints ou non.

L'équipe hospitalière, par le relais de l'intervenant participant à cet entretien aux urgences, pourra tenir compte du travail déjà réalisé aux urgences, de la première définition de la crise, des signifiants en jeu lors de ces moments extrêmement chargés affectivement. Cet intervenant restera le référent du travail de la crise au cours des entretiens de couple ou de famille réalisés pendant l'hospitalisation.

## CONCLUSIONS

L'outil systémique dans l'analyse de la demande et de la fonction du symptôme dans le système est d'une aide essentielle dans l'abord des urgences psychiatriques.

Cette formule de travail a amené des modifications fondamentales:

- 1° Une diminution notable du nombre d'hospitalisation psychiatrique: son chiffre est passé de 37% en 1983 à 10% en 1986.
- 2° Des interventions psychothérapeutiques de crise s'étendant sur plusieurs entretiens très rapprochés dans près de 40% des cas.
- 3° Une nette augmentation de la prise en charge des situations plus «lourdes» par des équipes de secteur.
- 4° Une amélioration de notre collaboration, en amont avec les médecins traitants, mais surtout nos collègues internistes ou chirurgiens de la salle d'urgence et en aval avec les équipes hospitalières et ces mêmes équipes de secteur.

*Michel De Clercq*

Clinique Saint-Luc  
Services des Urgences Psychiatriques  
Avenue Hippocrate 10  
B.P. 1360  
B-1200 Bruxelles

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1 Allilaire R. et Lauriers A. (1982): Urgences psychiatriques et crise familiale. Une approche systémique possible à l'hôpital général. *Sem. Hôp. Paris* 58 N. 42, 2467-2470.
- 2 Ausloos G. (1983): Finalités individuelles, finalités familiales: ouvrir de choix. *Thérapie Familiale*, 4, n° 2, 207-219.
- 3 Ausloos G. (1977): Adolescence, délinquance et famille. Exposé présenté au Congrès *Délinquance des mineurs et comportements déviants*. Milan, 4-8 mai 1977.
- 4 Ausloos G. (1985): L'institution, un hôtel thérapeutique. Conférence donnée le 1<sup>er</sup> mars 1985 à l'U.C.L.
- 5 Cassiers L., Degive C. et Lohle-Tart L. (1984): Les urgences et hospitalisations psychiatriques de courte durée. Dossier Fondation Roi Baudouin, Intégration des soins de santé, 70 p.
- 6 Cassiers L. (1983): Les urgences psychiatriques, in Unités dans la diversité. Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60<sup>e</sup> anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, 167-177.
- 7 De Clercq M. (1987): Les urgences psychiatriques. CIB, Faculté de Médecine U.C.L., 304 p.
- 8 De Clercq M.: Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence. *Acta Psych. Belgica*, à paraître.
- 9 De Clercq M. (1984): Quel projet thérapeutique pour les urgences psychiatriques? Conférence donnée le 10 novembre 1984 à la séance de la Société Royale de Médecine Mentale consacrée aux urgences de la psychiatrie. Non publié.
- 10 De Clercq M. (1984): Etude statistique de la patientèle d'une salle d'Urgence d'hôpital général. U.C.L. Non publié.
- 11 Degive C. et Lohle-Tart L. (1982): Qu'est-ce qu'une urgence psychiatrique? Eléments d'une approche catamnétique et compréhensive. *Acta Psych. Belgica*, 82, 328-340.

- 12 Langsley D. and Richard M. (1975): Evaluation of crisis intervention. *Current Psychiatric Therapies*, 15, 247-252.
- 13 Langsley D. and Kaplan D. (1976): The treatment of families in crisis. New York, Grune and Stratton.
- 14 Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (1985): Carte sociale des urgences psychiatriques, 228 p.
- 15 Pascalis G., Chauvot B. et Delpech J. (1981): Urgence en psychiatrie et psychiatrie en urgence. Rapport d'assistance présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Colmar, 100 p.
- 16 Pittman F.S. III (1979): Pour faire face aux urgences psychiatriques aiguës, définir la crise familiale, in *Techniques de base en thérapie familiale*, sous la direction de Donald A. Bloch, Paris, Delarge, 171-184.
- 17 Siméon M. (1981): L'intervention de crise. *Revue d'Action Sociale*, 3, 7-13.
- 18 Scott R.D. (1980): The treatment barrier, in Skinner W., *Developments in family therapy*. London, Routledge and Regan, 30-59.
- 19 Tilmans E. (1987): La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie Familiale*, VIII, 3, 229-246.

## L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS DANS LA FAMILLE

### *De l'humeur à l'ambiance familiale: la boucle inaugurale*

E. DESSOY\*

**Résumé:** *L'expression des émotions dans la famille. De l'humeur à l'ambiance familiale: la boucle inaugurale* — Notre propos a une ambition limitée mais nous semble-t-il d'importance: faire apparaître l'ambiance familiale comme une *entité en soi* digne d'être examinée en tant que telle dans sa *nature*, dans les variations de son cycle et dans son mode de communication propre. Nous montrons que les émotions des personnes et les émotions familiales se réfèrent aux modes de *contact* qui lient la personne à son environnement et l'ambiance familiale à son environnement plus large: ce faisant, le *mutuel* engendrement de l'humeur et de l'ambiance apparaît comme le *cycle inaugural* de la naissance et du renouveau permanent de la personne et de la famille. L'étude des *perturbations* de l'ambiance renforce l'idée que celle-ci est un phénomène à examiner en soi dans la mesure où l'ambiance familiale est le lieu d'habitation privilégié du malade qui *semble* en avoir la maîtrise. En cela, les perturbations de l'ambiance révèlent le *dysfonctionnement de base* de la famille. Enfin, si l'ambiance est cette première dimension à examiner dans le cadre de l'étude de la famille et de sa pathologie, il s'impose de la re-situer aux côtés de l'éthique et du système de croyance puisque ces trois entités forment le processus créateur du *milieu* familial.

**Summary:** *Expressed emotions in the family. From mood to family atmosphere: the inaugural cycle* — Our purpose was of limited ambition but it seemed to us one of importance, i.e. to show the family atmosphere as a unit in itself, worthy of being examined in its *nature*, in the changes of its *cycle* and in its own *communication mode*. We showed that the individual emotions and the family emotions referred to the relationship system binding both the individual to his environment and the family atmosphere to its larger environment; in this way the mutual birth of mood and atmosphere appeared to be the *inaugural cycle* of the birth and permanent renewal of both the family and the individual. The study of the *disturbances* of the atmosphere reinforces the idea that the latter is a phenomenon that must be examined for its own sake, since the family atmosphere is the privileged living place of the patient, who seems to be controlling it. Disruptions of the family atmosphere are therefore bringing to light the *basic disfunction* of the family. However, if the family atmosphere is the first dimension to examine in the context of the study of the family and its pathology, this element must be considered together with the ethics and beliefs of the family, since these three entities build up the creative process of the family background.

**Mots-clés:** Ambiance — Humeur — Emotion — Contact — Cycle — Style.

**Key-words:** Atmosphere — Mood — Emotion — Relationship — Cycle — Style.

\* Psychologue, psychothérapeute systémique, Soumagne. Assistant au département de Psychologie Clinique, U.C.L.

Il existe une région de la famille assez mal connue dans laquelle se forment et s'expriment les dispositions affectives de ses membres. Nous allons parcourir cette région en nous intéressant à la *genèse* des émotions du nouveau-né, à l'*humeur* des membres de la famille et à l'*ambiance* de celle-ci. Nous tenterons de montrer qu'il existe une corrélation entre l'ambiance familiale et l'humeur des membres et, d'autre part, que la mise en route des émotions du nouveau-né se fait aussi en étroite correspondance avec l'ambiance familiale par la médiation du climat qui entoure la mère et l'enfant.

Nous désignerons d'abord la place de l'ambiance familiale dans la structure générale du *milieu familial*. Nous développerons ensuite certaines qualités de l'ambiance en nous attardant à ce qui nous semble le plus fondamental tant pour l'examen de l'ambiance que pour l'examen de l'humeur de la personne: le mouvement qui les anime et qui génère l'expression des émotions. Enfin, nous aborderons les troubles de l'ambiance et leurs répercussions sur l'expression des émotions de l'enfant.

## 1. LA STRUCTURE DU MILIEU FAMILIAL

Parmi les manières de concevoir la structure de la famille, celle que nous proposons scinde le *milieu familial* en trois entités intimement reliées (3, 4). L'entité à la base est l'*ambiance*, l'atmosphère ou encore le climat familial dont nous allons nous occuper. La deuxième recouvre l'*éthique* de la famille, c'est-à-dire le domaine des normes, des rites et des lois familiales qui apparaissent à l'occasion des innombrables *interrelations* entre les membres. En ce sens, la seconde entité familiale concerne par excellence le champ d'observation et d'action de la «pragmatique de la communication humaine». La troisième entité du milieu familial est constituée par l'ensemble des *croyances* et des *mythes* familiaux. Cette entité est émergente et «chapeaute» la famille nucléaire en lui assurant une forme *originale*. Mais si les croyances *referment* le milieu nucléaire sur lui-même, en lui assurant ainsi une existence propre, en même temps elles dépendent étroitement des familles d'origine. Dans cette optique, les croyances *ouvrent* la famille nucléaire en direction des familles d'origine et sont l'instrument de la *transmission* culturelle d'une génération à l'autre en inscrivant la famille nucléaire dans la continuité et la *fidélité* par rapport à ses origines.

En résumé, si nous considérons le milieu familial comme un *état stable* (2) dont le *processus* créateur lie l'ambiance, l'éthique et les croyances, l'expression des *émotions* qui a son siège dans l'ambiance, doit alors être entrevue en *corrélation* avec l'éthique et les croyances de la famille (3, 4).

## 2. L'AMBIANCE FAMILIALE

Bien que l'ambiance soit un phénomène que nous saisissons tous parfaitement, nous nous sentons démunis lorsque nous voulons en parler. Cela tient surtout au fait que l'ambiance est un lieu dans lequel la différence *n'existe pas*

encore: on vit dans une seule ambiance à la fois comme on vit totalement dans l'humeur du moment. Or, la connaissance «scientifique» des choses — celle liée au positivisme — *naît* du fait de différencier, de distinguer et d'isoler des objets de leur environnement, de telle façon qu'ils puissent ensuite être comparés, additionnés ou encore, s'il s'agit de comportements, être étudiés dans leurs interrelations. Ceci explique le fait que les sciences humaines ont tendance à délaisser l'examen de l'ambiance et de l'humeur en sacrifiant, pour les besoins de la méthode, ce qu'il y a de plus humain en nous. Cependant, même si notre *saisie* de l'ambiance ne sera jamais une connaissance de nature positiviste, nous proposons de la considérer comme un sujet d'étude à réincorporer au cœur de la réflexion en *sciences humaines* car, comme nous l'évoquerons, l'ambiance est cette instance qui participe activement à l'élaboration des apprentissages et de la connaissance des choses, comme elle participe à la santé et à la pathologie de la famille.

### a) La nature de l'ambiance

L'ambiance est semblable à l'humeur, toutes deux sont une première manière d'exister avec le monde qui nous environne et une première manière de *communiquer*, puisqu'il s'agit avant tout d'éprouver une qualité du contact liant, sans les objectiver encore, un sujet — que ce soit une personne ou une famille — avec son environnement. C'est à Erwin Straus (12) que nous devons la description «définitive» (7) du «monde du sentir» dans lequel l'humeur de la personne et l'ambiance familiale se nourrissent. Pour la première fois, une *psychologie du sentir* est proposée qui fait apparaître ce que la personne a de plus humain et qu'elle partage avec l'humanité entière: sa participation primordiale au monde du ressenti, du pathique et de «l'esthesis» (7, 10). Il ne s'agit pas d'une psychophysiologie des organes des sens, mais d'un phénomène global *émergeant* de cette physiologie et, en tant que tel, il est d'un niveau logique «supérieur» à celui de la physiologie, le niveau qui introduit l'homme de plain-pied à l'aube de son humanité. En référant l'ambiance familiale au «monde du sentir», nous la désignons comme le lieu de la première manière d'exister en famille; cette manière influencera profondément d'autres façons d'exister: celle qui correspond à l'éthique et celle qui correspond aux croyances familiales, en concevant que ces deux dernières manières d'exister, influencent en retour la qualité de vie dans l'ambiance (processus auto-référentiel créateur du *milieu* familial).

Dans ce monde de base, que nous partageons d'ailleurs avec les animaux, tout s'éprouve dans la sympathie et l'antipathie, dans la joie et la tristesse, dans l'amour et le ressentiment, dans la fusion et l'abandon, en un mot, dans «la dialectique du proche et du lointain» (12). Les dispositions affectives — les émotions — apparaissent donc en une multitude de qualités et *chacune d'elles se réfère à un contact particulier qui lie la personne à son environnement* comme il lie l'ambiance familiale à son environnement plus large (11). On comprend alors que la *fluctuation* des émotions correspond au *passage* d'un mode de contact à un autre et que la succession des passages crée le *mouvement* indispensable à la

vie de l'ambiance. Par conséquent, la manière dont ce mouvement fluctue, détermine le degré de liberté d'exprimer une variété d'émotions, que ce soient des émotions familiales ou personnelles.

## b) Le cycle dans l'ambiance

L'ensemble du clavier des émotions se réfère donc à la variété des contacts qui nous lient à l'environnement. En ce qui concerne la *personne*, les travaux de Szondi (13) et ceux de l'École de Louvain-la-Neuve (9, 8, 6) développent la question de manière sans doute exhaustive: Szondi décrit le «vecteur du contact» et J. Schotte en trace le «circuit». En ce qui concerne l'*ambiance familiale*, nous pensons que les contacts qui s'y éprouvent, forment un cycle qui rythme le mouvement de l'ambiance en quatre grandes tendances. A une extrémité de l'expérience humaine, le contact est symbiotique ou fusionnel tandis qu'à l'autre extrémité le contact est rompu. Deux autres tendances opèrent le passage et lient entre elles les tendances extrêmes: la tendance vers le «désaccordement» et la tendance vers le «réaccordement» (4).

- La tendance *unitaire* est l'endroit des ambiances chaudes et fusionnelles que l'on rencontre lors des retrouvailles, des fêtes, des cérémonies et des rituels familiaux qui réaffirment l'appartenance de tous les membres à l'identité familiale. Plus quotidiennement, le repas familial est *parfois* le lieu de chaudes ambiances car la proximité physique des personnes et le partage d'une même nourriture en favorisent la venue.
- La tendance *vers le désaccordement*. Exister dans une «ambiance d'amour» qui se fait de plus en plus enveloppante, présente le risque d'étouffer et peut-être de perdre son identité dans la fusion. Demeurer dans une telle intimité suscite le désir de *briser l'étreinte* et de se distancier d'un environnement humain trop enveloppant. En diminuant progressivement sa prégnance, la tendance unitaire laisse agir le désir de distance avec de plus en plus d'acuité au point que la tendance unitaire devient résiduelle.
- La tendance *d'écart* est l'aboutissement de la seconde, là où le point de rupture est atteint. Il y règne une ambiance froide où la rupture du contact entre la personne et son environnement humain est consommée au point que les personnes se sentent étrangères à un environnement familial devenu menaçant et hostile.
- La tendance *vers le réaccordement*. Exister en rupture de son environnement humain appelle et suscite, dans la famille, le désir d'une *remise en contact*. Après avoir éprouvé la région froide de l'isolement et le cortège des émotions qui lui sont liées, après avoir en quelque sorte vécu la mort de la famille, le désir d'un nouvel accord réintroduit peu à peu la tendance unitaire qui

reprend de l'importance au détriment de la tendance d'écart qui finalement devient résiduelle.

Ainsi, toutes les familles dynamiques, celles qui *vont* bien, parcourent l'ensemble du cycle en éprouvant les mille et une émotions qui sont attachées aux différentes manières d'entrer en contact. Cependant, chaque famille parcourt le cycle de façon originale: elle *stationne* davantage dans telles régions du cycle et y éprouve plus longtemps les émotions qui y sont rattachées, tandis qu'elle *s'attarde moins* dans d'autres régions et se dispense alors de vivre à satiété les émotions propres à ces régions; la manière d'emprunter le cycle crée donc un *rythme* qui singularise la famille. Si le mouvement du cycle crée l'*espace* propre au monde du sentir, le rythme fait apparaître le *temps vécu*; l'espace et le temps du sentir se créent l'un l'autre et — à la manière de la danse et de la musique (12) — ils se vivent comme un seul et même phénomène au contraire de l'espace *métrique* et du temps *compté* propres au monde du percevoir.

Notons l'existence d'un *autre* cycle qui rythme, lui, l'*histoire* de la famille et que ponctuent différentes phases: la naissance de la famille, la venue des enfants, leur croissance, leur départ, etc., jusqu'à la mort des conjoints et la reconstitution par les enfants de nouvelles familles (5, 1). A chaque phase de l'histoire correspondent des climats qui privilégient telles ou telles tendances si bien que «l'observation» de l'ambiance familiale doit se faire en tenant compte de la phase que traverse actuellement la famille: la phase qui correspond à l'éducation de petits enfants engendre davantage d'ambiances unitaires que celle qui correspond au départ de la famille des grands enfants.

### c) La communication dans l'ambiance

Le cycle décrit le mouvement qui entraîne l'ambiance familiale d'une région à l'autre et selon E. Straus, ce mouvement *perpétuel* est *vital* à l'existence même de l'ambiance: sans lui elle n'existerait pas (12). Ce caractère particulier nous apprend que l'ambiance est le lieu de la première communication humaine (7), tout y est envisagé du point de vue du *contact* et celui-ci mobilise chaque famille selon un rythme qui lui est propre. Lorsqu'on évoque le souvenir d'une personne, ce qui vient le plus souvent à l'esprit concerne sa façon d'exister dans le sentir; on se la représente dans sa manière habituelle d'évoluer (rythme) et ce qui apparaît alors est son *style* (12, 7). De même lorsqu'on évoque entre amis le souvenir d'une famille particulière, c'est son ambiance et les émotions qu'elle suscite qui viennent d'abord à l'esprit, sa manière d'exister en deçà de l'éthique. En quelque sorte, cette ambiance originale exprime la mobilité particulière de la famille qui, en donnant un rythme singulier à son cycle, fait apparaître le style de la famille.

Ainsi, en tant qu'expression de la famille, l'ambiance est le lieu de la communication de *base* que la famille se fait à *elle-même* (son style). Il ne s'agit pas encore d'une communication destinée à transmettre un message à quelqu'un ou à une autre famille, il s'agit avant tout de «se communiquer» (7). Si la famille possède une telle capacité, cela signifie alors qu'elle peut être reconnue et étudiée



comme un être doté d'une existence propre, capable d'entrer en contact avec d'autres styles communautaires comme le style du voisinage, celui de la parenté ou ceux des institutions pour former avec eux une plus large ambiance (base d'un éco-système ou d'un réseau). Cette communication assure au futur «émetteur», que ce soit une personne, une famille ou une communauté, «sa mise en phase», sa capacité à communiquer harmonieusement *d'abord* avec lui-même, *avant* que puissent apparaître l'interrelation et le langage. De ce point de vue, l'ambiance peut être considérée comme le lieu du *proto-apprentissage* de l'interrelation (4) sans lequel les échanges interpersonnels et interfamiliaux qui se jouent dans l'éthique ne pourraient advenir et *a fortiori* comme le lieu du proto-apprentissage du *discours* qui exprime les croyances familiales. En résumé, la communication dans le sentir apparaît comme la condition indispensable de l'existence de l'*interrelation* ainsi que du *discours*, et ces trois modes particuliers de communiquer (qui expriment la même réalité familiale mais selon des aspects différents) — le style, l'interaction et le discours — se lient dans un même processus qui donne vie à la *communication familiale*.

### 3. (PSYCHO-SOCIO) GENÈSE DES ÉMOTIONS

L'enfant qui vient de naître est une personne à part entière et nous ne pourrions trop insister sur cette réalité dans la mesure où la manière d'être du bébé *influence* profondément son environnement. A la naissance, il porte en lui les *potentialités* d'évoluer le long du cycle de son humeur, encore faut-il qu'il rencontre un environnement favorable à l'expression de ses émotions, un environnement qui lui-même fait un cycle harmonieux. Nous voudrions montrer que la genèse des émotions du nouveau-né, la mise en route du cycle de son humeur, se fait en étroite correspondance avec le cycle de l'ambiance familiale par la médiation du contact qui le lie à sa mère<sup>1</sup>. Cette idée constitue l'essentiel de notre propos, tout y est envisagé du point de vue du sentir, là où les perceptions et la différenciation objet-sujet n'existent pas encore — sans pour autant nier les travaux qui montrent que le fœtus est déjà capable de perception et que le nouveau-né ne cesse d'opérer des apprentissages de plus en plus complexes. Nous aborderons la problématique de l'élaboration du cycle par l'étude du contact mère-enfant, nous élargirons ensuite cette perspective traditionnelle et quelque peu étroite en examinant l'influence prépondérante de l'ambiance familiale sur le climat mère-enfant.

a) En quittant l'utérus, l'enfant éprouve la première rupture du contact. Il est alors immédiatement repris par les bras maternels qui lui offrent un nouveau nid dans lequel s'exprime une très puissante tendance unitaire (symbiose) qui attache l'enfant à sa mère. Pendant la première phase de sa vie (phase autistique ou pré-objectable), l'enfant éprouve de façon massive la chaleur du *contact*

<sup>1</sup> Il faut ici nuancer notre propos et joindre à la mère ceux dans les «nouveaux pères» qui participent activement, dès la naissance, à la constitution de ce que nous appellerons le nid primordial.

symbiotique et le cortège des émotions qui lui sont liées, mais aussi des *ruptures* dramatiques du contact qui engendrent des expressions émotives extraordinaires. Qu'on songe à l'immense détresse du bébé qui a faim ou qui a souillé sa couche ou encore qui souffre de colique; il vit là des émotions liées à une rupture du contact et il éprouve alors l'*hostilité* de l'environnement. Cette hostilité est le plus souvent liée à des *besoins* non assouvis. Si l'adulte qui se prépare à satisfaire ces besoins (préparation du biberon, recherche d'une couche propre, etc.) touche le bébé et lui parle paisiblement, cette attitude suffit généralement pour que la détresse cède la place à un gazouillis qui indique que le contact symbiotique est en voie d'être rétabli. Ainsi, se lie l'expression du *besoin* physiologique et celle du *désir* d'un nouveau contact, lien qui n'apparaît pas dans les cas, par exemple, d'hospitalisme où seuls les besoins physiologiques semblent être satisfaits.

Dans les premières semaines de la vie, les émotions du bébé expriment bien davantage les deux tendances extrêmes de l'expérience humaine (la fusion et la rupture du contact), tandis que les tendances intermédiaires semblent être initiées bien davantage par les parents. Lorsque le nouveau-né est en détresse, le réaccordement du contact se ré-instaure quand le bébé entend le timbre particulier de la voie de sa mère ou qu'il sent à nouveau son odeur. Le *désaccordement* du contact s'éprouve, par exemple, lorsque la mère dépose le bébé en pleurs dans le berceau et quitte doucement l'horizon de l'enfant qui dort. Ayant éprouvé ces contacts intermédiaires, le nouveau-né est alors en mesure d'exprimer *lui-même* les émotions liées à la fusion et à la distanciation. Une remarque s'impose qui concerne la question du point de vue. On sait que le nouveau-né est principalement immergé dans le monde du sentir et qu'il ne discerne guère. En tout cas, il ne discerne pas encore qui de sa mère ou de lui exprime les émotions puisque d'une manière générale il incorpore sa mère dans un monde où elle n'est pas encore différenciée de lui. Par contre, l'observateur perçoit une différence et constate que la mère (et aussi le père) initie les tendances intermédiaires tandis que dès sa naissance, le bébé est capable d'exprimer lui-même les tendances extrêmes. L'observateur peut donc décrire le *cycle complet*, dans le nid primordial, qui naît de la *collaboration* mère-bébé.

Au fil des semaines, cette collaboration permet à l'enfant d'exprimer une variété de plus en plus grande d'émotions en incorporant progressivement celles qui sont liées aux tendances intermédiaires. Si les émotions liées à ces tendances sont les dernières que l'enfant s'approprie, leur acquisition indique sa capacité à parcourir lui-même *l'ensemble* du cycle de son humeur. Lorsqu'il atteint ce stade, l'enfant sort de la phase primaire de son développement, il est en mesure de devenir une personne, en même temps qu'un membre à part entière de sa famille et, au-delà d'elle, un membre de notre humanité.

En bref, pendant cette première période, la personne en contact privilégié avec l'enfant exerce une action décisive sur son avenir, elle pratique l'art de créer un climat qui consiste à accueillir l'enfant dans son désir de fusion, à accepter les ruptures inévitables mais salutaires du contact, ainsi qu'à éveiller chez lui des émotions liées aux tendances intermédiaires: inquiétude quand la mère quitte le champ de l'enfant, espoir d'un nouveau contact quand il pressent que sa mère est

sur le chemin du retour. Finalement, nous avons tenté d'esquisser une psychogenèse des émotions qui apparaît dans le nid primordial.

b) De nombreux ouvrages ont décrit la relation mère-enfant, surtout à l'occasion des problèmes que rencontre le bébé. On y lit que la mère est trop fusionnelle, qu'elle ne veut pas « lâcher » son enfant, ou bien qu'elle est trop distante, et que le nouveau-né se sent abandonné sinon rejeté. Telle mère dira-t-on est ambiguë dans son contact et l'enfant se situe mal dans la relation, etc., etc. La littérature scientifique, et notre propos jusqu'alors, situe la mère tellement à l'avant-plan de la question qu'elle semble porter seule la responsabilité de l'accès du nouveau-né à notre humanité. Nous avons déjà pondéré cette idée en parlant de « nid primordial », de cette première atmosphère dans laquelle le nouveau-né induit lui-même des contacts auxquels la mère ne peut que « répondre ». En ce sens, le bébé comme la mère sont co-responsables de la qualité de l'atmosphère qui les enveloppe. Nous poursuivons cette pondération en montrant que *toute* la famille entoure la mère et l'enfant et participe alors au développement de la personne « in statu nascendi ».

Si le bébé est essentiellement immergé dans le climat du nid primordial avec sa mère, celle-ci, depuis son mariage, est immergée aussi dans l'ambiance de sa famille nucléaire et, au-delà, dans celle de sa famille étendue. Bien avant la naissance de son enfant, la femme évolue donc dans le climat familial, elle en épouse le rythme, en adopte le style et cette manière d'exister se reproduit spontanément dans les contacts qu'elle noue avec le nouveau-né. La participation de la mère à l'ambiance familiale met d'emblée en scène l'ensemble des membres de la famille (et bien souvent les grands-parents) puisque dans l'ambiance ils forment une *totalité indissociable* dans laquelle baignent, au même titre que les autres, la mère et l'enfant. Dès lors, s'il est vrai que le nouveau-né construit le cycle de son humeur dans le nid primordial, cette élaboration doit aussi s'envisager en correspondance avec l'ambiance de la famille; autrement dit, la genèse des émotions de l'enfant est à concevoir en corrélation avec l'expression des émotions de tous les membres de la famille, expression qui forme l'ambiance familiale et qui lui donne son style (socio-genèse).

Mais si les contacts qui génèrent le nid primordial adoptent le style général de la famille, ces contacts ne sont cependant pas une pure réplique de ceux qui peuvent se vivre dans l'ambiance familiale. Ces deux phénomènes peuvent parfois se confondre mais le plus souvent ils se différencient du fait que ce sont les émotions *personnelles* de la mère qui, dans le nid primordial, jouent à l'avant-plan par rapport aux émotions des autres membres. Aussi, lors d'une naissance, la mère a l'occasion d'exprimer des émotions qu'il n'est pas coutume de vivre dans la famille. Comme nous le montrerons dans les perturbations de l'ambiance, on observe souvent l'arrêt du cycle dans le nid à l'endroit *opposé* où le cycle dans l'ambiance familiale s'est lui-même enrayé. Dans ce cas, *toute* la famille vit alternativement dans une ambiance par exemple unitaire *induite* par le nid primordial, puis dans une ambiance froide et distanciée *induite* par les autres membres.

Ainsi, l'examen du contact dans l'ambiance familiale et dans le nid primordial peut révéler une *identité* des cycles, une *différence* ou même une *opposition*.

L'importance de l'ambiance familiale dans l'élaboration du cycle de l'humeur de l'enfant apparaît pleinement quand on observe l'ambiance en corrélation avec l'éthique et les croyances de la famille, c'est-à-dire quand on la resitue dans l'économie générale de la famille. Chaque membre soutient à sa manière les contenus de culture de sa famille (éthique et croyance) et en retour ceux-ci *colorent* l'ambiance en favorisant certains types de contact plutôt que d'autres. Cette corrélation apparaît aux travers des trois modes de communication qui traversent et unifient la famille: le style, l'interrelation et le discours. Tous trois expriment selon des modalités extrêmement différentes la même réalité familiale, si bien que les messages qui se communiquent dans les interrelations et le discours qui dévoile les croyances familiales *sont déjà présents, d'une première manière, dans le style de la famille* que l'ambiance révèle. En conséquence, si la nature du contact qui lie la mère et le nouveau-né, le style qu'ils adoptent, est à référer au style de la famille et si cette communication première (le style) est en accointance avec les communications qui animent l'éthique (les interrelations) et les croyances (le discours), cela signifie que le bébé est, de manière *téléologique*, lui-même en prise sur l'éthique et les croyances familiales. En ce sens, la mère ou son substitut est une sorte de *missi dominici* envoyée par la famille auprès du bébé, une déléguée ou encore la «porte-parole» de tous les autres membres, afin qu'à travers l'avènement du cycle de son humeur, le nouveau-né s'approprie déjà une famille qui en retour s'approprie l'enfant. Plus précisément, en accomplissant sa tâche, la mère introduit le nouveau-né dans son *avenir* d'abord en lui offrant la possibilité de créer son propre cycle *de telle façon* qu'ensuite l'enfant prenne pied dans l'éthique et les croyances propres à sa famille. C'est dire l'importance des enjeux qui se vivent déjà dans l'ambiance: tous les membres, et spécialement le *père*, jouent un rôle de premier plan dans la *vigilance* qu'ils apportent au maintien d'une ambiance qui, en infléchissant profondément les contacts dans le nid primordial, constitue la promesse que l'enfant construira une éthique et un système de croyances en conformité relative avec ceux que la famille propose et impose à ses membres.

c) Si la relation vitale semble être celle que la mère (ou la personne qui lui servira de substitut) noue avec le bébé, nous avons souligné que toutes les émotions qui ont «droit de cité» dans l'ambiance de la famille *dynamique* ou *rigide* influencent le mode de contact que la mère propose à l'enfant. Ceci conduit à penser que l'ambiance familiale engendre en chaque membre une gamme particulière d'émotions mais qu'en retour, les émotions des membres, y compris celles du nouveau-né, engendrent, maintiennent et modifient l'ambiance familiale (14). Nous serions donc en présence d'un phénomène d'*auto-engendrement de l'humeur de la personne et de l'ambiance familiale*, engendrement qui apparaît alors comme le *cycle inaugural* de la naissance et du renouveau permanent de la personne et de la famille.

#### 4. LES PERTURBATIONS DE L'AMBIANCE FAMILIALE ET DE L'HUMEUR

Lorsque l'ambiance familiale perd son dynamisme et ne parcourt plus la totalité du cycle, elle demeure néanmoins en corrélation avec les modes de contact qui unissent la mère et l'enfant. Prenons deux exemples liés à une ambiance où la *tendance d'écart* semble être le seul mode de contact encore possible. Dans le premier, le nid primordial réintroduit « par contrainte » une ambiance familiale où prédomine alors la *tendance unitaire*; dans le second, le noyau mère-enfant se soumet à la *tendance générale d'écart*, mais il le fait de telle façon que la *tendance unitaire* réapparaît dans la famille des grands-parents. Développons ces deux exemples.

a) Si communément on entend dire d'une mère qu'elle est trop fusionnelle avec son enfant qui atteint un âge où on pourrait s'attendre à ce qu'il explore déjà le monde, il est souvent possible de mettre cette attitude en relation avec une ambiance familiale où prédomine la *rupture* du contact. En s'attachant « plus que de raison » à l'enfant, la mère vit personnellement des émotions et un contact fusionnel qu'il est malaisé d'encore éprouver avec le reste de la famille. Dans cette situation, l'enfant *stationne* dans le seul contact fusionnel et il subit une perturbation de l'humeur qui est « le trouble de base de l'existence » par où tout commence (10). Les symptômes que l'enfant manifeste — agitation, colère, troubles du sommeil (perturbation de la bonne ordonnance du cycle veille-sommeil), etc. — peuvent être analysés comme une tentative *personnelle* de quitter le contact symbiotique et de *remobiliser* le cycle de son humeur. Les symptômes qu'il développe montrent qu'il rompt le contact et qu'il se perd dans un environnement dont il éprouve l'hostilité. La mère répond immédiatement à la détresse du bébé en renforçant la *tendance fusionnelle* et un cercle vicieux apparaît dans lequel mère et enfant engendrent tour à tour un contact « opposé ». Nous allons montrer que ce phénomène a comme effets entre autres de rigidifier le cycle de l'humeur de l'enfant ainsi que le cycle de l'ambiance familiale.

En vivant surtout l'alternance fusion-écart (dont il active principalement le pôle de la *rupture* du contact), l'enfant fait mal l'expérience des *tendances intermédiaires* qui *semblent* se virtualiser. Dès lors, il construit difficilement son propre cycle et pour vivre ne fussent que les deux états extrêmes de l'expérience humaine, il doit demeurer dans la dépendance de sa mère et prolonger son temps de présence dans le nid primordial. Ce faisant, l'enfant s'enferme dans le monde du sentir et il accède mal au monde de la perception et de la connaissance dans la mesure où ces deux mondes s'édifient à partir du *cycle* que l'enfant accomplit progressivement seul.

Quant à l'ambiance familiale, elle retrouve le mode de contact fusionnel lorsque la mère et les autres membres de la famille n'ont d'autres choix que de recréer un climat unitaire autour du bébé-symptôme. Dès lors, si la nouvelle ambiance immerge les membres tantôt dans un contact distancié, tantôt dans un contact unitaire, elle est très peu le lieu d'expression des deux *tendances intermédiaires* si bien que le passage d'une ambiance froide et hostile à une ambiance fusionnelle

pose un problème auquel il n'est pas possible de répondre en demeurant au seul niveau de l'ambiance (le double-lien joue ici un rôle de premier plan).

Dès que l'enfant est reconnu malade, il devient «patient désigné» et l'on observe alors une *similitude* inverse entre les cycles rigides du nid et de l'ambiance familiale: dans le nid primordial, la mère engendre la tendance fusionnelle de telle façon qu'elle conduit l'enfant à vivre la rupture du contact, tandis que dans l'ambiance familiale, la tendance d'écart est si prégnante qu'elle engendre l'attitude mère-enfant qui «contraint» l'émergence d'une ambiance familiale unitaire. Ces deux cycles s'appellent et se répondent en créant un dynamisme particulier responsable de l'état stable rigide dans le sentir.

L'apparition d'une forme tellement stéréotypée fait de l'ambiance familiale un phénomène perturbé, au même titre que l'humeur de l'enfant, et nous l'envisageons comme la *perturbation de base de la famille* dont la signification et les effets sont à rechercher aussi dans l'éthique et les croyances familiales. A ce propos et sans vouloir nous détourner du sujet, nous voudrions évoquer l'aspect stratégique de l'ambiance par rapport à l'éthique et au mythe de la famille rigide. A la tendance d'écart dans l'ambiance correspond une *éthique* familiale dont les normes sont sous-tendues par un *thème* d'écart. Autrement dit, la famille choisit parmi les normes et les lois celles qui favorisent une distance entre les membres, au point que les normes sous-tendues par une thématique d'unité sont virtualisées, alors que la famille dynamique actualise une éthique sous-tendue par les deux thèmes. Le *mythe* de la famille apporte une légitimité à cette idée de vivre à distance les uns des autres et tous les membres s'y soumettent sans jamais formuler aucune critique. Si par exemple le père est le principal artisan du seul thème d'écart, la mère, en créant un nid primordial capable de faire ressurgir une ambiance unitaire, permet à toute la famille, d'une part de revivre au niveau de l'ambiance, ce qu'elle ne peut plus vivre dans les interrelations (éthique) et le discours (mythe) et d'autre part, de restaurer suffisamment de forces de cohésion dans la famille pour que celle-ci demeure une entité et ne s'éparpille pas. Ainsi, même si une symétrie exacerbée mais cachée (symétrie-cachée) dissocie les parents, la nouvelle organisation de la famille permet au *thème* d'écart et à la *tendance* unitaire de coexister car le thème d'écart se joue aux travers des *interrelations*, tandis que la tendance unitaire s'exprime à travers le *style*. Ces deux modalités si différentes de la communication ne risquent pas d'entrer elles-mêmes en interaction et de recréer une opposition ouverte entre les conjoints; en cela la nouvelle organisation rigide protège la famille d'une réouverture de la crise et au-delà d'elle, du risque de disparaître (3, 4).

b) Une ambiance familiale qui se nourrit habituellement d'un contact distancié peut «contraindre» un tout autre contact dans le nid primordial. La mère peut privilégier un contact *distancié* avec l'enfant et reproduire ainsi l'allure particulière de l'ambiance de la famille nucléaire. On le voit dès la maternité, par exemple, dans les difficultés qu'elle rencontre à *prendre* son enfant, à le *toucher* et à l'*envelopper*. La réponse du nouveau-né est immédiate, il prend mal le sein, se nourrit insuffisamment, dort mal, et finalement il présente un trouble de l'humeur. Certes, une aide peut être apportée sous forme de conseils ou même

d'une guidance. S'il ne s'agit que d'inexpérience, ou d'une attitude due à des problèmes mineurs que rencontre la mère, l'aide porte ses fruits. Mais dans le cas où la manière d'être de la mère est en harmonie avec une ambiance familiale distancée et froide dans laquelle les contacts habituels qu'elle éprouve avec les autres membres de la famille sont de même nature que ceux qu'elle suscite avec le bébé, les conseils seront sans effets et de retour à la maison, il n'est pas rare de voir cette mère se montrer peu compétente dans les soins à apporter à son enfant. Ce n'est pas qu'elle soit de mauvaise volonté ou qu'elle n'aime pas son enfant, mais «elle ne s'y prend pas bien» et lorsqu'il lui arrivera, par exemple, de laisser tomber au sol son enfant, ce sera la goutte d'eau qui fera déborder le vase et qui mettra fin à la «patience» de certains membres de la famille qui guettent constamment l'attitude de la mère. A ce moment, l'enfant pourrait être donné à une grand-mère ou à une tante. Cette donation n'est pas due au hasard, elle est l'aboutissement d'un processus dans lequel joue la fréquence de la rupture du contact mère-enfant et le stationnement de la famille nucléaire dans une ambiance distancée. Les échecs répétés des professionnels, qui tentent de modifier le seul contact mère-enfant, les conduisent à poser un diagnostic sur la mère. Une psychothérapie individuelle lui sera recommandée et si la rigidité familiale n'est que passagère, cette aide pourrait se révéler efficace. Mais si l'ambiance rigide s'est fermement établie, la mère ne pourra que refuser la thérapie ou s'y soumettre en mettant alors le thérapeute en échec. Plus sa résistance sera grande, plus elle convaincra le thérapeute et son entourage de la gravité de «sa maladie».

Mais si au lieu de focaliser son attention uniquement sur le nid primordial et l'ambiance de la famille nucléaire, on élargit davantage le champ d'observation, on constate que la donation de l'enfant à une grand-mère rétablit une puissante tendance *unitaire* dans l'ambiance familiale des *grands-parents*. L'équilibre de cette ambiance avait été rompu lors du mariage du jeune couple ou plus tard, par exemple, à l'occasion du décès du grand-père et la donation provoque une très puissante recommunautarisation des trois générations. Une puissante tendance unitaire caractérise l'ambiance de la nouvelle communauté et lui donne son style. Elle ne peut cependant demeurer telle qu'à deux conditions: la mère doit continuer à se montrer inadéquate vis-à-vis de son enfant et le jeune couple, lorsqu'il est seul, ne doit engendrer que des ambiances distancées. Cette configuration protège l'existence de la seule communauté *possible*, celle qui réunit dans l'indifférenciation des générations, grands-parents - parents - enfant(s). Notons que parfois, la donation apparaît comme le moyen qui permet au jeune couple de s'autonomiser quelque peu.

Ainsi, la possibilité de considérer l'auto-engendrement de l'humeur de la personne et de l'ambiance familiale permet d'*éclairer* selon une nouvelle perspective les perturbations du contact dans le nid primordial et de *remobiliser* le mouvement par le biais d'une *psychothérapie* qui mettrait à l'avant plan de son action, les aspects *socio*-thérapeutiques du problème (ambiance, éthique et croyances familiales). Cela diminuerait la «pression» de la communauté en apportant une autonomie relative aux grands-parents, aux parents et aux enfants. La redéfinition de leur mode de vie modifiera aussi les ambiances et rétablira la mère dans sa

compétence «naturelle» à élever son enfant. Au moment où l'ambiance familiale retrouve le dynamisme de son mouvement, si un traitement *individuel* s'indique encore, les conditions sont réunies pour que porte ses fruits une psychothérapie qui met à l'avant plan de son action les aspects *bio-psychologiques* du même problème.

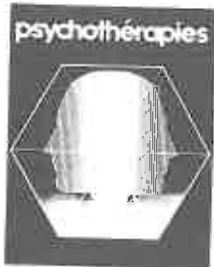
E. Dessoy

Psychologue, psychothérapeute systémique  
La Ferme du Soleil  
Rue C.-Joset 51  
B-4634 Soumagne

### BIBLIOGRAPHIE

1. Combrinck-Graham L. (1985): Developmental Model for Family Systems. *Family Process*, 2, 24, New York.
2. Dessoy E., Goffin S., Wéry A., Jadot G. et Boulanger M. (1980): L'Etat Stable du Système Familial: Une Analyse Organisationnelle. *Thérapie Familiale*, 1, 4, 339-351, Genève.
3. Dessoy E. (1984): Quand le Symptôme est une Emergence Réactualisatrice..., conférence donnée à Cerisy-la-Salle. In Bateson et l'Ecole de Palo, Alto, Le Seuil, Paris, à paraître.
4. Dessoy E. (1985): Autisme et Organisation Familiale. *Psychiatrie, Autisme Infantile et Société*, Perspective sur l'Homme, 7, Cabay, Louvain-la-Neuve.
5. Fontaine P.J. (1985): Familles saines. 1. Esquisse conceptuelle générale. *Thérapie Familiale*, 6, 3, 267-282, Genève.
6. Kinable J. (1984): Les abords de la psychopathie. *Les Cahiers des Archives Szondi*, Cabay, Louvain-la-Neuve.
7. Maldiney H. (1973): Regard, Parole, Espace. L'Age d'Homme, Lausanne.
8. Melon J., Lekeuche Ph. (1982): Dialectique des pulsions. *Les Cahiers des Archives Szondi*, Cabay, Louvain-la-Neuve.
9. Schotte J. (1982): Questions approfondies de psychologie clinique. Cours donné à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve.
10. Schotte J. (1982): Comme dans la vie en psychiatrie... les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. *Qu'est-ce que l'homme?*, pp. 621-673, Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles.
11. Spitzer L. (1983): Résonances: à propos du mot *Stimmung*. In L'humeur et son Changement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 32, Gallimard.
12. Straus E. (1956): *Von Sinn der Sinne*. Springer, Berlin (1936). Traduction française: *Du sens des sens*, par G. Thinès et J.P. Legrand (U.C.L.), à paraître.
13. Szondi L. (1972): Introduction à l'Analyse du Destin. Nauwelaerts, Louvain-Paris.
14. Tellenbach H. (1983): Goût et Atmosphère. Coll. «Psychiatrie Ouverte», P.U.F., Paris.





# 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

## DU CONCEPT DE NEUTRALITÉ OU LES HÉRITAGES NE SE REFUSENT PAS

P.E. VOLA\*

**Résumé:** *Du concept de neutralité ou les héritages ne se refusent pas* — Nous nous interrogeons dans cet article sur la disposition intrapsychique nécessaire pour appréhender le concept de neutralité, tel que l'a formulé Mara Selvini-Palazzoli. Ainsi, l'auteur propose de réintroduire la «boîte noire» du thérapeute dans sa démarche thérapeutique.

**Summary:** *Neutrality concept or we can't refuse our heritage* — On this article we question the intrapsychic component necessary to understand the neutrality concept as formulated by Selvini-Palazzoli. The author proposes to reintroduce the therapist's «black-box» in this therapeutic procedure.

**Mots-clés:** Symétrie — Neutralité — Pseudo-mutualité — Crise.

**Key-words:** Symetry — Neutrality — Pseudo-mutuality — Crisis.

Nous voudrions, ici, autour d'une intervention dans le cadre d'un dispensaire médico-psychologique, où le thérapeute a conduit une spirale symétrique, exposer une série d'hypothèses sur la question thérapeutique et la nécessaire neutralité, à laquelle elle nous contraint, sans pour autant la confondre avec la pseudo-mutualité.

Mara Selvini-Palazzoli nous en a donné la définition interactive: «Le thérapeute noue des alliances successives, dont le résultat final est qu'il apparaît allié à chacun et à personne au même moment.»

Mais c'est sur la disposition intrapsychique du thérapeute en «scène» avec la famille que nous nous interrogeons dans cet article; c'est-à-dire l'écart entre la représentation mentale de ses transactions avec la famille et la définition de son rôle.

### FONDEMENT DE L'INTERROGATION

Il s'agit d'emblée de lever une ambiguïté, cette interrogation n'est pas celle

\* Médecin-psychiatre, Marseille.

d'un analyste, mais d'un systémiste, qui sait qu'il ne peut éviter ni l'identification ni la projection.

C'est autour de l'articulation de notre savoir et de notre être, que nous nous interrogeons. Aussi la question de l'utilisation des tensions émotionnelles éprouvées dans le champ thérapeutique, nous apparaît centrale.

1. De quoi parlent-elles?
2. Comment en faire une étape résolutive de la problématique du système en thérapie?

Dans ces états, il est perceptible que le thérapeute se trouve confronté à une réactualisation de son histoire transactionnelle. Parmi les divers états de tension, nous nous centrerons sur ceux qui pourraient s'exprimer par ces mots, paraphrasant Molière:

— «*Mais qu'allais-je faire dans cette galère?*»

Comme la métaphore l'exprime, le thérapeute «rame», sans pour autant «tenir la barre». La question de son Pouvoir au mieux de son Pouvoir-faire est au centre de son éprouvé.

Telle est sa subjectivité, qu'en est-il de la réalité interactionnelle?

Pour appréhender ce questionnement, nous aborderons les traces que la psychanalyse nous a laissé dans notre démarche thérapeutique; l'implication du thérapeute dans la prise en charge systémique et l'impossibilité de ne se référer qu'à une simple technique; puis nous nous centrerons sur l'exemple clinique qui a servi de trame à nos hypothèses.

## LA QUESTION THÉRAPEUTIQUE TELLE QUE NOUS LA POSE LA PSYCHANALYSE

Dans notre action thérapeutique, nous acceptons «notre sort d'avoir, sans cesse, à faire avec les transports de souffrances du patient, tout en sachant que notre réponse sera inadaptée». C'est ainsi que P.C. Racamier en éclaircit la problématique. Le thérapeute fait le choix d'une Alliance en renonçant à l'expression subjective de son existence (l'exploitation de la relation).

Si nous tentons d'y répondre, c'est avec l'espoir que notre appareil conceptuel nous permette d'occuper une position «méta»: Notre réponse ne se faisant pas réplique.

Si nous pensons que notre demande est inadaptée, au-delà de l'impossible réponse à la demande, c'est que nous savons que notre relation est réflexive, que l'objet de nos soins nous parle de nous-même et qu'il ne peut nous laisser indifférent.

Aussi nous entendons le «Renoncer à guérir», véhiculé par le discours psychanalytique, dans ce qu'il nous communique implicitement: Que ce Désir est

issu de nos échecs relationnels passés, qu'il véhicule notre désir de reconnaissance de Soi inassouvi.

S'il est le moteur de notre dynamisme, il peut en être le frein, dans le sens où restant prisonnier de nos ponctuations linéaires, nous pouvons les confirmer inconsciemment dans nos actions thérapeutiques. La ponctuation linéaire, au-delà de l'organisation hiérarchique qu'elle implique est centrée autour du rapport de dominance.

Dans la «scène» thérapeutique, où nous entrons en dialogue avec la famille, la neutralité et la bienveillance est une technique avec laquelle il est difficile de faire corps, quand notre fonction devient la cible du système familiale. Nous ne sommes pas dégagés de notre volonté de puissance, nous ne sommes ni protégés par notre statut, ni par notre appareil conceptuel. Au-delà de sa fonction de diriger notre stratégie, il doit nous permettre de réajuster, d'interpréter, le «pathos» que nous introduisons dans le système, où nous impliquons notre identité: le système thérapeutique.

Aussi la rétroaction de la famille doit être prise comme éclairante d'une partie, le plus souvent non-verbale, de nos communications. Elle a à nous apprendre sur nos modalités transactionnelles. Et c'est autour d'elle, que nous pouvons avoir une saisie de l'enjeu relationnel dans lequel nous nous situons.

## LA QUESTION THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE SYSTÉMIQUE

Dans nos rencontres thérapeutiques, certaines ne nous mobilisent pas trop, et nous tenons sans difficulté une position empathique envers chaque membre de la famille, d'autres se révèlent plus mobilisatrices d'affects.

Les thérapies de famille à transactions psychotiques rendent le thérapeute plus vulnérable à ses réactions spontanées (coalitions masquées: indice d'une conflictualité latente). D'autant plus qu'en faisant système avec la famille, il en réactivera les contradictions, remettant en cause l'homéostasie. L'expression pathologique du patient identifié deviendra alors non plus simplement le symptôme du système familial, mais celui du système thérapeutique. Son amélioration peut être un leurre, dans une relation de pseudo-mutualité, les thérapeutes peuvent contrôler le membre de la famille, qui joue le rôle d'«agresseur». Mais dans un second temps, l'agresseur identifié poussera les thérapeutes à dévoiler leur coalition (coalition des thérapeutes avec le patient: équivalent d'une coalition transgénérationnelle masquée). La pathologie redeviendra expressive. La thérapie n'aura été qu'une confirmation supplémentaire pour la famille et les thérapeutes: «Rien ne peut changer.»

Le «Rien ne peut changer» n'est qu'un déplacement sous forme de sentence (réappropriation de la position haute) du sentiment de non-reconnaissance de son «Etre», dans le système relationnel investi. Il est la résultante de l'éprouvé de Disqualification (sans qualité), dans un contexte de Discrédit (sans confiance). Il représente la dernière pierre d'une dynamique, où les thérapeutes, sous couvert de «neutralité», masquent leur conflictualité avec l'instance supérieure de la famille (les parents) en empruntant les mêmes manœuvres dont elle use. C'est la

fonction homéostasique du système thérapeute, constamment menacé par le partenaire relationnel (la famille), qui répliquera le processus d'exclusion de l'autre, dans un système plus vaste que le système familial. L'arrêt de la relation évitera son aspect iatrogène.

Aussi, il est certain que le concept de «boîte noire» nous aide dans notre démarche thérapeutique. Mais il ne doit concerner que les membres de la famille, barrant le fantasme de maîtrise de l'Autre. Il doit en être différemment quant aux thérapeutes.

Postuler que nous savons exactement ce que nous véhiculons dans l'entrée (in-put) révèle de l'ellipse. A notre message correctement énoncé dans le code linguistique, il peut nous être répondu au message non-verbal, qui véhicule l'idée que l'on se fait de Soi et de l'Autre dans la relation que l'on a ensemble. Nous savons trop bien que le langage analogique détermine la réception du message.

C'est en appréhendant le plus correctement possible ce qui se joue en nous, en terme d'interaction, que nous pourrons entendre le sens de la rétroaction.

La connotation positive, avant d'être une stratégie, doit être une disposition psychique. Car énoncée comme une manœuvre stratégique, elle ne sera perçue que comme un artifice, perdant alors toute son efficacité. La connotation négative, la mise en scène de sa conflictualité ne doivent pas être considérées comme inadéquates, même si le jeu en est délicat. C'est bien dans l'espace de la soumission ou de l'insoumission à l'Autre que se joue la tragédie psychotique. Il n'y a pas de dissociation entre l'Autre et la règle qu'il représente. C'est se soumettre à sa Loi donc à son arbitraire, c'est inacceptable.

Quelque soit sa technique, le thérapeute sera toujours à un moment donné mis en face à son exclusion ou à sa soumission à la règle du système familial («Interdit de définir la relation»). Dans une telle situation, c'est dans son être qu'il se sentira interpellé. Et c'est dans et par sa subjectivité, quand sa technique se transformera en savoir, qu'il pourra utiliser le problème du Pouvoir, dans lequel la famille à transaction psychotique l'enferme, dans une perspective créatrice.

C'est, bien entendu, cette problématique que nous développons dans le cas que nous présentons. Nous le percevons comme un échec ou une réussite relative, mais il nous a permis de percevoir l'importance de cette phase de l'affiliation.

## LE CONTEXTE

Outre notre participation à un groupe de recherche en thérapie familiale, nous intervenons dans un C.M.P. comme psychiatre généraliste, où nous utilisons notre référent théorique. Mais dans ce cadre, nous évoluons comme seul thérapeute familial, sans contrôle de nos interventions. Et si notre spécificité y est reconnue, l'ambivalence n'y est pas absente.

Dans ce dispensaire cohabitent divers services sociaux: polyvalence, prévention, intersecteur juvéno-infantile, avec lesquels nous essayons de nouer alliance. Notre stratégie est de traiter le problème tel qu'il est parlé par les assistantes sociales, hors d'un contexte thérapeutique.

## LE DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

### a) Les prémisses

Danielle et Michel, marginaux, envahissent constamment le bureau de l'assistance sociale: l'enjeu de ces rencontres porte sur leur enfant Franck âgé de 4 ans.

Michel: repris de justice, est décrit comme «malin», intelligent, séduisant et pervers. Le décès de leur premier enfant dans des circonstances non déterminées laisse planer un doute: mort accidentelle? Mort provoquée? Lui? Elle? Michel jour de ces ambiguïtés.

Danielle: a un aspect infantile, elle est petite, maigrichonne, elle semble effacée, apeurée.

Franck: traverse apparemment sans encombre les difficultés de ses parents.

Devant leur situation sociale, l'imbroglio relationnel, l'assistance sociale fait appel à une de ses collègues du service de prévention. Mais à chacune de leurs propositions d'aide, Michel met en avant la folie de Danielle, jusqu'alors inexpressive, pour les refuser.

C'est ainsi que nous avons eu à connaître ce cas. Au cours de notre première intervention, nous avons pu confirmer notre hypothèse que Franck ne pouvait être le fils que de l'un ou de l'autre. Nous avons noté, au cours de cette séance, que dans les bras de sa mère Franck servait de rempart, alors qu'avec son père, il jouait.

En connotant positivement le conflit des deux parents autour de leur enfant, nous avons proposé une autre rencontre.

«Cette conflictualité qui s'exprime entre vous, montre combien vous êtes préoccupés par votre rôle de parent, et que vous êtes attachés chacun aux idéaux que vous vous étiez construits.

»Chacun de vous espère que l'autre se rangera à son avis. Michel s'y emploie par la persuasion; Danielle par l'affection, ce qui fait qu'aujourd'hui elle craint de devoir s'effacer. Mais Michel, par son comportement, continue à la mobiliser...»

La rétroaction, dès le lendemain, fut l'hospitalisation de Danielle, par le biais des urgences, à la demande de Michel. Ayant perçu cette hospitalisation comme une escalade et un changement d'interlocuteur, nous ne sommes pas intervenus dans la prise en charge, nous n'avons fourni que des informations.

Entrée pour troubles mineurs, elle s'y dégrada se prostrant. Son état fut perçu, comme une réaction à l'hospitalisation, d'autant plus qu'une de ses sœurs et sa mère avaient séjourné dans ce même établissement. Elle accueillit sa sortie au bout de huit jours en retrouvant son état premier.

Durant ce délai, Michel avait accaparé leur fils, et quand Danielle revient nous voir, de façon impromptue, c'est à une jeune femme en voie de dissociation, que nous avons eu à faire. Elle nous raconta, sur le ton d'une comptine entrecoupée de rires: «Qu'elle ne savait pas où se trouvait son compagnon... Qu'elle ne possédait plus la clé de son appartement... Qu'elle dormait à la cave... Que son fils la gifflait.» Le tout associé à des images métaphoriques.

Malgré ce tableau, c'est dans la salle d'attente, que nous lui avons demandé de revenir avec Michel et Franck, ce qu'elle fit rapidement.

## b) La discussion

Avant la séance, nous nous sommes de nouveau réunis avec l'assistante sociale et l'éducatrice de prévention. A bâton rompu, nous avons évoqué le trio.

Pour Franck: nous craignons un avenir sombre, d'autant plus que planait le doute sur les circonstances du décès de son frère.

La personnalité dominante de Michel demeurait la pierre d'achoppement: il séduisait tout en inquiétant.

Danielle était un peu évoquée, si ce n'est par le fait qu'elle nous suggérait de nous substituer à elle, dans sa relation avec Michel.

Rapidement, nous avons décrit le théâtre de Michel comme exaspérant. D'«acteurs» attentifs, nous nous transformions scène après scène en «partenaires» dépités, exaspérés d'être manipulés comme des pantins. Devant la sensation de nous diriger vers un échec, face à nos partenaires professionnels, nous avons évoqué, en escalade symétrique avec notre «meneur de jeu», une mesure de retrait temporaire de l'enfant, abandonnant notre référent théorique pour une rétroaction défensive.

Ne pouvant pas nous percevoir sur la même scène que notre partenaire relationnel: c'est-à-dire une lutte sourde pour la prise de contrôle; ne pouvant accepter de le voir prendre le pas sur nous avec une telle désinvolture, nous n'arrivions pas à hypothétiser.

## c) L'hypothèse

L'hypothèse se formula, dès que nous avons pu nous dégager de notre implication émotionnelle, pouvant alors l'analyser.

L'aspect thérapeutique n'était plus qu'un prétexte à la conquête du Pouvoir. Pouvoir que nous déniions vouloir prendre, mais que nous nous devions de prendre. Nous avions un «coupable», Michel, il nous fallait protéger ses victimes, Danielle et Franck. Dans cette ponctuation, nous légitimions notre rétroaction de règlement de compte avec Michel, au nom d'une éthique supérieure.

C'est bien contre cette rétroaction **anticipée** que le système familial luttait, tout en faisant en sorte de la déclencher. Aussi comme notre disqualification était précoce, nous ne pouvions qu'hypothétiser: qu'ils avaient eu à faire avec des services sociaux, et qu'ils avaient, eux aussi, des comptes à régler.

Nous pouvions saisir que dans notre interaction avec cette famille, Michel était paradoxalement le détenteur de la parole des deux autres, et ne s'adressait à nous, non comme personne, mais comme représentant d'une entité professionnelle dont lui et sa compagne avaient été, dans leur ponctuation, les victimes. Il nous fallait donc régler ce problème, afin de valider nos interventions.

Il s'agissait d'entendre notre relation dans une pensée circulaire, après nous être imprégnés de notre éprouvé dans une causalité linéaire.

#### d) La séance

Nous évoquerons peu la séance, nous n'avons pas perçu l'importance de l'hypothèse. Elle fut utilisée, non pour résoudre le problème, mais pour prendre le pas sur lui.

Mais en l'annonçant, Michel nous a donné accès à des informations jusque-là inaccessibles:

- Enfant de l'assistance publique, il s'était créé un père aviateur, et n'avait découvert qu'un ivrogne...
- Il avait rencontré Danielle lorsqu'elle avait été elle-même placée en internat par des services sociaux. Il l'avait aidée à s'en échapper...

### DISCUSSION / HYPOTHÈSES

Lors de la première intervention, nous avons hypothétisé sur le système relationnel du couple. Même si cette hypothèse était consistante, nous avons fait l'impasse sur le système qu'il formait avec nous, considérant que la simple utilisation de la connotation positive, servirait à engager l'affiliation. La rétroaction fut l'hospitalisation.

Notre deuxième intervention, dans l'interprétation de notre relation avec eux, interrompit l'escalade soit dans la pathologie pour Danielle, soit dans la malignité pour Michel.

Il va sans dire, qu'ayant «joué» notre problème avec le pouvoir, nous ne pouvions que nous interroger.

Comment, dans la crainte anticipée d'une disqualification, nous pouvions, comme dans ce cas, fuir en avant dans une spirale symétrique et jouer notre volonté de domination? Comment, en présence de nos cothérapeutes habituels, nous pouvions aussi nous replier sur une utilisation défensive de la technique?

La reprise de nos résultats, au regard de cette question, posée ici dans ces deux réponses extrêmes, nous a permis d'observer:

- Que des changements significatifs s'étaient produits dans les familles où nous étions impliqués dans les interactions, remettant en cause et négociant implicitement la place que nous y convoitions (l'instance hiérarchique supérieure), au cours de séance à forte tension émotionnelle.
- Et qu'ils ne devenaient signifiants qu'à l'arrêt de la thérapie: la famille n'étant plus sous le contrôle des thérapeutes.



Énoncé comme tel, il s'agit, pour nous de réintroduire la question de l'intrapsychique du thérapeute dans sa démarche: son rapport avec le pouvoir et ses transactions habituelles face à la remise en cause de son identité. Il est classique de lire que les thérapies familiales nous apprennent à nous familiariser avec nos transactions et à leur rendre leur souplesse. C'est un essai de théorisation sur cette expérience que nous tentons.

Il nous est apparu intéressant de reprendre le schéma émetteur/récepteur, dans une articulation de l'intrapsychique et de l'interaction.

- **L'émetteur:** Dans un contexte donné, l'intrapsychique donne le signal d'une réponse interactive, véhiculant:
  - *Dans le code linguistique:* Une réponse adaptée au contexte situationnel.
  - *Dans le code analogique:* L'idée qu'il se fait de lui et de l'autre, dans la relation qu'ils ont ensemble ainsi que l'*anticipation* que l'émetteur se fait de la réponse qu'il obtiendra.

Ce message sera issu des traces mnésiques des patterns transactionnels analogues et des conséquences qui s'y rattachent.

Le message est unique.

- **Le récepteur:** décode le message et présente à l'intrapsychique, l'ensemble décomposé des énoncés partiels (linguistique, paralinguistique, kinesthésique), qui donnent lieu mis en présence des traces mnésiques du sujet à un message rétroactif unique.

Lors d'une rencontre thérapeutique, comme dans toutes transactions, c'est dans la phase d'anticipation que, consciemment ou non, se mettent en place les éléments du message qui inmanquablement induiront la réponse (la prédiction qui se réalise: Watzlawick). Et cela concerne autant les thérapeutes que la famille.

1. Qu'en est-il pour la famille à transaction psychotique? Les données classiques nous apprennent que la situation de thérapie lui est intolérable, même si paradoxalement elle l'appelle de ses vœux. Elle n'est là en fait que pour confirmer qu'aucune instance d'autorité ne peut y faire frontière, tout en faisant de manière explicite allégeance envers cette autorité. Dans une famille à transaction psychotique, une frontière équivaut à une perte de contrôle, ce qu'elle ne peut tolérer.

Ce refus nous apparaît lié à l'insatisfaction que chaque membre éprouve de la représentation que l'autre se fait de lui et qu'il induit. Insatisfaction qui ne sera jamais exprimée sur le plan linguistique, mais qui restera toujours latente sur le plan analogique. Ces familles sont extrêmement sensibles au langage non verbal et capables de dissocier le code linguistique et le code analogique, sans commune mesure. C'est bien l'espoir d'une restauration narcissique, qui détermine

l'impossibilité de définir la relation, l'enfant psychotique étant l'enjeu de cette restauration.

Aussi quelques soient les circonstances, le thérapeute aura toujours trop de pouvoir.

## 2. Comment alors le thérapeute peut-il nouer alliance?

Au-delà des stratégies que nous possédons, nous pensons que le sens avec lequel nous les prescrivons détermine leur impact.

Si le thérapeute, dans sa situation singulière, est à même de se servir de l'input du «patient», de la rétroaction qu'il induit en lui, il obtiendra une information proche de se qui se passe pour son partenaire relationnel dans son anticipation de la relation. Il pourra donc avoir une saisie de l'enjeu relationnel actuel du système thérapeutique. Son intervention sera d'autant plus efficace, qu'il prendra en compte cette réalité interactionnelle entre lui et la famille. Nous pensons que la prescription doit inclure cet aspect, comme rélique analogique du problème familial.

Il nous apparaît certain que, plus nos premières interventions sont efficaces, plus le système familial cherchera à rejeter la «greffe» que nous représentons. Et c'est autour de cette phase que se cristalliseront les tensions face au problème du pouvoir. Il ne s'agit pas de les abandonner au nom de la pseudo-bienveillance, mais de leur rendre sens dans l'interaction. C'est là que précisément le travail des «coulisses» prend toute son importance, afin d'éviter et de persister dans une symétrie masquée.

Dans cette perspective, mettre le système thérapeutique en crise nous apparaît une stratégie centrale. C'est ce que nous avons fait lors de notre deuxième séance, connotant positivement leur rétroaction à notre première intervention, en lui donnant le sens que nous en avions pressenti, tout en dramatisant la situation.

Aussi, dans notre protocole thérapeutique, nous considérons la connotation positive du système familial face à son problème, comme une première phase de l'affiliation, qui sera suivie d'une phase où nous mettons le système thérapeutique en crise: au cours de cette phase, c'est la fonction thérapeute qui est redéfinie, dans son espace conflictuel.

Nous pensons, quand nous butons dans notre travail thérapeutique, alors que nous présentons ce qu'il s'y joue, c'est que nous sommes impliqués, dans une relation linéaire avec le groupe familial, que nous masquons au nom du principe de circularité. Mais si celui-ci est efficace pour élaborer nos stratégies, il est inopérant dans la réalité relationnelle, ou seul le rapport de dominance trame nos existences.

Mettre en scène la conflictualité latente se révèle souvent plus créatif. Sinon notre relation se transforme en pseudo-mutualité. Nous croyons gérer un contexte thérapeutique, alors que le méta-contexte est tout autre.

*Paul-Edouard Vola*  
42, rue des 3-Frères-Barthélémy  
F-13006 Marseille

## BIBLIOGRAPHIE

1. Freud S. (1953): De la technique psychanalytique. PUF.
2. Racamier P. (1985): Dépression, deuil et Aleutour. *Revue Française de Psychiatrie*, 1, 1, tome III.
3. Selvini-Palazzoli, M. (1979): Contexte et Métacontexte dans la psychothérapie de la famille. *Thérapie Familiale*, 2, 1.
4. Selvini-Palazzoli, M. (1983): Hypothétisation — Circularité — Neutralité, Guide pour celui qui conduit la séance. *Thérapie Familiale*, 4, 2, Genève.
5. Whitaker C.A. (1980): Le contre-transfert dans le traitement familial de la schizophrénie. *Psychothérapies Familiales*, 279-297, PUF.
6. Watzlawick P., Helmick-Beavin J. et Jackson D. (1972): Une logique de la communication. Seuil, Paris.

## NOTES DE LECTURE

Luigi Cancrini, «LA PSICOTERAPIA: GRAMMATICA E SINTASSI. Manuale per l'insegnamento della psicoterapia», Nuova Italia Scientifica, Rome, 1987.

La traduction du titre de cet ouvrage en français serait: «La psychothérapie — grammaire et syntaxe — manuel d'enseignement de la psychothérapie». C'est, de l'avis du présentateur, un livre que ceux qui enseignent la psychothérapie ont attendu et espéré sans trop croire que cet ouvrage serait jamais écrit. Il témoigne de la possibilité d'un *éclectisme efficient*.

Ceci est une surprise. Les quelques manuels qui se veulent éclectiques présentent généralement, l'une après l'autre, des théories condensées à la limite du méconnaissable et sont à peu près aussi stimulants qu'un catalogue de Grand Magasin. Les bons livres de psychothérapie sont par contre, à peu près sans exception, des plaidoyers «pro domo», soulignant l'excellence d'une méthode et mettant implicitement en garde contre toutes les autres.

Il est certes dangereux pour celui qui veut apprendre la psychothérapie d' commencer l'étude en allant d'une paranoïa d'école à l'autre. C'est pourtant le parcours habituel qui permet d'accéder, un certain nombre d'années plus tard, à la sérénité des désillusions successives. Luigi Cancrini veut aider l'apprenti-thérapeute à éviter la compulsion aux choix et aux exclusions hâtives. Il nous fait découvrir un éclectisme «intelligent» dont la pierre d'angle est la croyance à un «Projet» commun à toute psychothérapie. Les différentes écoles de pensée, en particulier la psychanalyse et la systémique, seront alors définies par la façon dont elles tentent d'assumer ce projet.

Entreprise de synthèse difficile, mais, à mon avis, grandement réussie. Ce livre me paraît atteindre le but qu'il s'est donné, celui d'être pédagogique, au meilleur sens du terme. A partir d'exemples nombreux qui ancrent le discours dans le quotidien, le lecteur est familiarisé avec les prises de position des différentes écoles. L'auteur part en effet constamment du fait concret tel qu'il est relaté par le clinicien ou le romancier pour développer ses propos. Le facteur nécessaire d'arbitraire et de condensation rendu nécessaire par une synthèse de cette ampleur pourra déplaire à certains tenants des différentes écoles. Pour ma part, je suis reconnaissant à Luigi Cancrini de choix audacieux qui poussent même le lecteur chevronné à se poser de nouvelles questions.

Pour revenir au vif du sujet, quel est donc, selon Luigi Cancrini, ce «projet» commun à la psychothérapie? Notre définition, condensation que nous espérons fidèle à la pensée de l'auteur, sera la suivante: «Interaction codifiée de telle manière que la personne, ou le groupe, qui demande de l'aide du fait d'un

symptôme, voit son organisation interne transformée de telle façon que le symptôme perde sa raison d'être». Cette interaction sera régie par un code qui régleme la circulation d'une information contenant des fragments concrets, entièrement explicites, mais aussi des fragments contextuels implicites. Tant au niveau du recueil des arguments de la personne ou du système demandeur, que de la transmission des arguments que veut introduire le thérapeute, l'oubli ou l'exclusion de fragments de message, qu'ils soient du niveau explicite ou du niveau implicite, rend indéchiffrable l'information qui circule et l'échange est de ce fait inopérant. Toute psychothérapie doit ainsi respecter la totalité du message. Elle doit particulièrement prendre en considération le niveau implicite contextuel qui est le plus facile à méconnaître.

Le *plan de l'ouvrage* me paraît pouvoir être condensé en quatre parties:

- Première partie: chapitres 1 et 2 consacrés au recueil de l'information.
- Deuxième partie: chapitre 3 dédié à la question charnière de l'organisation de l'information transmise.
- Troisième partie: la restitution de l'information traitée dans les chapitres 4 et 5.
- Quatrième partie: appendice consacré aux correspondances entre cycle de vie, structures relationnelles et nosologie psychiatrique, constituant le chapitre 6.

Ce découpage n'est pourtant pas rigide. Une question déjà abordée à un chapitre précédent réapparaît souvent dans la suite de l'ouvrage et ne reçoit, là non plus, pas d'autre réponse qu'une précision accrue dans l'interrogation qu'elle soulève. J'y vois le témoignage que l'ouvrage, malgré sa claire ambition pédagogique, ne se veut pas indûment simplificateur. Nous approuvons ce refus de la facilité réductrice car peu de réponses définitives sont acceptables quant il s'agit de psychothérapies, c'est-à-dire de tentatives de modélisation de la complexité.

Suivant la division de l'ouvrage proposée, je commencerai par la *Première partie* ou *Recueil de l'information*, constituée de deux chapitres fort différents. L'un d'eux, «*Le temps de l'écoute*», traite de l'analyse formelle du message reçu et de ses niveaux de déchiffrement. L'autre, «*Le temps de la dissimulation*», concerne au contraire la complexité de l'appareil récepteur du thérapeute, c'est-à-dire les niveaux du savoir, le savoir conscient et le savoir subconscient, et leurs rapports avec l'histoire et le contexte du thérapeute.

Ce débat complexe sur ce qui est perçu et comment, qui a son pendant dans le débat inverse, ce qui est émis et comment, ouvre une discussion sur la nature du phénomène communicatif dans son intégralité. Cette discussion est reprise et élargie dans la *Deuxième partie* de l'ouvrage, le chapitre 3, intitulé de façon un peu rébarbative «*Les procédures de transmission des indications opératives*». Au risque de tomber, par nécessité de résumer, dans le réductivisme, nous dirons que les indications opératives sont le contenu implicite qui indique comment le contenu explicite doit être compris.

Ce contenu implicite est, selon la thèse soutenue par Cancrini, souvent structuré sur le mode logique que nous associons à l'Inconscient et à l'Imaginaire (logique symétrique de Matte Blanco), tandis que le contenu explicite opère selon une logique causale et temporelle (logique asymétrique du même auteur). De ce fait, le contenu implicite, perçu ou transmis de façon subconsciente ou intuitive, doit nécessairement venir compléter le contenu formel explicite pour que le message prenne son vrai sens. Cette évaluation complexe de la structure du «message humain», et des problèmes liés tant à sa réception qu'à son émission, conduit l'auteur à revoir sous une perspective assez neuve les grands concepts de la psychothérapie comme le transfert, la résistance et les différents types d'apprentissage.

Passons maintenant à la *Troisième partie* du livre qui est, à mon avis, la plus innovative. Elle établit une similarité entre toutes les approches psychothérapeutiques en ce qu'elles sont, comme un dyptique, constituées de deux volets inséparables. L'un de ces volets est leur fond logique commun appelé ici «*Syntaxe de l'intervention*», l'autre volet étant la modalité propre à l'École et au thérapeute selon laquelle ce contenu logique est transmis ou «*Grammaire de l'intervention*».

La *Syntaxe de l'intervention* est définie comme la réorganisation des données recueillies, selon les modalités décrites dans la première partie du livre, en une structure logique chargée d'un nouveau sens. La structure organisée par la syntaxe psychothérapeutique donne une nouvelle valeur au symptôme, aussi bien au niveau de la signification symbolique de son contenu, que de son rôle dans l'équilibre relationnel du système.

Résumé de façon très grossière, le raisonnement syntactique suit la trame suivante: «Tout allait bien jusqu'à l'apparition de l'accident néfaste, trauma en apparence insurmontable. En apparence inexplicable, le symptôme a cependant pour effet d'atténuer ou d'effacer les effets de l'accident. Le thérapeute, comprenant les raisons profondes du symptôme, peut recommander sa poursuite malgré ses aspects malheureux à défaut de solution meilleure, ou peut, à l'inverse, proposer une solution alternative.»

Selon Cancrini, et il en fait la démonstration à partir d'interventions cliniques, ce raisonnement syntactique représente une constante. On relève en particulier comme trait commun que le symptôme, initialement présenté dans la demande comme incidence extérieure, négative, à éliminer, est constamment reformulé comme objet significatif, d'intérêt, à conserver au moins momentanément pour étude plus approfondie.

La syntaxe est le substrat logique de la démarche psychothérapeutique. C'est un programme qui organise tout le déroulement de la thérapie bien qu'il néglige délibérément un certain nombre de facteurs comme lieux de rencontre, modes de communication, intervalles de temps appropriés pour le contenu du programme soit transmis de façon efficace à l'intéressé ou aux intéressés. Cet ensemble de facteurs est du domaine de la grammaire que nous aborderons à présent.

La *Grammaire de l'intervention* appartient plus que la syntaxe au registre intuitif. Selon la métaphore de Cancrini, si la syntaxe est la connaissance des règles et des stratégies du tennis, la grammaire est le jeu de la partie où le joueur est perdant s'il n'utilise pas l'appoint des réflexes et des réactions instinctives.

Nous avons vu que la syntaxe d'une psychothérapie est le fruit d'une réflexion qui se déroule en dehors du contexte de séance. C'est une activité de synthèse et d'abstraction. La grammaire d'une psychothérapie se développe au contraire de séance en séance. Le but visé est d'adapter le registre particulier du thérapeute au projet général défini par la syntaxe. Le thérapeute doit être participant créatif et authentique d'une interaction d'évolution imprévisible, tout en assumant l'accomplissement d'un projet logique pré-programmé, celui de la syntaxe. La difficulté de cet équilibre explique la nécessité pour le thérapeute de pouvoir recourir à une supervision ou à un contrôle de ses thérapies.

La syntaxe et la grammaire de la psychothérapie sont donc les deux volets inséparables du savoir du thérapeute. Luigi Cancrini pense que toutes les syntaxes sont parentes, mais qu'au contraire que la grammaire de chaque thérapeute, bien qu'elle doive faire l'objet d'un apprentissage, est unique et singulière. Cette distinction a rarement été établie aussi clairement. Elle me semble avoir des implications importantes en ce qui concerne le contenu des programmes de formation.

La *Quatrième partie* sur les *Correspondances* impose, du fait de sa richesse et de sa densité, un effort d'attention au lecteur. Elle méritera certainement dans le futur d'être l'objet de plus grands développements. Luigi Cancrini y révèle, à propos du DSM 3, du travail de L. Wynne et M. Singer sur les schizophrénies et sa propre recherche sur les toxicomanies, son intérêt pour une nosologie psychiatrique modernisée. Cet intérêt semble lié à la croyance en une valeur pronostique, en terme du choix des interventions, de cette classification appelée ici «*Émergence subjective*» (j'aurais préféré «*émergence nosologique*») à condition qu'elle soit mise en rapport avec la situation biológico-culturelle de la cellule familiale qui est désignée par le terme de «*Cycle vital*».

Ainsi, certaines émergences paraissent être liées à certaines situations contextuelles biológico-culturelles du cycle vital. On pourrait aussi dire que ces contextes favorisent l'apparition de ces émergences par leur influence sur la «chimie» familiale. Il s'agit de *Correspondances*, de probabilités, non de liens causaux. Sont par exemple étudiés comme contextes l'accès à l'autonomie du petit enfant, celle de l'adolescent, les problèmes d'autonomie du troisième âge.

Cette quatrième et dernière partie de l'ouvrage sur les *Correspondances* introduit dans ce manuel d'enseignement un discours conjectural qui d'une manière heureuse encadre et complète les trois parties précédentes consacrées à une analyse concrète du processus psychothérapeutique.

Il nous reste à souhaiter que le livre de Luigi Cancrini, qui a pendant de nombreuses années enseigné la psychothérapie à l'Université de Rome, soit rapidement traduit et publié en français. Il sera sans aucun doute apprécié de nombreux lecteurs.

*Philippe Caillé*

## RECENSION

**MATTEO SELVINI:** «Mara Selvini-Palazzoli, histoire d'une recherche, l'évolution de la thérapie familiale dans l'œuvre de Mara Selvini-Palazzoli», E.S.F., 1987 (trad. franç.), Paris.

«Je suis convaincue que toute recherche qui s'estime achevée est déjà morte et enterrée» dit Mara Selvini-Palazzoli.

C'est avec ce credo que Matteo Selvini entame le premier volet de l'histoire d'une recherche, qui retrace le parcours de Mara Selvini-Palazzoli de la psychanalyse à la théorie des jeux.

Un livre très utile et qu'il faut lire pour comprendre de quelle manche la «magicienne» milanaise tire ses atouts ou, pour mieux dire, un livre qui met en évidence le dur labeur d'une démarche intellectuelle rigoureuse, curieuse et toujours progressante.

Le texte, construit sur le modèle de «Self Starvation», couvre la période 1967-1978 et nous fait partager, en cinq moments successifs, l'évolution selvinienne.

«Les premières expériences de thérapie familiale en tant que psychanalyse»: né du bilan déprimant du traitement des anorexiques et des visites à Boszormenyi, Framo et Woodbury, les débuts sont lents. Si l'on voit le patient avec sa famille, on parle encore de transfert et de résistances. C'est une période de conflit conceptuel inconfortable, qui pousse Selvini à se plonger dans une étude approfondie de toute la littérature sur le sujet. Elle établit ses premiers critères d'évaluation de la dysfonctionnalité familiale.

La deuxième partie: «Du communicationnisme à la théorie des jeux» décrit la découverte de l'importance du contexte et de la complémentarité des jeux relationnels, dans «l'obsédé et son conjoint», «Contexte et métacontexte dans la psychothérapie de famille» et «Le racisme dans la famille». On y voit les techniques thérapeutiques évoluer lentement. La recherche d'information se nourrit de métacommunications plutôt que des explications pédagogiques en usage dans la période précédente, le thérapeute abandonne petit à petit sa neutralité et devient plus actif dans la séance. Le travail d'équipe, la supervision derrière le miroir ou sur vidéo, devient un instrument de recherche à part entière.

En 1971, c'est «le choix du modèle systémique batesonien et les premières thérapies interventionnistes», qui marque la rupture radicale avec le passé. C'est la période des commentaires paradoxaux, de la prescription de rites, de la connotation positive et de «l'ultime synthèse sur l'anorexie mentale». Suit une période intitulée «de l'interventionnisme verbal à l'interventionnisme analogique» qui rapporte le travail avec les schizophrènes, publié dans «Paradoxe et contreparadoxe». C'est l'un des chapitres les plus fournis, riche en extraits théoriques et



illustrations pratiques de cette période qui, sur le plan de la technique thérapeutique, se centre sur la prescription en fin de séance. Les Selvini nous font cadeau d'un «exemple de conduite systémique d'une thérapie familiale en son entier». Le dernier chapitre: «Hypothétisation, la recherche sur les jeux familiaux» aborde le problème du jeu que les familles jouent avec les thérapeutes, et reprend l'article «hypothétisation, circularité, neutralité, trois directives pour conduire une séance» fondamental pour la formation des thérapeutes. Matteo Selvini conclut brillamment sur un commentaire de la phrase de Korzybski «la carte n'est pas le territoire...» et montre comment théorie et pratique se doivent de co-évoluer.

Cet ouvrage, dont la qualité première est de montrer un processus, est un ordonnancement chronologique de textes originaux et parfois inédits, liés par les notices introductives et commentaires de M. Selvini. Ce texte de liaison est intéressant mais parfois difficile à suivre car certains commentaires sont propres à l'auteur, d'autres sont partagés par l'équipe dont fait partie Mara Selvini-Palazzoli, et sont formulés *a posteriori*. Ce regard sur le passé avec les yeux du savoir actuel est particulièrement sensible dans l'emploi répété du concept «théorie des jeux» (préoccupation actuelle, je crois, de l'équipe milanaise), et dont il recherche l'origine intuitive dans les premiers travaux mentionnés.

On se réjouit de lire comment, avec forcément moins de recul, Matteo Selvini rendra compte de l'évolution après 1978 de la pratique et des concepts de Mara Selvini-Palazzoli et de son équipe, aboutissant au «I giochi psicotici nella famiglia» publié en 1988.

*Monique Collard.*

## INFORMATIONS

**SÉMINAIRE DE THÉRAPIE DE COUPLE SYSTÉMIQUE**, «Couple d'aujourd'hui, enfants d'hier». Avec Maryse Engel du Centre pour l'Etude de la Famille à Gent (Belgique). Les 7 (soir), 8, 9 novembre 1988.

*Informations*: Gilbert Pregno, Centre OPPEN DIR, 3, rue de la Montagne, L-4248 Esch-sur-Alzette, Grand-Duché de Luxembourg, tél. 54 16 16.

**JOURNÉE D'ÉTUDE DU GROUPE DE RECHERCHE SUR L'AUTISME ET LE POLYHANDICAP DE L'ENFANT**. «Thérapeutiques pédagogiques et familiales de la psychose de l'enfant». Organisation scientifique: Dr G. Vacola, Dr M. Gayda. Paris, le 25 novembre 1988.

*Informations*: Dr G. Vacola, groupe de recherche sur l'autisme et le polyhandicap, Hôpital de Jour C.E.S.P.H., 20, rue de Flandre, F-75019 Paris, Tél. (1) 40 34 04 30.

**COLLOQUE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE**. «Le nourrisson et sa famille, apports de connaissances récentes à la pratique psychiatrique». Chambéry, les 26 et 27 novembre 1988.

*Informations*: Association Française de Psychiatrie, 23, rue Pradier, F-92410 Ville-d'Avray, tél. 47 09 11 77.

**POST-FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE**. Deux semaines dirigées par E. Tilmans. Du 21 au 25 novembre 1988 et du 17 au 25 avril 1989. Centre Chapelle-aux-Champs.

**POST-FORMATION EN INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE SYSTÉMIQUE**. Dirigée par M. Siméon et P. de Saint-Georges. Du 22 au 28 mai 1989. Centre Chapelle-aux-Champs.

**SUPERVISION POUR THÉRAPEUTES DE FAMILLE** en français, néerlandais, espagnol. Consultance et supervision à la demande. Coordination: M. Sacre, Centre Chapelle-aux-Champs.

*Informations*: J. Leclercq, Centre Chapelle-aux-Champs, Clos Chapelle-aux-Champs 30, Boîte 3049, B-1200 Bruxelles, tél. 764 39 45.

**COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LE THÈME «NARCISSISME À L'ADOLESCENCE, APPROCHE PSYCHANALYTIQUE»**. Monaco, 29-30 septembre, 1<sup>er</sup> octobre 1988.

*Informations*: Convergences, Narcissisme à l'adolescence, 16, rue Jean-Jacques-Rousseau, F-75001 Paris. Tél. 216911F. Télécopie (1) 40 13 02 31.

*Numéro thématique:*

## «JUSTICE ET FAMILLE»

Sommaire: Vol. IX, 1988, No 4

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| O. MASSON                      | Mandats judiciaires et thérapies en pédo-psychiatrie.   |
| M. NEUBURGER                   | Le juge, le secret et le «common knowledge».  |
| Y. SCIEUR<br>et M. SIMÉON      | Côté cour, côté... psy.   |
| P. POISSON                     | Travailler avec les familles non-volontaires.   |
| G. AUBRÉE<br>et Ph. TAUFOR     | Des travailleurs sociaux sous ordonnance.   |
| J.P. MUGNIER                   | Signalement et abord systémique.  |
| Y.C. BLANCHON<br>et M. CHASSIN | Qui fait la loi? A propos d'une expérience de thérapie familiale sous ordonnance judiciaire au décours de sévices à enfants.              |
| L. CORCHUAN                    | Une «thérapie» doublement contraignante.  |
| P. BEDAY-HAUSER                | Interactions Famille-Justice-Institution. Description de la prise en charge institutionnelle d'un adolescent délinquant et de sa famille. |

# 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 Mahau

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

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

# THÉRAPIE 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 : .....

## 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 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 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.

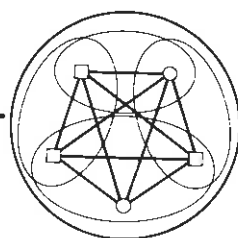
## BIBLIOGRAPHIE

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 3

## SOMMAIRE

Présentation .....	181
P. JANNE, C. REYNAERT, B. MORTREU, D. LEJEUNE et L. CASSIERS: <b>Mariage, environnement familial et ulcère duodéal chronique: de l'acidité familiale à l'acidité gastrique?</b> .....	183
L. ONNIS: <b>Incurabilité ou absence de cure?</b> .....	199
C.L. CUENDET: <b>Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise</b> .....	219
M. DE CLERCQ: <b>L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques</b> .....	231
E. DESSOY: <b>L'expression des émotions dans la famille</b> .....	247
P.E. VOLA: <b>Du concept de neutralité ou les héritages ne se refusent pas</b> .....	261
Note de lecture .....	271
Recension .....	275
Informations .....	277

## CONTENTS

Presentation .....	181
P. JANNE, C. REYNAERT, B. MORTREU, D. LEJEUNE and L. CASSIERS: <b>Marriage and family environment in chronic duodenal ulcer disease: toward a systemic understanding of ulcer genesis?</b> .....	183
L. ONNIS: <b>Intractability or absence of treatment?</b> .....	199
C.L. CUENDET: <b>Model of evaluation of family system in crisis</b> .....	219
M. DE CLERCQ: <b>A systemic intervention to face psychiatric emergencies</b> .....	231
E. DESSOY: <b>Expressed emotions in the family</b> .....	247
P.E. VOLA: <b>Neutrality concept or we can't refuse our heritage</b> .....	261
Note de lecture .....	271
Recension .....	275
Informations .....	277