

R e v u e
Internationale
d'Associations
Francophones

APPROCHE FAMILIO-SYSTÉMIQUE DES PSYCHOSES

CONTRIBUTIONS DE:

G. Ausloos, J.-Cl. Benoit, M. Berta, F. Bridgman, L. Cabanel, M.-Ch. Cabié, Y. Colas, B. Greppo, S. Kannas, L. Lamantowicz, M.F. Poulain, B. Waternaux et J. Weakland





THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XVI — 1995 — No 1

SOMMAIRE

Présentation
WEAKLAND: L'hypothèse du «double lien» de la schizophrénie et l'interac-
ion en trio (1960)
BRIDGMAN: Les psychoses infantiles: aspects et stratégies systémiques
A.C. CABIÉ: Psychiatrie adulte sans lits
. KANNAS: Psychoses et pratique éco-systémique
B. GREPPO, Y. COLAS: Disparus, revenants. Une approche relationnelle de la
sychose
6. AUSLOOS: Le syndrome affectif conjugal: un regard systémique sur la psy-
hose maniaco-dépressive
CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX: La
sychose maniaco-dépressive entre contrôle et anticipation
-C. BENOIT: Le partenariat en trio. Notre «pierre de Rosette» pour décrypter
es doubles liens psychotisants
Recensions
CONTENTS
Presentation
Presentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- Party Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue
Presentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- Party Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue
resentation
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies I.C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies LC. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive
WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction I. BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies I.C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive sychosis
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive sychosis CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX:
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive sychosis CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX: Innic-depressive Illness: control and/or anticipation
resentation WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- arty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive sychosis CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX: Innic-depressive Illness: control and/or anticipation C. BENOIT: Three-party partnership. Our «Rosette's stone» in decoding the
WEAKLAND: The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three- irty Interaction BERTA, JCl. BENOIT: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue BRIDGMAN: Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies C. CABIÉ: Adult Psychiatry without beds. KANNAS: Psychosis and eco-systemic practice GREPPO, Y. COLAS: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis AUSLOOS: Affective Conjoint Syndrome: View on the Manic-depressive sychosis CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX: anic-depressive Illness: control and/or anticipation

AZ100 BOULOGNE

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

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

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson

Centre de traitement psychiatrique de jour

Rte du Signal 25

CH-1018 Lausanne Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction Y. Birker Chavanne, CH-1225 Chêne-Bourg

Rocension de livre. B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements. Editions Médecine et Hygiène Case postale 456

CH-1211 Genève 4

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
- Compte N° C2-622 803 0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte Nº 103.377/01.08

Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Worms, libellés en trancs trançais

Prix de l'abonnement annuel

Abonnements individuels

67 - FF 285. FB 1670.-

Bibliothèques et abonnements institutionnels

FS 134.- FF 585.-

FB 3440.-

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays Copyright 1935 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland, Edité en Suisse

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule

SSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre tois par an

De nouvelles stratégies thérapeutiques face aux psychoses

mutation actuelle de la civilisation. Ceci crée de la confusion et un pessimisme que une pharmacothérapie omniprésente et aveugle et par les modifications dues à la sonnelle, qui vient se substituer à un habituel sentiment d'usure affective. des soignants font grâce à elles l'expérience d'une croissance professionnelle perqu'apporte ce fascicule de *l'hérapie Familiale*. Les aspects psychothérapiques de ces schémas thérapeutiques acquièrent une logique plus satisfaisante. C'est cette leçon nement dans le soin. Se révèlent alors des ouvertures cliniques inattendues. Les cule une démarche familio-systémique atténue, car elle prend en compte l'environnouvelles stratégies thérapeutiques se montrent d'une originalité captivante. Bien l'acc aux troubles mentaux graves, les cliniciens sont actuellement débordés par

nation. Sa reconnaissance débouche sur des techniques appropriées à ces commuconstitue la base de toute réflexion sur les institutions destinées aux soins de l'aliéautour du jeune psychotique se retrouve dans l'institution soignante. Ce fait collectif montrait à Palo Alto, le trouble communicationnel intense constaté dans les familles une image globale des efforts initiaux des thérapeutes familiaux américains face aux articles réunis ici. mautés. Le thème des relations triadiques se profile d'ailleurs dans chacun des troubles mentaux graves des jeunes sujets. Comme d'emblée l'équipe Bateson le Weukland, daté de 1960, consacré aux interactions institutionnelles en trio. Il donne En hommage aux créateurs de ce mouvement, figure en tête le texte de John

cier pour «mâcher» ce noyau pathogène? Cette figuration concrète semble assez spécificités familiales, prenant appui sur l'image d'un noyau psychotique familial breux échanges sur des thèmes tels que l'activation, le projet et l'anticipation en proche de notre travail difficile, lent, partagé. des uns ou des autres - patients, familles et soignants - ne serait-elle pas de s'assopartagé par différents membres et particulièrement porté par le patient. La tâche psychothérapie. A propos des troubles psychotiques, nous dialoguons ici sur leurs Avec le psychiatre psychothérapeute uruguayen Mario Berta, j'ai eu de nom-

multidisciplinaires, plongées dans la complexité des environnements divers qui Il y a là une difficulté logique permanente pour les praticiens et pour les équipes croissance de l'enfant se trouve encore accrue dès qu'il est question de pathologie. nécessaire d'appréhender leur difficulté essentielle. Pour Frédéric Bridgman, c'est entourent la croissance initiale. Certes, il faut avant tout éviter de percevoir les tiplicité des modèles théoriques simultanément nécessaires pour comprendre la familles des enfants psychotiques comme a priori dysfonctionnelles, mais il est L'apport de Frédéric Bridgman est celui, essentiel, du pédo-psychiatre. La mul-

«une erreur logique familiale» qui oriente leurs interactions vers le blocage de la croissance co-évolutive. Le refus d'accepter l'aspect trigénérationnel d'une naissance induit un contexte paradoxal d'apprentissage avec l'enfant, erreur logique parentale effaçant les différences familiales d'origine entre les partenaires du couple.

Chaque jeune adulte psychotique apporte ses appels répétés aux équipes soignantes de la psychiatrie adulte. Marie-Christine Cabié a créé une institution de réponse aux urgences et aux crises, accueil pratiquement «sans lits», appliquant les méthodes issues de la thérapie brève américaine. Centrée sur les ressources du patient dans son environnement, cette stratégie renverse les rôles en donnant au patient une place d'expert dans sa thérapie. Dans les récits de Marie-Christine Cabié, on voit l'équipe intervenante s'auto-organiser, globalement et au cas par cas, pour faciliter la réorganisation parallèle du contexte naturel où le malade reste participant. Elle peut ainsi décrire «l'enthousiasme des équipes qui découvrent de nouvelles contrées».

La notion de partenariat avec les familles est au centre de l'apport de Serge Kannas. Ce responsable d'un service de psychiatrie publique adulte de secteur dans la région parisienne a créé de même une dynamique a priori extra-hospitalière et ambulatoire des prises en charge. Très proche des actions de Jay Haley, Cloé Madanes ou Mc Farlane, Serge Kannas tente une étroite coopération avec les parents, les incitant et les aidant à pratiquer un «recadrage directif rigide» face aux désordres comportementaux des jeunes psychotiques. Le but est de conduire à son terme un processus consensuel de séparation des générations, au sein de la famille et de son cycle de vie. Depuis plus de dix ans, cette entreprise d'équipe appuie son développement sur la réalité de ses résultats positifs.

Rernard Greppo et Yves Colas apportent cette découverte: des liens cliniques existent et peuvent être démontrés par l'approche familiale entre les disparitions parentales, créées par exemple dans un but de protection de l'enfant, et l'apparition d'une psychose se développant plus tard chez lui, matériel psychologique et psychothérapique tout à fait original. Le «parent disparu» peut d'ailleurs se transformer en «revenunt». A partir de ce fil directeur s'explicitent à la fois la pathologie individuelle – avec souvent les violences de la vengeance – et la blessure familiale initiale. Ceci peut conduire à la compensation thérapeutique des deux. Bernard Greppo et Yves Colas insistent sur la différence entre un vrai deuil et ces pseudo-disparitions. Le ur fréquence est bien connue, mais leur nocivité a été peu étudiée jusqu'à présent.

Voici aussi une autre belle découverte, apportée par **Guy Ausloos** depuis le nord-Canada. Le «syndrome affectif conjugal» qu'il a rencontré dans ces terres de transplantation constitue une donnée nouvelle dans les cyclothymies, abordées par leur face conjugo-familiale. Le clinicien est trop facilement convaincu par la présence évidente de faits biologiques, voire génétiques, dans les troubles de l'humeur. Une meilleure connaissance de faits psychologiques et environnementaux naîtra lorsqu'il sera attentif, par exemple, aux propos émis par des malades en état d'excitation. Ces propos éclairent le contexte conjugal, et fondent la psychothérapie à ce niveau: le patient dans son couple. Elle peut prévenir les rechutes, permettre la réduction des chimiothérapies prolongées ou indéfinies et remettre en route le cycle de vie.

Le thème des dysthymies est également abordé par l'équipe de l'Unité de Thérapie Familiale de Boulogne, Laurent Cabanel, Lysiane Lamantowicz, Marie-Françoise Poulain et Brigitte Waternaux. Ils décrivent la prévalence contextuelle du contrôle, introduite par la chimiothérapie, lithium ou tégrétol en particulier, avec leurs vérifications biologiques régulières. Ils rappellent la théorie d'Atlan, qui nuste sur l'emploi du «bruit» pour l'auto-organisation des systèmes naturels. L'eut stable obtenu par le contrôle permanent de l'humeur correspond paradoxalement à l'attente d'un inévitable accès ultérieur. Réintroduire un certain désordre par les contacts collectifs incluant des membres de la famille peut apporter un assouplissement co-évolutif, qui ouvre un contexte d'anticipation.

L'article de Weakland a stimulé mon désir de mieux comprendre des éléments constants dans ces pratiques. Elles reposent toujours, semble-t-il, sur des négociations complexes du type « partenariat en trio », thème de mon article.

Au-delà de ma reconnaissance vis-à-vis de nos collègues pour la grande qualité de leurs textes innovants, je suis incité à conclure cette présentation sur les points suivants;

- L'apport d'une psychothérapie élargie à l'environnement, dans la qualité des soins donnés à ces *sujets* schizophrènes ou psychotiques, est un fait crucial face à la tendance à les traiter comme des «objets»! Notre pratique éco-systémique nous donne des arguments pour une critique des aspects anti-écologiques d'une culture uniquement technologique (Bateson) et pour une mise en cause des excès bio-médicaux dans la psychiatrie actuelle.
- La légitimité d'une valeur scientifique donnée à la recherche cas par cas s'impose dès qu'il s'agit ainsi de psychothérapie et d'anthropologie.
- L'originalité exceptionnelle des faits cliniques révélés grâce aux aventures pragmatiques des approches familio-systémiques justifie amplement de telles approches cliniques, et manifeste leur intérêt considérable pour la pratique et pour la théorie, voire pour l'anthropologie contemporaine.

J.-C. B.

L'HYPOTHÈSE DU «DOUBLE LIEN» DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET L'INTERACTION EN TRIO [THRÈE-PARTY INTERACTION] (1960)

John WEAKLAND*

Résumé: L'hypothèse du «double lien» de la schizophrénie et l'interaction en trio [three-party interaction] (1960). — Ce texte de base d'un membre de l'équipe Bateson à Palo Alto est consacré au phénomène de la contamination institutionnelle par les doubles liens issus des schizophrènes et de leurs familles («interaction en trio»). Panorama général sur le thème des relations triadiques.

Summary: The "Double bind" Hypothesis of schizophrenia and Three-Party Interaction. — This basic paper from a member of the Bateson team in Palo Alto describes the fact of double bind contamination in the psychiatric hospital by schizophrenic patients and their families ("three party interaction"). A general view about triadic relationships.

Mots-clés: Schizophrénie - Famille - Interaction en trio - Hôpital psychiatrique.

Key-words: Schizophrenia - Family - Three party interaction - Psychiatric hospital.

Nous avons développé dans un article antérieur, mes collègues et moi, le concept de «double lien» en tant que schème de communication induisant les conduites spécifiques de la schizophrénie (Bateson et coll., 1). Notre attention était alors centrée sur l'interaction à deux personnes, en particulier la communication entre la mère et l'enfant. Puis nous devînmes de plus en plus intéressés par l'implication des patients dans une interaction en trio / three-party interaction, particulièrement père-mère-enfant et les relations institutionnelles telles que psychiatre-psychothérapeute-patient et médecin-infirmier-patient. Bien que

Cet article est un élément du Schizophrenic Communication Research Project dirigé par Gregory Bateson et réalisé au Veterans Administration Hospital, Palo Alto, Californie. Cette recherche a été soutenue par un fonds de la Josiah Macy Jr. Foundation, géré par le Department of Anthropology, Standford University; et par un fonds du National Institute of Mental Health, administré par le Mental Research Institute of the Palo Alto Medical Research Foundation. Bien entendu, j'exprime ma dette au directeur de ce projet et à ses autres membres, Jay Haley, les médecins Don D. Jackson et William Fry, pour certaines des idées présentées dans ce travail.

⁽Texte intitialement publié dans l'ouvrage*The Etiology of schizophrenia*, sous la direction de Don Inckson en 1960, à New York, par l'éditeur Basic Books que nous remercions de son amabilité. Il figure également dans: *Double bind*. The foudation of the communicational approach to the family, C. E. Sluzki, D.C. Random, Ed., Grune & Stratton, New York, 1976, ouvrage classique de référence. Iraduction: J.C. Benoit).

l'égard de la (ou des) personne(s) émettant les messages contradictoires. Ceci est évident lorsque cette dépendance est inhérente à la situation (enfance, ou maladie). Plus complexes, cependant, sont les situations importantes où la dépendance (ou la croyance en sa réalité) est accentuée par d'autres messages contextuels de communication en double lien, à un niveau bien au-dessus des «réalités» concrètes ou émotionnelles propres à la situation existentielle courante du sujet.

(3) Il est toutefois important de répondre adéquatement à la situation communica sage ultérieur mettant en cause cette réponse, du type: «Pourquoi ne veux-tu réponses inadéquates et incomplètes sont tout à fait aptes à provoquer un mestout ou rien à l'un des aspects du message de l'émetteur. De plus, de telles avec désordre des idées et des affects; et de propos ou d'actions qui manifestent non congruentes, puisque chaque injonction exige une réponse comportemenla situation s'aggrave encore. pas répondre quand je te parle?», ou «Tu t'énerves toujours trop facilement.» la confusion ou la dissociation soit de façon directe, soit par des réactions de ner le niveau du message à recevoir; de la confusion subjective conséquente récepteur à différents niveaux de comportement. Il s'agit de l'échec à discrimicongruence des messages reçus induit de nouvelles difficultés de la part du tale. L'absence de reconnaissance et de réponse à la dualité et à la non sages significatifs contradictoires signifient deux injonctions comportementales tionnelle, ce qui inclut de répondre à sa dualité et à sa discordance. Deux mes-Alors la séquence totale prend la forme d'un double lien plus large, écrasant, et

double lien comme manœuvre comportant ces diverses réponses, et non comme ces réponses soit facile à donner, même si nous considérons ici le schème du mais je ne suis pas sûr de savoir le faire.» Ceci ne veut pas dire que chacune de cela est important pour vous, je le ferai.» (c)« Merci de votre aimable attention mais vous semblez plutôt me demander de le faire.» (b) «Je n'y tiens pas, mais si cette fenêtre?» pourrait être dite d'une façon ou dans un contexte suggérant un nen «partaitement reussi». reconnaître. Alors: (a) «Vous parlez comme s'il s'agissait de ce que je désire. que le locuteur est réellement celui qui exprime un souhait sans vouloir le situation de discordance modérée. La phrase «Ne voudriez-vous pas ouvrir congruence. Pour illustrer ceci, considérons quelques réponses possibles à une l'humour inclut toujours des niveaux multiples de messages et de la non réponse humoristique dévoilant la nature discordante du double lien, car être fait (b) en répondant par un message également double, ou c) par une explicitement la situation inductrice de cette communication. Ceci pourrait aussi meme - c.-a-d. en changeant de niveau de communication et en contestant dance. Ceci pourrait être réalisé soit en pointant clairement la discordance ellede réponse adéquate que dans une réplique qui perçoive et souligne sa discor-On observe qu'une telle commmunication non congruente ne peut trouver

(4) Il est difficile de donner une réponse adéquate en raison du déguisement, du déni ou de l'inhibition inhérente ou conjointe à la paire des messages contradictoires de base. Nombreux sont les facteurs communicationnels qui servent à

certains sont évidents et d'autres, subtils; certains explicites et d'autres, implicites certains sont évidents et d'autres, subtils; certains explicites et d'autres, implicites certains sont verbaux et d'autres en relation avec le ton, les gestes ou le contexte; certains positifs et d'autres, négatifs. Cette diversité et cette subtilité ont probablement joué un rôle majeur, à la fois chez les patients et chez les psychiatres, pour obscurcir le schème communicationnel du double lien et sa signification étiologique dans la schizophrénie. En relation avec ceci, notons l'accent mis par les psychiatres sur des traumatismes dits spécifiques et le manque d'attention portée aux schèmes répétitifs d'apprentissages situationnels de base (Jackson, 5). Quelques-uns de ces faits d'importance majeure peuvent être mentionnés ici pour leur intervention dans des situations duelles de double lien, tands que d'autres, propres aux situations triadiques, seront présentés plus loin.

- Le déguisement. Deux obstacles majeurs à la reconnaissance claire de congruent avec une situation donnée. Ceci est de plus renforcé en raison de inverser le sens des messages les plus clairs ou les plus détaillés. souvenir que concrètement des messages très minimes - de ceux que l'on tions comportementales différentes et incompatibles. A ce propos, on doit se vrai. Non, A est faux», même si les deux messages comportent des injoncau ton ou aux gestes. Il n'y a pas de confrontation claire du type: «A est verbaux qualifie l'autre de façon discordante, soit le message verbal s'oppose logiques différents ne se confrontent pas directement: soit l'un des messages sa nature même. Premièrement, ces messages de niveaux ou de types l'inconsistance fondamentale de la communication en double lien tiennent à ni lui échapper ni l'ignorer, et toutefois il lui sera bien dificile de mettre en l'importance de cette personne pour le récepteur: non seulement il ne peut l'indication « ceci est un seul message », ou au moins qu'il s'agit d'un message Deuxièmement, le fait qu'une seule personne s'adresse au récepteur inclut peut facilement ignorer ou nier - peuvent modifier radicalement ou même retrait corporel. La discordance est réelle, mais bien déguisée, et il n'est pas de moi, chéri», dit avec une pointe d'hostilité cachée dans le ton, ou un léger être tous observés dans ce seul exemple du propos d'une mère, «Viens près doute ou de vouloir clarifier ses messages. Ces différents facteurs peuvent facile de demander des précisions à sa mère sur la base d'une si minime
- b) Le déni: à l'évidence, l'action des facteurs précédents peut être renforcée par l'adjonction à la paire fondamentale des messages non congruents d'autres messages déniant fortement l'existence de cette contradiction et peut-être attribuant la faute au récepteur en clamant qu'il comprend mal, en insistant sur la cohérence de l'émetteur et sur l'importance de sa position par rapport au récepteur, etc. Dans la ligne de l'exemple cité, si l'enfant a le courage de dénoncer le ton pris par sa mère, elle peut lui répondre: «Tu te l'imagines, mon chéri; tu sais combien ta mère t'aime».
- c) L'inhibition: un renforcement similaire à celui apporté par le déni peut s'obtenir aussi par le «non-message» c'est-à-dire en ignorant complète-

clairement différentes et plus complexes que l'interaction en duo / two-person interaction précédemment étudiée, ces situations en trio montraient entre elles de franches similitudes lorsqu'on voyait en elles les schèmes d'une communication conflictuelle supportée par le patient.

Notre point de vue général, nos concepts particuliers et nos hypothèses sont busés sur une étude détaillée et intensive d'enregistrements au magnétophone, et filmés, de la communication concrète de patients en présence des gens jouant un rôle important dans leur vie. Au début nous avons surtout étudié la communication des patients et des thérapeutes lors d'entretiens individuels, mais depuis bien des années nous nous centrons désormais de plus en plus sur les interactions des patients avec des membres de leur famille, en séance de thérapie familiale ou en simple rencontre du groupe famillal. Ce texte-ci ne présente qu'une partie limitée de notre matériel de base. Se centrant sur l'application de l'approche et des vues obtenues ainsi, il analyse les interactions en trio et leur corrélation avec des observations apportées par d'autres chercheurs dans la schinitiales, afin de dessiner un schème schizophrénogène de base, commun à diverses situations particulières, et d'induire une vision communicationnelle assez étrangère à la psychiatrie orthodoxe, que nous avons pourtant trouvée des plus éclairantes.

Le concept basique du double lien: une interaction en duo

Afin de préciser les choses auprès des lecteurs ne connaissant pas nos articles antérieurs sur ce sujet, nous allons rappeler brièvement notre vision initiale du double lien et tenter de montrer comment celle-ci aide à éclairer l'interaction schizophrénogène en trio. Comprenez que nous n'affirmons pas que des doubles liens soient le seul facteur important dans la genèse de la schizophrénie, ni que ces situations plus complexes «ne sont que doubles liens». Nous concevons plutôt ce concept comme une aide à la perception de similitudes significatives pour la schizophrénie, dans des situations différentes. Nous avions décrit, initialement, notre point de vue comme suit.

Les caractéristiques générales de cette situation (double lien) sont:

- 1. Un individu est impliqué dans une relation intense; c'est une relation où il sent qu'il lui est vitalement important qu'il discrimine exactement quelle sorte de message on lui communique, afin de pouvoir répondre de façon appropriée.
- De plus, cet individu est pris dans une situation où le partenaire de la relation exprime deux ordres de messages, dont l'un dénie l'autre.
- De plus, cet individu est incapable de commenter les messages exprimés et de discriminer à quel ordre de message il doit répondre, c.-à-d. qu'il ne peut pas faire de commentaire métacommunicatif.

(D'autres éléments décrits au début par notre groupe de recherche sont tout à fait similaires, à quelques détails près dans les termes et l'accentuation.)

Cette façon de décrire la situation de communication en double lien semble vouloir montrer le schème global des messages comme émis par un «lieur». Au début de notre travail, il semblait urgent d'accentuer ce point et – à l'encontre d'un climat de pensée qui se centrait soit sur la biologie soit sur la fantasmatique – d'insister sur le fait que des gens concrets émettaient des messages concrets et observables, inducteurs de réponses schizophréniques. Nous décrivions cette situation comme celle d'une personne donnant à une autre deux messages reliés mais contradictoires ou non congruents, comportant de fortes injonctions en conflit, et agissant de plus pour empêcher la «victime» d'échapper, pour inhiber sa lucidité et sa dénonciation de l'incohérence.

Cependant, ce modèle se nuance sur deux points importants. Premièrement, il doit être clair que nous ne pensons pas à une perception unifiée et fermée de ces relations. Bien que l'image linéaire d'un «lieur» et d'une «victime» puisse être valable à un stade très précoce de la relation parent-enfant, rapidement la «victime» apprend des schèmes relationnels similaires ou complémentaires – donnant ainsi elle-même des messages non congruents, ou répondant à toute communication comme si elle était non congruente et paralysante. Ceci contribue fortement à maintenir les schèmes globaux communicatifs et d'interaction observés dans les familles des schizophrènes et aux difficultés de la psychothérapie de tels patients; des messages continus de ces types induisent fortement le thérapeute à entrer dans des interactions pathogènes similaires avec le patient schizophrène.

Deuxièmement, mettre l'accent sur l'émission de tels messages impose en fait de percevoir la situation à partir du pôle opposé – c.-à-d. au niveau de la personne recevant des messages en double lien et se comportant en réaction à ceux-ci. Ce point de vue est tout à fait approprié ici. Cette réponse schizophrénique à certaines situations de communication duelle ou en trio a une signification psychiatrique, orientant vers le passé la recherche de circonstances antérieures qui comporteraient les facteurs collectifs de cet effet collectif. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à la situation communicationnelle de double lien au niveau de la partie finale du système, le récepteur-répondant.

L'une de nos remarques récentes concernant le double lien, lors de l'étude du contexte d'un patient peu avant sa décompensation psychotique, aboutit en particulier à ceci: «Nous avons proposé [...] notre conception du double lien comme une situation (1) où un sujet est confronté à des messages paradoxaux, (2) non perçue comme telle clairement en raison de son déguisement, ou de son déni, ou parce que les messages sont de niveaux différents, et (3) auquel il ne peut ni échapper, ni percevoir ou commenter efficacement les contradictions» (Weakland et Jackson, 12) Afin d'être plus claire encore, cette description du double lien doit être développée comme suit.

- (1) Dans une situation de double lien, un sujet est affronté à une communication importante comportant une paire de messages, de niveaux ou de types logiques différents, conjoints mais non congruents l'un l'autre.
- (2) Quitter le terrain est interdit. Suivie de l'établissement d'une communication plus satisfaisante, l'échappatoire ouvrirait une voie latente pour une réponse courante et adéquate. Son absence découle habituellement de la dépendance à

ment les complexités concrètes de l'échange et les effets de la discordance, et en agissant comme s'ils n'existaient pas. La perception de ce type d'échange peut être aussi bloquée par l'interdit opposé à tout commentaire, ou par diverses menaces tels des signes de retrait ou de désarroi parental face à toute tentative de mise en cause. Tous ces facteurs sont de plus renforcés quand – comme cela semble courant dans les situations de double lien – le «lieur» souligne sa volonté de bienveillance et son souci du bien-être de l'autre. En fonction de ces différentes possibilités, notre mère hypothétique pourrait se conduire comme si ses propos discordants étaient des plus clairs et loyaux; interrogée, elle pourrait répondre: «Tu ne dois pas t'inquiéter et faire une montagne de ça, chéri; laisse tout ceci à maman»; ou elle pourrait paraître troublée ou blessée comme par une attaque injuste, l'atteignant dans son amour maternel et sa dignité; ou elle pourrait se montrer tout à fait incapable de concevoir la question posée, réaction qui peut être l'une des formes les plus dévastatrices du retrait.

Chaque fois que le message de type déguisement, déni ou blocage, renforce une communication initiale en double lien, il produit par association une nouvelle structure de double lien, plus large encore. Par exemple, quand l'émission d'une paire de messages discordants est suivie d'un message niant toute contradiction, cette combinaison conduit à une autre paire de messages discordants, de niveaux différents, dont la discordance est difficile à détecter et à gérer. Et ce processus peut se répéter de soi, s'élargissant à mesure. Si l'enfant continuait à souligner le déni maternel, la mère pourrait dire: « Quelque chose a dû te soucier pour que tu te conduises ainsi avec ta propre mère, qui t'aime tant ». Le pouvoir pathogène des schèmes de communication en double lien et la difficulté de les défaire semblent en étroite relation avec cette tendance progressive et cumulative. (Il est ici instructif de se rappeler les descriptions de Stanton et Schwartz (1954, 11) sur la façon dont les conflits institutionnels cachés tendent à grossir et diffuser.)

Père, mère et enfant schizophrène

Notre conception initiale d'une situation en double lien reposait sur le cas d'une personne qui reçoit d'une autre deux messages corrélés mais en conflit, de niveaux différents, auxquels on ne peut échapper tout en devant répondre, mais où existent des difficultés majeures et précises à la détection et au dévoilement de leur inconsistance. Toutefois, dans ces premières études, nous notions brièvement l'existence d'éventualités plus complexes, reconnaissant que cette situation n'était pas nécessairement induite par la mère seule mais pouvait être créée par la combinaison mère, père et/ou collatéraux. Si nous considérons maintenant la mère et le père dans leur relation à l'enfant comme la situation en trio qui, dans la pratique, est probablement des plus importantes face à la schizophrénie, il est alors évident que la plupart des facteurs relevés dans la situation en duo peuvent aussi bien intervenir dans le cas du trio. Certainement, les parents peuvent donner sur un thème unique des messages discordants à l'enfant. Pour un enfant, qui, en un sens global et collectif, est plus dépendant

de deux parents que d'un seul des deux, certainement il est grave d'avoir à faire à deux injonctions comportementales discordantes, résultat de sa rencontre avec l'inconsistance de ces messages. Mais, aussi certainement, l'un ou les deux parents peuvent aussi donner des messages qui déguisent, dénient ou inhibent l'élucidation de cette inconsistance, selon les façons multiples et semblables à celles étudiées ci-avant.

ment le message. Ceci peut être également difficile avec deux émetteurs lorsque les d'une seule personne sont rendues difficiles par l'impossibilité de scinder facilecomparaison et la révélation de messages éventuellement contradictoires issus avoir facilement des similitudes ou des équivalences lors d'une situation en trio. La verte - que ces facteurs occultants qui semblent liés à la situation en duo, puissent dyade en une apparente unité. Les formes linguistiques offrent cette possibilité sonnes communiquent en fait séparément avec la troisième tout en groupant leur l'unicité ou la congruence des messages peuvent être allégués alors que deux permessages sont trop séparés - selon les personnes, les moments, les styles de phrase. par des termes collectifs comme «les parents». Une autre possibilité réside dans la avec les pronoms pluriels («Nous te demandons d'agir de telle ou telle façon») ou uons de l'autre» (Bateson et coll., 1). Même le fait d'«individualité» / «oneness» et individu mais par deux,... un parent peut nier à un niveau plus abstrait les injonc-Ils peuvent aussi différer de niveau: «Quand le double lien est infligé non par un dont l'inconsistance est encore plus difficile pour elle à dévoiler et à commenter que time » des possibilités d'être confrontée à des messages discordants sur des modes qu'elles peuvent être fausses. Ainsi, la situation en triade comporte pour la «vicsages n'ont rien à voir avec leurs similitudes ou leurs différences réelles - c.-à-d. accord, en méta-niveau, et ces proclamations d'harmonie et de similitude des mesostensiblement l'autre comme seul intervenant. Mais, bien sûr, ces indications d'un parents peut se montrer silencieux, dominé, ou en retrait de la situation, laissant pensons que tu n'es pas assez bien pour rentrer déjà à la maison»). Ou bien l'un des désignation explicite des messages de chacun comme identiques («Ton père et moi les faits similaires dans les cas en duo. Il est peu évident tout d'abord - mais spécialement frappant lors de leur décou-

créant une atmosphère irréelle où ce qui est dit et admis diffère de ce qui fut réelocculte: «Survient un 'maquillage' important des sources possibles de conflit. et des messages discordants sont donnés à l'enfant de façon plus ou moins acceptées ou assumées par l'autre, créant une atmosphère de folie à deux» (p. 246). du mariage et de la vie familiale: «Les idées bizarres de l'un des partenaires sont situation où le père et la mère assument manifestement une vision très singulière «distorsion conjugale», soit un «schisme conjugal» (7). La «distorsion» est une avec nos schémas. De façon constante, les familles étudiées manifestent soit une comporte de nombreuses observations sur les interactions familiales, concordant avec la schizophrénie. Par exemple, tout en étant orienté et conceptualisé de valables pour les famillles dont un membre est schizophrène et qu'elles ont à voii démontrent de façon croissante que les idées évoquées ci-dessus sont réellement communicationnelles en trio, nous devons aussi noter que des faits concrets laçon vraiment différente du nôtre, le travail de Lidz et de ses collaborateurs Cet accord est cependant plus apparent que réel, et des indications de désaccord Tout en étant concernés ici surtout par l'analyse conceptuelle des possibilités

lement vécu et agi.» (p. 246) Dans la famille S., un sérieux schisme existe réellement, en dépit de la paix régnant dans le couple (p. 247). «Le 'maquillage' désigne la capacité de l'un ou des deux parents à dissimuler un grave problème familial tout en agissant comme s'il n'existait pas.» Ainsi dans un cas typique, il paraissait admis que l'épouse maintenait le mythe d'un couple heureux, avec une forte image paternelle, tandis que «les enfants ne pouvaient ignorer la fausseté de cette histoire» (9 p. 313).

Un autre extrait de cas présenté dévoile très clairement le modèle de l'union exprimée au dehors et d'une désunion occultée. «Dans l'axe de ses croyances, le père désapprouvait toute hostilité, et se taisait. La mère, pour sa part, le dénigrait, soulignant son manque d'inclination pour le grand air, les sports et tout exercice physique, éléments qu'elle-même valorisait, les estimant essentiels pour ses enfants » (p. 310). Un autre point présent dans cet extrait mérite d'être souligné, bien qu'un peu en marge du thème de notre article: la mère justifiait cette différence conjugale non comme un choix personnel, dans sa relation avec le père, mais comme l'expression de son intérêt affectif pour les enfants; c'est-à-dire que la responsabilité des différends parentaux était attribuée à ceux-ci. Dans notre expérience des familles de schizophrènes le fait est typique (ne se limitant pas aux mères d'ailleurs) et possède un rôle dévastateur pour les enfants et pour la famille entière (Fleck et coll., 3).

Ces extraits montrent clairement que la «distorsion familiale» de Lidz concerne des situations d'un accord parental apparent mais accompagné de déguisement, de déni et d'inhibition des commentaires, avec les réactions que nous avons décrites. En effet une de ces descriptions rejoint nos termes: «Bien qu'aucun des parents ne discrédite l'autre ouvertement devant les enfants», cependant dans la famille coexistent d'autres indications «objectives» ou «apparentes», issues du père, de la mère et de leur relation, avec les réactions à ces «oppositions confusionnantes» et à ces «images inconsistantes et contradictoires» (6).

Lorsque l'on rapproche les études de Lidz sur les pères des schizophrènes (6, 9) et celles concernant la «distorsion familiale», on observe dans ces familles qu'un parent semble dominer clairement, mais qu'en fait les faits sont divers – allant de l'image d'un accord apparent miné en réalité par le conjoint soumis, jusqu'à la figure où l'un des parents semble dénué de toute présence, retrait passif qui peut exprimer encore à la fois l'entente et l'absence d'entente. Cette figure où «les enfants sont virtuellement sans père » est peut-être intermédiaire entre une interaction en trio plus active et l'interaction à deux que nous avons d'abord étudiée.

Le concept «schisme conjugal» de Lidz est moins facile à placer dans notre perspective, car il implique et décrit nettement un désaccord parental exprimé, «déséquilibre et désaccord sévère chronique» (58). Quoiqu'il en soit, d'un point de vue élargi, il semble que ces familles puissent entrer dans notre conceptualisation. A ce propos, manquant d'informations détaillées sur les familles de Lidz et ne les connaissant pas, nous ne pouvons que suggérer des axes d'explication nés de notre expérience personnelle avec les familles de schizophrènes. Les difficultés et les conflits parentaux sont-ils exprimés devant les enfants? Nous constatons que ces parents désirent souvent exprimer leurs sentiments et leurs difficultés devant nous, mais sont tout à fait opposés à répéter ce qu'ils nous ont dit lorsqu'ils sont en

conflits exprimés portent-ils vraiment sur le point évoqué? Nous voyons ces proximité. Ils montrent leur dépendance réciproque tout en travaillant à la nier. continueront ainsi. Ils expriment clairement, au niveau de leurs actes, une certaine et de distances, tout en restant des couples qui vivent unis depuis des années et lumilles se caractérisent par l'expression directe - et l'accentuation - de différences contradiction avec la discussion en cours. C'est-à-dire que les parents de ces messages, refusant de reconnaître ceci, même si ces messages sont à l'inverse ou en des contradictions et des incohérences marquées à travers différents niveaux de nent cette situation imaginaire» (9). Il est clair que ces familles vont communiquer avoir une maîtresse, ce qui est faux, et pourtant «de nombreuses querelles conceruons marginales, comme le montre un exemple de Lidz lui-même: un père prétend ne clarifient les conflits centraux. De telles disputes peuvent porter sur des quesfamilles de schizophrènes expertes dans des disputes qui obscurcissent plus qu'elles tois l'enfant devenu susceptible de s'attribuer la faute de leur émergence? Les présence du patient, leur enfant. Ceci est à considérer aussi en fonction du temps Les conslits parentaux ne seraient-ils cachés que pour se manifester plus tard, une

Les découvertes de Bowen rejoignent en un certain sens les figures bipolaires de Lidz (2). Il décrivait des parents en lutte, avec «une distance émotionnelle marquée» entre eux, par combinaison d'un désaccord ouvert et intense affectivement, simultané à un accord formel imposé. Bien que certaines familles aillent vers un de ces pôles ou plutôt vers l'autre, la plupart «étaient conscientes des différences mais evitaient soigneusement les points sensibles. Elles conservaient une distance émotionnelle suffisante pour maintenir le désaccord à son minimum» (p. 1017). Ou dans notre formulation, elles devaient échanger des messages ambigus, accentuant délibérément l'accord et la similitude malgré un désaccord foncier. Naturellement, notre approche considère ceci comme pathogène pour la famille. Ainsi, l'opinion de Bowen nous intéresse quand il dit que le traitement de ces familles, lorsqu'il accroît l'auto-affirmation du père, amorce un processus thérapeutique d'abord par l'accentuation du conflit père-mère puis par l'amélioration générale des relations familiales, et que les familles présentant les désaccords les plus manifestes vont vers les meilleurs résultats en thérapie familiale.

Wynne et ses collaborateurs ont étudié les familles de schizophrènes en termes de rôle comportemental et de structure globale des rôles familiaux, approche bien différente de la nôtre (13). Quoiqu'il en soit, les exemples cliniques de Wynne, les descriptions des interactions familiales et les concepts essentiels apportent tous l'évidence des injonctions contradictoires et du déguisement de ces contradictions comme caractérisant les familles qu'il a étudiées. Son concept central de «pseudomutualité» – ces relations qui ne sont pas si étroites qu'elles le prétendent – implique nécessairement l'existence de tels messages, lesquels affirment l'union tandis que d'autres indiquent l'inverse. Ceci se montre tout à fait manifeste dans la discussion des façons par lesquelles les membres de la famille coopèrent pour échapper à la reconnaissance de la pseudo-mutualité: «Dans les relations typiquement schizophréniques, quand les deux éléments d'une paire de désirs contradictoires sont exprimés, les mécanismes impliqués / d'interprétation des communications / facilitent l'échec dans le choix du sens» (p. 210); c.-à-d. que la conscience reconnue d'une contradiction est évitée en commun. Wynne dit lui-même que cette

vue rejoint la perspective initiale du double lien émise par notre groupe. Le concept de «la barrière de caoutchouc», vécue par la famille à propos des limites qui la définissent, a les mêmes implications. Une telle «frontière de caoutchouc» tend à définir toutes les relations complémentaires comme placées à l'intérieur de la famille et observations sur les comportements familiaux, mais cette barrière ne peut être maintenue qu'avec bien des contradictions et par le déguisement.

l'hôpital et de trouver un travail, après quoi il continua à s'améliorer franchement. vante, le fils commença à parler clairement, en particulier de son désir de sortir de semaine suivante, l'enregistrement de la dispute fut réécouté. Lors de la séance suirences réciproques. Cette séance fut reprise et étudiée par les participants la elle exprima spontanement ses sentiments et se mit à parler aussi de leurs diffésoir elle était incapable de lui tenir compagnie. Elle répondit de façon plutôt raide, retenue, accusant sa femme de boire tant avec ses amis chaque après-midi que le lité de ce problème. Finalement le père changea et se mit à parler avec une colère comme l'alcoolisme avéré de la mère. Durant un temps les parents dénièrent la réament de certains faits qui constituaient manifestement des problèmes familiaux, madaires, le thérapeute a essayé d'obtenir que les parents parlent plus ouvertemurées du type: «J'sais pas». Durant plusieurs mois d'entretiens familiaux hebdol'époque celui-ci était pratiquement muet, à l'exception de quelques réponses murdemment leur souci et les problèmes créés par la schizophrénie de leur fils. A l'accusant à la fois de la dominer et de la négliger, mais dans le fil de ces accusations leur accord sur tous les faits importants, tout va bien dans la famille - excepté éviet résume ces vues. Le père et la mère insistent un moment tous deux sur le fait de Un exemple frappant de notre pratique de thérapie familiale conjointe confirme

La situation institutionelle

La situation institutionnelle en trio ressemble étroitement à la relation familiale en trio, des individus ou des groupes dans l'institution prenant des rôles similaires à ceux des parents. Peut-être cette proximité est-elle particulièrement évidente avec les familles de schizophrènes qui, comme les organisations à buts spécialisés, tendent à l'auto-définition et fonctionnent en termes de rôles et de relations strictement définis plutôt que dans des termes d'interaction et de croissance des individus. Ce trait familial, plutôt implicite dans le matériel ci-dessus décrit, a été explicité dans un article récent de l'équipe de Wynne (9).

Largement connues, les descriptions originales de Stanton et Schwartz, concernant l'excitation pathologique des malades et les désaccords occultés des équipes (1954) sont une bonne base pour une brève analyse de la situation institutionnelle, bien que le foyer de leur recherche soit plus défini ou moins général que le nôtre et que leur champ d'observation diffère (d'autres difficultés institutionnelles ont été décrites longuement et analysées en termes de double lien par Fry (4)).

En bref, Stanton et Schwartz ont découvert que «chaque fois qu'un patient présentait un état d'excitation franche, il était alors le sujet d'un désaccord caché entre deux personnes, qui ignoraient souvent leur propre désaccord » (p. 343) et que «les

mulades excités de façon pathologique étaient très régulièrement les objets de désaccord secrets, affectivement importants dans l'équipe et que, non moins régulièrement, leur excitation cessait, habituellement de façon soudaine, quand les membres de l'équipe étaient conduits à aborder ensemble sérieusement leurs points de désaccord* (p. 345). Ces désaccords concernaient l'autorité, l'influence et les décisions:

« Dans le cours du choix quotidien des décisions concernant chaque patient particulier, de minimes désaccords naissaient inévitablement entre les membres de l'équipe ayant ce pouvoir de décision. S'ils s'opposaient les uns aux autres pour une raison ou une autre, ils tendaient à grossir ces minimes désaccords et devenaient incapables de les évoquer et de les résoudre; par exemple, untel [...] allait régulièrement permettre à un patient de faire une chose que tel autre [...] allait régulièrement lui interdire. S'ils ne pouvaient pas discuter du problème [...] celui qui posait l'interdit prenait de plus en plus le rôle du policier ou du formaliste, tandis que l'autre jounit le rôle d'une mère indulgente [...] Le patient répondait à chacun dans le style de son rôle. Les ambiguités naissant dans la suite des conduites vis-à-vis du patient devenaient systématiques et, qui plus est, le processus global se calmait nettement dans les périodes de détente » (p. 344).

omettre le retrait sur soi dans ce tableau, et on se demandera si cette omission est nombre considérable de troubles comportementaux: «tension ou confusion appropriée. Ils notent qu'«il est possible que des phénomènes tout à fait semmunifestée », «hyperactivité », «expressions discordantes ». Ces auteurs tendent à avec l'environnement demeure et que le processus de dissociation se chronicise». semblent comporter une tendance au retrait sur soi [...] de telle sorte que la scission blables surviennent couramment chez des schizophrènes chez qui [...] les troubles accrue», idées «envahissantes» de suicide, accusations délirantes, «agressivité se manifestent moins que dans l'excitation patente. plus continus, à un point tel qu'à la fois le désaccord et le trouble comportemental le retrait sur soi peut être en relation avec des désaccords occultés plus profonds et des collègues cités ci-dessus, une autre interprétation, liée à ces vues, est suggérée rurement les objets d'un désaccord; devenir un élément dans un processus triangu-Mais, dans leur étude, «des patients très repliés sur eux-mêmes ne furent que très lumière de notre expérience de ces situations familiales et des écrits sur ce thème luire réclame un certain degré d'activité de la part du patient» (p. 345). Mais à la L'expression «excitation pathologique» de Stanton et Schwartz englobe un

De toutes façons, Stanton et Schwartz indiquent que les désaccords présents dans les cas d'excitation pathologique sont souvent occultés du fait a) qu'ils ne sont pas discutés directement entre les deux parties concernées et b) ni communiqués directement au patient, encore que tout à fait visibles pour autrui:

«La reconnaissance d'un fait de désaccord était souvent évitée par les gens concernés longtemps après qu'il eût été évident – et sa reconnaissance devait précéder sa discussion et sa solution. La discussion entre les personnes en conflit était aussi évitée et souvent ne se résolvait que grâce à la médiation d'un tiers habile [...] Le désaccord était souvent occulté à sa première étape [...] Les deux participants n'étaient pas eux-mêmes clairement conscients de son importance, même lorsqu'ils avaient pu en parler avec des amis depuis quelque temps et que toute l'équipe, à leur exception, les percevait bien» (p. 355).

Ou, dans d'autres cas, les deux parties acceptaient «de participer de façon formelle à la discussion d'aspects du traitement de ce patient, situés en marge de leur désaccord». Ou pouvait voir survenir «le silence typique d'une situation de retrait,

une controverse et, en tant que tel, particulièrement dangereux» (p. 355). mutualité » familiale: « le pseudo-accord est la méthode par excellence pour enterrer présentation des apports de Wynne et de divers exemples ci-dessus de «pseudotandis qu'un autre membre se mettait en avant ». En corrélation frappante avec notre

s'accompagne de l'amélioration du patient. expression des conflits parentaux occultés, même avant qu'ils soient résolus, de leurs observations est confirmée par nos exemples, montrant que la simple nement institutionnel et du moral de l'équipe (pp. 398-400). La pertinence notable proche - très caractéristique du fonctionnement familial - en discutant du fonction-Bateson et coll. 1). Stanton et Schwartz ont travaillé parfaitement sur un thème discussion de ce point spécifique, important à tous les niveaux de l'institution, in un autre chapitre lorsqu'ils évoquent le coût financier de l'hospitalisation (voir la déguisement des ambiguïtés et son effet pathogène, si ce n'est indirectement dans zophrènes. Toutefois, ils négligent trop le rôle de l'attitude «bienveillante» dans le ces situations induit nombre d'idées utiles à l'intervention dans les familles des schisupplémentaire et plus large puisque leur constatation de la résolution possible de entre sa mère et sa femme (12). Le matériel de Stanton et Schwartz prend un sens à son détriment et sans qu'il puisse intervenir, cela ressemblant à ce qui se passait n'existe à son propos entre son psychothérapeute et le psychiatre de l'unité de soin, cription de telles situations, ni globalement ni formellement. Du côté des patients, possibilité importante: les conflits similaires à propos du patient entre la famille et schisme familial et les situations Stanton-Schwartz, et a aussi souligné une troisième l'un des nôtres a pu exprimer clairement en thérapie familiale sa peur qu'un conflit Le groupe de Lidz a mentionné l'existence des similitudes entre les situations de dans les propos relevés tant chez les professionnels que chez les patients interrogés. rents aspects du matériel familial présenté ici et ces constatations n'ont pas manqué l'équipe, en tant que duo impliqué (3). Cependant, ils n'ont pas approfondi la des-Ce matériel institutionnel nous fascine par sa proximité évidente avec les diffé-

développement d'une théorie générale de l'interaction désorganisante, et ainsi des général et formel nous intéresse au premier chef, étant des plus significatifs pour le blable à celui des situations mère-enfant et familiales étudiées déjà ici. Ce niveau dépit de leur intérêt et de leur évidente valeur, pour souligner encore un schème formel de la communication dans ces situations institutionnelles, tout à fait sem-Pour conclure, nous devons laisser de côté ces similitudes et ces connexions en

plus significatifs pour la pratique.

communications dans l'équipe (de la même façon que notre première description du double lien fut inversée initialement) aboutit à nouveau à une image caractérisment. Ces indications, réunies dans une vue intervertie de leurs rermarques sur les dans des directions opposées » (p. 362), mais elles ne le font ni clairement ni directesonnes directement les plus importantes dans sa vie, pour ainsi dire, le poussent à deux rôles différents auquels il doit répondre; dans leurs termes: «les deux percommunication et les interactions de l'équipe d'un côté et sur les symptômes du patient de l'autre. En passant, ils remarquent seulement que le patient est confronté occulté en tant que communication vécue du côté du patient. Ils se centrent sur la Stanton et Schwartz ne parlent pas directement des situations de désaccord

> imputé à ses perceptions. veillance» de l'hôpital, ajoutant à ceci la maladie du patient et ainsi que le trouble dem, tout ceci s'opérant dans le cadre de la concorde affirmée et de la «biencontradictoire de ces messages; tandis que (d) toute reconnaissance et commentaire dont il dépend; (c) de telle sorte qu'il importe qu'il perçoive et gère l'influence de ces contradictions sont rendus difficiles par la confusion, le déguisement et le llen plus large; (b) les messages sont issus de ceux qui ont autorité sur le patient et messages discordants, tout en le cachant - c.-à-d. donnant chacun des messages en tunt dans ces situations, du fait que chacune de ces deux personnes va émettre deux un tel évitement intensifie aussi le développement, probablement toujours importentative d'échapper à cette ambiguïté renforce les aspects occultés de la situation double lien, et en même temps s'engageant ensemble dans un message en double les deux parties vont lui apporter leurs vues différentes, chacune à sa façon, et toute (a) Le patient est confronté à des messages ambigus - nécessairement puisque

cultés dans les systèmes familiaux et d'hospitalisation psychiatrique concorde et de la bonne volonté, tout ce que nous avons vu déterminer tant de difficonduites et des responsabilités personnelles et l'affirmation simultanée de la ces problèmes, comportant des messages ambigus et leur déguisement, le déni des tuntes, professionnelles, publiques, religieuses ne peuvent échapper complètement à larges de l'organisation sociale et culturelle. Certainement, des institutions imporun scheme alternatif. Ou, débordant vers la psychiatrie sociale, on pourrait étudiei troubles cycliques de la psychose maniaco-dépressive correspondent à des contradic triques. Pour évoquer un tel fait, de façon un peu simpliste, il se pourrait que les l'existence, l'utilisation et les effets de messages discordants dans des sphères plus tions espacées dans le temps plutôt qu'étroitement combinées, et qui forment ainsi schemes de communication contradictoire impliqués dans d'autres troubles psychiala famille. On pourrait aller au-delà de la schizophrénie, à la recherche d'autres potentiellement schizophrène s'implique dans une relation amoureuse, en dehors de d'un schizophrène, ou la nature de l'interaction existante quand un adolescent convenir face à de nombreuses questions non résolues, tel que le rôle de la fratrie complexes à quatre participants ou au-delà pourraient être étudiés. Ceci pourrait des schèmes communicatifs dans l'étude d'autres problèmes proches concernant la sion, il peut être suggéré que des développements et l'extension d'une telle analyse trois cadres différant de taille et de nature du système social concerné. En conclupsychiatrie, aillent dans la ligne logique de ce travail. Par exemple des sytèmes plus fondamental significatif pour la genèse du comportement schizophrénique, dans Ainsi, une approche communicationelle a aidé à discerner et clarifier un schème

BIBLIOGRAPHIE

- Bateson G., Jackson D.D., Haley J. et al. (1956): «Towards a theory of schizophrenia». Behav. Sci., J. l'esprit, II, pp. 9-34, Le Seuil, Paris, 1980. pp. 251-264. Tr. française: « Vers une théorie de la schizophrénie ». In Bateson G., Vers une écologie de
- 2.3 Bowen M., Dysinger R.H., Basamania B. (1959): «The role of the father in families with a schizophrenic patient ». Am. J. Psychiatry, 115, pp. 1017-1020.

- Fleck S., Freedman D.S., Cornelison A.R., et al. (1965): "The intrafamilial environment of the schizo-phrenic patient: V. The understanding of symptomatology through the study of family interaction." Chapter IX of Lidz et al.: Schizophrenia and the Family. New York, International Universities Press.
- Fry W.F. (1959): «Destructive behavior on hospital wards». Psychiatr. Q. (suppl.), 33 (part 2), pp. 197.
- Jackson D.D. (1957): «A note on the importance of trauma in the genesis of schizophrenia». Psychiatry, 20, pp. 181-184.
- Lidz T., Cornelison A.R., Fleck S. (1957): "The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: I. The father". Psychiatry, 20, pp. 239-342.
- Lidz T., Cornelison A.R., Fleck S., et al. (1957): «The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew». Am. J. Psychiatry, 114, pp. 241-248.
 Lidz T. Cornelison A.B. T.
- Lidz T., Cornelison A.R., Terry D., et al. (1958): "The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality". Arch. Neurol. Psychiatry, 79, pp. 305-316.
 Lidz T., Parker B., Cornelison A.R. (1966): "The art of the schizophrenic patients."
- Lidz T., Parker B., Cornelison A.R. (1956): «The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient». Am. J. Psychiatry, 113, pp. 126-132.
 Ryckoff I.M., Day J., Wynne L.C. (1959): «Maintenance of stereotyped roles in the families of schizo-
- phrenics». Arch. Gen. Psychiatry, 1, pp. 93-98.

 11. Stanton A.H., Schwartz M.S. (1954): The Mental Hospital, Basic Books, New York.
- Weakland J.H., Jackson D.D. (1958): "Patient and therapist observations on the circumstances of a schizophrenic episode". Arch. Neurol. Psychiatry, 79, pp. 554-574.
 Wirms T. B., Lewis E. W. (1958): "Patient and therapist observations on the circumstances of a schizophrenic episode". Arch. Neurol. Psychiatry, 79, pp. 554-574.
- 13. Wynne L.C., Ryckoff I.M., Day J., et al. (1958): «Pseudo-mutuality in the family relations of schizo-phrenics». Psychiatry, 21, pp. 205-220.

Therapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 19-26

MACHER LE NOYAU PSYCHOTIQUE FAMILIAL Un dialogue

Mario BERTA', Jean-Claude BENOIT

those, en particulier d'un sujet jeune, le thérapeute doit reconnaître le rôle positif du patient dans l'orgamanton familiale. L'hypothèse de travail sera que le patient, par sa pathologie, assume un «noyau familial psychotique». La reconnaissance de ce fait positif faciliterait une attitude nouvelle, et utile, face aux éléments négatifs de la situation.

Summary: To schew the family psychotic nucleus. A dialogue. — Dialogue about the theme: in a young psychotic, the therapist must know the positive role of the patient in the family organization. A work hypothesis would be that the patient bears a «family psychotic nucleus», through his symptoms, and that the knowledge of that positive fact opens a new therapeutic way.

Mots-clés: Famille - Psychose - Psychothérapie

Key-words: Family - Psychosis - Psychotherapy

M.B. La psychose? Tu soulignes constamment le caractère familial de la psychose. Et non seulement son retentissement mais surtout son lieu d'apparition. Je pense de plus qu'il existe, dans certaines familles, ce que l'on pourrait appeler un noyau psychotique. Je pense à un noyau psychotique collectif, familial.

I.C.B. Bien. Oui, justement. Sans doute en relation à nos dicussions d'hier soir, j'ai fuit un rêve très complexe, qui m'a réveillé ce matin. Il faisait jour d'ailleurs. Ce rêve survenait à la fin du sommeil, comme si j'avais le devoir de le mémoriser. J'étais à l'hopital, dans mon contexte professionnel, avec une famille, six ou sept personnes. Un collègue me dit: « Voilà la famille Teniba». C'est le nom d'une jeune psychotique hospitalisée récemment dans mon service. Dans le rêve, elle n'est pas visible. Le colègue me raconte l'histoire de cette malade, mais je sais que ce n'est pas la famille Teniba. D'ailleurs ces gens le disent: ils ne sont pas la famille Teniba. J'accepte cette situation bizarre, très satisfait de ma lucidité dans cette confusion. Une autre scène se présente, dans la même situation. Un petit homme, 25 ans environ, est là, carré d'épaules et très robuste, très sûr de lui. Il me dit et m'explique beaucoup de choses intéressantes sur cette situation et je prends des notes. Il s'agit du thème central de ma recherche. Il s'exprime de façon très affirmative: «Moi, je sais pourquoi elle est

Psychiatre psychothérapeute. Avenida Artigas, Calle 6, Itaca, 16000 Atlantida, Uruguay.

malade (la jeune psychotique, que l'on ne voit pas). C'est pour nous. Elle a raison d'être malade, elle le fait pour nous.» Toute la famille approuve ces phrases. Je suis content d'avoir trouvé la clé de la situation. La famille reconnaît le sacrifice de la malade et son rôle. Tous, ils savent cela parfaitement.» Je me réveille en me disant que la famille sait déjà l'essentiel. Je me dis que leur attitude correspond au positif du négatif, ce dont nous avons tant parlé, toi et moi, à propos de l'anticipation. Il me semble me souvenir alors d'autres éléments du rêve. Le jeune homme petit et robuste a dit qu'il n'est pas de la famille et qu'il est en même temps toute la famille. La malade n'existe pas mais la famille existe. J'entends nettement cette phrase: «Je suis l'esprit de la famille!» Il est très sûr de lui et affirme qu'il est le positif du négatif.

noyau. Je reconnais ceci dans la première partie du rêve que tu me racontes tique en l'assumant de différentes façons, par diférents membres qui digerent ce d'apaiser les sentiments de peine et d'angoisse qu'un descendant malade peut de Jung, de Szondi, et présente des modalités diverses de présence dans la famille. façon de voir. Ce noyau psychotique se prolonge dans la famille, selon les données éveiller chez les parents, mais je suis aussi convaincu, rationnellement, de cette individuelle. Je pense que concevoir de cette façon la psychose peut permettre noyau d'une autre façon, peut-être névrotique ou caractérielle, selon une variabilité chotique est une façon de mâcher la psychose dans la famille. Voilà à quoi j'ai dire vivre, supporter, assumer complètement ce noyau psychotique. Devenir psyn'arrivons pas à connaître exactement dans toute sa portée, de digestion, c'est-ànoyau existe dans certaines familles, plus évident en celles-ci qu'en d'autres. Dans d'un thème tout à fait identique. Je t'avais dit que parler d'un psychotique en des Tout se passe comme si toute une famille se proposait d'anihiler le noyau psychopensé. Cela n'empêche pas d'autres membres de la famille de subir l'influence de ce hérédité ou par acquisition, mais non pas passivement. Il réalise un travail que nous telle famille existe tel noyau psychotique, où l'un des membres reçoit la maladie par de sa maladie, la psychose, c'est qu'il mâche le noyau psychotique de la famille. Ce erreur. Certes, le malade mental est un invalide au point de vue social, mais le sens termes d'apitoiement, «le pauvre malade, la maladie mentale, etc.» comporte une M. Tandis que j'écoutais ton rêve, je me suis bien rappelé que hier je t'ai parlé

J.C. Bien, c'est très acceptable comme thèse. J'ajoute que le personnage du rêve m'a beaucoup frappé, ni adolescent, ni tout à fait adulte, archétypique, jeune adulte bien robuste, solide sur sa chaise, et qui nie être le malade. Il n'y a pas de malade, d'ailleurs, dans la scène. Il est l'esprit de la famille, bien clairement dessiné, au sens de Bateson «a mind» ou, comme on disait autrefois, «un esprit», ou les «esprits», les djnoun, ou ces personnages comme les nains archétypiques, porteurs de maléfices ou, plutôt, de bons serviteurs. Ou encore cette formule: «Je suis saisi par un esprit», la possession. Enfin disons que c'est une concrétisation qui pourrait représenter l'organisation de la famille.

M. C'est une seconde idée. Celui qui mâche le noyau psychotique le fait avec les autres membres, et chacun le fait à sa façon et surtout tout le monde collabore d'une façon consciente ou non, visible ou non.

J.C. Oui. Mon personnage symbolise cette sorte de collectif familial.

methode d'amplification chère à Jung. Reprenons les faits du rêve. La jeune psyqui explique clairement la situation. L'interprétation au plan du sujet qui traite les diotique est invisible, elle n'existe pas. Toutefois, elle exerce une action très forte et robuste offre l'apparition, au fil de ce rêve, d'un Logos créateur qui donne un sens trouve un sens positif inattendu: «elle est malade pour nous.» Et le jeune homme mutation. La psychose habituellement vécue comme dégradation psychotique ment comme psychotique, devient la matière d'un travail possible et positif de la famille de la jeune psychotique. Le tout marque une évolution positive, un profamille, sans la rejeter, prenant une certaine distance dans la mesure où ce n'est pas mique» ce qui est négatif devient positif. Dans le rêve, le rêveur s'éloigne de la maille. L'attitude positive du rêveur suscite une transformation «énantiodrolieu d'une famille qui aide un de ses membres malade, c'est celui-ci qui aide la ent revalorisée: la jeune psychotique fonctionne positivement pour la famille. Au son noyau négatif est invisible mais tourné vers l'action. Dans le rêve, la psychose ugnale que ce travail se traduit par une attitude active du rêveur face au négatif. valile, «par vocation», sur le noyau psychotique de jeunes malades mentaux. Je pour les sens, existe par ses effets. Voilà que le rêveur, en tant que psychiatre, tranelle, car il est dit clairement que la jeune fille n'existe pas. Mais ce qui n'existe pas my hotique potentiel de la personnalité du rêveur. Son existence n'est pas maté. Neumhe, le premier, puis par Jung. La jeune malade invisible représente le facteur symboles du rêve comme des facteurs de la personnalité, a été décrite par lamille » se trouve personnifié dans l'image du jeune homme robuste et sûr de soi positive sur son entourage. La famille existe, mais elle n'est pas, paradoxalement, la uon du Monde». Pour lui, la tâche consiste à transformer le Chaos en Cosmos. universelle du groupe social à travers le vécu familial. Il agit sur l'aspect « organisareveur. Il est «condamné au sens», comme disait Merleau-Ponty, à une solidarité anucipent le modèle vivant de l'évolution, future comme actuelle, principale du aux différents personnages qui jouent sur la scène. Ces transformations oniriques la famille». Voilà le pas en avant. Le noyau négatif et passif familial, vécu initialefigure prévalente du jeune homme robuste et sûr de lui qui personnifie «l'esprit de personnel authentique du thérapeute, s'exprimant à son maximum dans la amille de la malade. Par contre, et avec une différence significative, l'«esprit de la M. Je vais pousser un peu plus loin la compréhension de ton rêve, disons avec la

J.C. Merci de ces remarques directes.

M. Une autre idée est que tous les membres de cette famille doivent passer par différentes formes du négatif de ce noyau psychotique. Chacun est soumis à vivre une façon de digérer ce noyau et s'il ne le fait pas aujourd'hui, il le fera demain. Chacun doit passer par toutes les étapes existantes de métabolisation de ce noyau. Si hier je n'ai pas été psychotique, je le serai demain. Voilà le sens général. Puisque le négatif doit être assumé d'une façon ou d'une autre et être intégré, une famille représente l'ensemble des individus qui se proposent pour assumer le négatif concret en se diversifiant et en l'incarnant. La famille représente un ensemble

d'individus qui travaille ce négatif avec le but collectif de métaboliser ce qu'ils portent en eux et qui n'a pas été intégré. Ils sont condamnés à assumer ce qu'ils n'ont pas assumé dans le passé. Comment? De toutes les façons de métaboliser le négatif! Voilà une idée un peu folle et invérifiable.

rais le noyau poétique, l'imaginaire, le métaphorique très individualisé, avec blème de la transmission de ce que tu appelles le noyau psychotique, que j'appelleêtre insuffisamment affronté ce problème que chacun se pose peut-être là, le projours éclatées, peut-être un modèle de famille trop cohésive, où justement semble apparaît un psychotique se montrent souvent très cohérentes, cohésives et pas tounaturels où chacun semblerait plutôt prêt à se pencher vers l'autre. Les familles où tive, dans ces univers multiples et innombrables que sont les familles, ces groupes chose est le problème du mal s'exprimant dans la désorganisation mentale, affecment sur les corps, jusqu'à la mort physique, les tortures, les guerres, etc. La psyment à la communication humaine et culturelle. Pour sa part l'agressivité lucide et civilisation actuelle et de ses dégradations écologiques. Bien sûr, existe aussi la per-Elle pose le problème du mal sur un plan physique, dirais-je. Elle s'exprime directeperverse est si répandue depuis toujours qu'elle paraît être spécifique de l'humain. version. Mais la psychose est au-delà de la perversion, c'est une sorte d'échappepsychose. Disons que la psychose serait « le diable moral » de notre société, de notre J.C. Cette idée est justement au centre d'une réflexion éco-systémique sur la

M. L'autre idée corollaire est celle-ci: je pense qu'il serait très important qu'une famille puisse être consciente, dans chacun de ses individus et dans sa totalité, d'un ensemble formé par ces deux premières prémices: 1) «parmi nous, le psychotique travaille pour tous», et 2) «demain, je devrai travailler comme lui». Cette conscience basée sur ces deux prémices donnerait à la famille un appui essentiel: la solidarité, la compréhension solidaire entre ses membres. Ils passeraient de l'angoisse à un travail vers la croissance, anticipateur, chacun assumant convenablement la psychose.

J.C. Ce serait une forme de créativité, celle que la psychose atteint, mais de façon pathologique.

M. Oui, c'est cela peut-être. Cette conscience une fois assumée et anticipante provoquerait un changement dans le noyau psychotique: «Je vais vers la psychose avec la conscience d'un but collectif et d'autres membres de la famille travaillent aussi, chacun à sa façon.» Ce type de travail changera la perspective de chacun face à la famille et face au négatif. Cela donnerait une perspective d'action vers le devenir. La famille devrait être aidée pédagogiquement et thérapeutiquement dans cette voie.

J.C. Curieusement, à côté de notre expression, ici, «l'esprit de la famille », existe déjà celle-ci: «l'esprit de famille ». Avoir «l'esprit de famille » revient à ce vécu: «Nous sommes ensemble et chacun lutte pour les autres ». La réalisation de cette

omproche de ce que tu évoques tant, le travail avec le négatif, sa prise en consideration primordiale par le thérapeute. Bien des psychiatres sont inquiets devant cur enfants, ayant la crainte de la maladie mentale. Nous pouvons réfléchir à cette conscience d'un risque personnel, familial. Comme tu le dis à propos de mon rêve, le fait que je sois allé travailler dans l'institution psychiatrique, et soigner là des pychotiques, est tout à fait lié pour moi à ce thème-même. Je dois donc me temander s'il ne s'agissait pas pour moi de mâcher la psychose de ma famille d'orime comme tu le dis si bien. Et aussi de continuer à le faire maintenant dans ces nettexions.

ne doit-il pas métaboliser du négatif, et aussi du positif qui lui est mêlé? nds, typiques d'un lieu, d'une région. Par exemple, les Français font fonctionnes ven le même but. Si tu élargis cette notion, si tu te détaches même de la famille, tu creatif. Oui. Mais tout le monde travaille ensemble sans que tu puisses définir une manufester de trouble morbide. Peut-être untel le digère-t-il sur un mode artistique, rellechir à ces façons dont tout un groupe travaille vers un but commun, vers guere de sens, et n'expliquent rien! Ce qui peut nous apporter l'essentiel est de Ce modèle d'une conscience de type familial, collective, dans des grands groupes Realisé plus consciemment, il serait plus efficace. C'est une question que je te pose dans ces groupes très vastes, existe un travail caché et mal perçu mais nécessaire l'extrême de la nostalgie, ou à l'extrême de certains défauts ou humeurs. Même jusqu'à l'extrême les possibilités de la raison humaine. Dans d'autres cultures, on va Des proupes nationaux font le même effort, avec leurs caractères spécifiques, cultudans des cultures différentes. Nous pouvons peut-être élargir de même cette notion reux prendre en considération d'autres groupes, plus larges, locaux, nationaux bonne ou une mauvaise façon de le faire. Tout le monde travaille pour le même but psychotique en toi.» Bah! Il est plus important de comprendre comment un groupe Invant, et non pas vers le passé. Je pourrais en effet te dire: «Oui, il y a un facteur amilial assume ce qui atteint tous ses membres et que tout le monde porte sans Certes. Je dis aussi, souvent, que les conditionnements par le passé n'ont

J.C. Ce qui me frappe, banalement, c'est la crise mondiale d'identité. Notre nocité en tant que «melting pot», fonctionne à travers la technologie, la radio, la television, la guitare électrique. La même musique est écoutée par un type qui construit un toit à Montévidéo et à Versailles, en Italie, en France, aux Etats-Unis. Le modèles mondiaux brutalisent les cultures locales que tu évoques. Celles-ci sont exposées à une déflagration croissante. La commercialisation pousse à la course en avant dans la production de biens, survendus et surachetés. Parlons aussi de la surproduction d'images de synthèse, électroniques. Si nous revenons à la famille, le modèle de la famille est lui aussi en train d'éclater, et ceci depuis le siècle dernier, avec l'avènement du monde industriel, des grandes villes et maintenant des mégapoles et des transplantations massives. Mais malgré sa désorganisation, la famille continue d'être la charnière entre l'individu et le social, de façon sans doute de plus en plus morcelée aujourd'hui. N'exagérons rien: au siècle dernier, déjà existaient de fréquentes désorganisations des liens familiaux. De grands internats recevaient de

enfant ou à un jeune. Nous avons besoin de ces repères pour mieux comprendre ses qu'elle se sente mise en cause par toute forme de jugement moral de la part du clitesse du psychotique qui cristallise et bloque à la fois le potentiel évolutif familial description du double lien. Il existe toujours un effort familial et aussi cette robus-«victime», avec ces guillemets que Bateson mettait à ce mot et à ce rôle dans sa de la créativité pathologique. Nous pourrions dire, toi et moi, maintenant, que valeurs, des choix et des refus, des talents et des manques propres à chaque groupe psychotisantes entre les membres de tel groupe familial. Un message intérieur à la gage, spontanéité affective ou psycho-motrice, socialisation, sont liés à des relations relations avec son entourage. De même, certains types particuliers de déficit, lanabordes. A certains moments de ce passé, un apport essentiel a pu faire défaut à un trame-guide pour comprendre les relations actuelles dans un groupe familial que tu nir vers le passé. Toutefois, par exemple, une histoire des liens familiaux est une ter ces échanges psychologiques. Tu as raison de dire que cela ne sert à rien de revenicien. Les praticiens ont toutefois besoin d'un modèle qui leur permette de facililes acompagnent dans la famille, l'essentiel est de ne pas accuser la famille, d'éviter existe des troubles psychotiques, avec les très fortes tensions interpersonnelles qui formes cliniques diverses où l'approche familiale devient nécessaire. Lorsqu'il chose, ou la psychosomatique de l'enfant, ou la déviance des jeunes, voici des sieurs types de réponses thérapeutiques? La pathologie relationnelle de la psyposent aussi la question: n'y a-t-il pas plusieurs types de familles en crise et pluparticipants va donc fréquenter cet espace de la psychothérapie. Les cliniciens se de groupe familial. La famille moderne dite nucléaire, ce noyau à petit nombre de chotherapeute est lui-même en train de changer. Comme tu l'as montré, il se transcette crise de civilisation au niveau de notre groupe primordial. Le bureau du psyprofession de thérapeute familial se développe simultanément, réponse possible à Mais nous devons garder ainsi une volonté thérapeutique de respect vis-à-vis de la l'esprit de la famille s'est organisé en noyau psychotique. Le patient n'est que la familial. Il se serait produit quelque chose qui a conduit telle famille dans telle voie forme en atelier d'expression et de communication, individuelles ou de couple, ou familiale s'exprime aussi, paradoxalement, à travers la pathologie relationnelle. La très nombreux enfants, placés ou abandonnés. Disons qu'aujourd'hui la créativité famille, le malade inclus. famille et un vécu difficile existent, avec les dialectiques des valeurs et des contre-

M. Oui, le respect du travail de la famille.

J.C. Justement. Le thérapeute cherche à s'allier avec cet esprit de la famille. Le patient est le travailleur de la famille, il symbolise le travail de la famille face à son noyau psychotique.

M. Je pourrais te donner un exemple, une famille que je connais bien. La mère n'a pas de trouble apparent, mais à mon avis elle porte une bonne part du noyau psychotique. Je l'ai suivie et j'ai découvert sa pathologie lors d'une épreuve d'anticipation. L'image négative la plus frappante chez elle fut une pierre enfoncée dans la terre, comme une force régressive enfoncée en elle, absolument hors de sa

profession qui n'a rien à faire avec ces qualités, sa finesse et sa délicatesse. Elle regard. Une de ses filles, mariée aujourd'hui, est belle, fine, intelligente. Elle a choisi au dentiste. On l'imagine difficilement dans cette profession de manipulations pluconscience. Elle contrôle sa pathologie en l'enfonçant au plus profond, hors de son annumes dans des discussions sur la parapsychologie, les esprits, les tables tourmanuais curtainement pas pensé à ce qu'elle trouve ainsi son équilibre professionnel ment chez sa mère. Comme un travail concret et physique. Si tu l'avais connue, tu an agressives. Et elle est heureuse, comme si elle digérait ainsi le noyau agressif manipuler ce noyau, sinon dans la peur et avec un risque réel pour elle mult en des expériences spirites. Je lui dis: « C'était toi qui déplaçais les objets et qui mantes. D'abord sur un ton amusé. Puis, elle a révélé qu'à la fin de l'adolescence, elle d'une visite qu'elles m'ont faite, à la maison, avec des amis, cette jeune femme nous man du novau psychotique que sa mère transmet sans en souffrir elle-même. Lors In Im de l'adolescence. Et elle conservait des troubles, beaucoup d'angoisses a may une nutre fille de cette malade. Elle avait fait un épisode psychotique réver-Austroit, son visage a marqué de l'effroi: «Ah non, jamais!» Elle ne savait plus man bouger la table. - Mais non!» J'ajoute: «Alors, on peut essayer maintenant.» la minute de suicide. Elle semble être entrée dans un autre type de ce manie-

I.C. C'était peut-être une rencontre où elle pouvait avoir peur de se livrer, de montrer son angoisse.

M. Oui. Mais parfois, me semble-t-il, cet effort peut se prolonger toute la vie de l'individu. J'ai lu le roman d'un auteur nordique qui décrit trois générations succes-ves, chacune apportant des solutions de plus en plus efficaces face à cette patholouc. Ce que l'aïeul n'a pas pu faire contre la pathologie, son fils le fait, puis à son tour le petit-fils, admirablement. Dans ton rêve, tu voyais que la famille savait cela qu'il est important que la famille dise à la fois que le psychotique est malade et qu'il n'est pas malade. C'est peut-être quelqu'un qui nous angoisse et que l'on pourunt blamer, mais nous devons aussi reconnaître qu'il fait quelque chose de couraunt pour les autres, il assume cette dualité.

J.C. Oui, le personnage montrait une certitude et une énergie frappantes, indussant un sentiment de sécurité.

M. Si on l'assimile pour une part au malade, on peut dire qu'il n'a pas choisi cette tonction dans la famille mais qu'il a été désigné par elle pour assumer certaines vertus et certains défauts de la famille. C'est un peu délirant peut-être de dire cela.

J.C. Non pas. Beaucoup de thérapeutes familiaux le pensent. Souvent on parle d'une régression personnelle, alors qu'il peut s'agir d'une façon de traiter le problème de la famille de façon à la fois individuelle et collective.

M. Je dois me rappeler que je suis psychothérapeute et que chacun se pose la question d'une volonté de soin, qu'elle vienne par exemple ici de l'intérieur de la famille ou que le thérapeute l'assume.

Berta M. (1983): Prospective symbolique en psychothérapie. L'épreuve d'anticipation clinique et expérimentale, ESF, Paris.

Sutter J., Berta M. (1991): L'anticipation et ses applications cliniques, P.U.F., Col. Nodules. Paris.

LES PSYCHOSES INFANTILES: ASPECTS ET STRATÉGIES SYSTÉMIQUES

Frédéric BRIDGMAN

nement les psychoses infantiles: aspects et stratégies systémiques. — L'hypothèse d'erreur logique familes des la psychose infantile comme le résultat d'une confusion sur trois générations et propose des tradiques qui ont pour objectif de reconstruire les niveaux logiques de la communication familes de la destruction de soutenir l'évolution positive de l'enfant.

manner Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies. – The hypothesis of familial logic error deslifered in the psychosis as a result of a three generations confusion and suggests to use triadic strategies with the object of recreating the family communication levels and so helping indirectly the child positive

Motor Psychose infantile - Pédopsychiatrie - Ecosystème - Thérapie contextuelle.

has words: Infantile Psychosis - Child Psychiatry - Ecosystem - Contextual Therapy.

On sait que la nosographie des psychoses infantiles est un fourre-tout qui tente de rassembler des tableaux cliniques très variés et dont l'unité toute relative repose presque complètement sur des comportements de communication particuliers (5).

On pourrait donc penser que les thérapies familiales, et particulièrement celles d'orientation systémique, trouveraient là une évidente indication et qu'elles obtienturalent des résultats intéressants. Et pourtant j'ai assez régulièrement observé et subi des échecs qui aboutissaient souvent à une rupture avec les parents ou à un enlisement de l'évolution de l'enfant, ce que je n'avais jamais observé dans les thérapies familiales appliquées à d'autres pathologies infantiles.

J'ai donc renoncé aux thérapies familiales proprement dites pour m'orienter, en accord aussi avec l'évolution de l'épistémologie systémique, vers des pratiques écosystémiques qui m'ont apporté des conditions d'observation et d'intervention apparemment plus efficaces.

Je n'exclus pas, *a priori*, du présent travail l'autisme infantile qui ne fait pas partie des psychoses infantiles dans les classifications internationales, sans pour autant discuter de l'incidence respective des différentes étiologies qui ont été largement évoquées à son sujet, de même les états schizophréniques qui surviennent à l'adolescence. Je décrirai ici un modèle logique qui me paraît assez commun à ces trois

Psychiatre des Hôpitaux. Responsable du DU de Thérapie Familiale à l'Université de Rouen.

champs psychopathologiques, mais je présenterai uniquement les stratégies systémiques que j'utilise dans le cadre des psychoses infantiles et qui me paraissent spécifiques à elles.

Les relations avec les familles à enfant psychotique provoquent une impression étrange chez l'intervenant. Les rencontres avec les parents et le travail avec l'enfant évoquent d'emblée un modèle de communication paradoxal. Les parents donnent l'impression de mêler en permanence les contraires: accord et désaccord, projet et stagnation, entente et rupture. L'enfant, quel que soit son degré de développement, semble figé et inamovible et les efforts thérapeutiques qui tentent d'obtenir des changements évolutifs entraînent très souvent des réactions régressives qui évoquent des rétroactions de nature homéostatique. Les équipes thérapeutiques peuvent être tentées d'affronter la famille dans une relation d'escalade dont l'enfant le plus souvent fait les frais, ou bien tempérer leur toute puissance et découvrir l'intérêt d'un travail avec ces familles si elles évitent de les désigner d'emblée comme dysfonctionnelles et pathogènes. On découvre alors que ces familles défendent une éthique relationnelle à respecter et qu'il s'agit de trouver avec elles des règles contractuelles qui concilient suffisamment le modèle familial et l'identité de l'institution thérapeutique.

Dans ce texte, j'essaie de répondre aux deux questions suivantes:

- La famille à enfant psychotique utilise-t-elle une logique communicationnelle qui privilégie la sauvegarde du système familial aux dépens mais aussi grâce à l'enfant psychotique? Plutôt que d'un double lien pathogène adressé à l'enfant selon le modèle batesonien, s'agirait-il d'une «erreur logique familiale » sur trois générations; en quelque sorte excès de zèle payé au profit de la famille idéale mais sans vraie solution de continuité avec les modèles familiaux dits normaux?
- 2. Comment le thérapeute et plus encore l'équipe thérapeutique peuvent-ils concilier les stratégies pertinentes au modèle ci-dessus et la loyauté à leur institution?

La famille à enfant psychotique

Le modèle qui va être développé repose donc sur l'hypothèse d'une «erreur logique familiale» qui concerne peut-être plusieurs générations et dont l'enfant psychotique représente seulement le point d'émergence. Mais avant d'aborder la question de l'enfant psychotique et de sa famille, il est nécessaire de redéfinir les règles générales de la communication familiale à un moment précis du cycle de la vie familiale qui nous concerne particulièrement en pédopsychiatrie: la naissance de l'enfant.

Réhabilitation du paradoxe dans la communication humaine

Le double lien batesonien a le mérite d'éclairer le paradoxe pragmatique et de le rend palpable, mais il l'isole aussi comme comportement de communication pathogène. C'est sans doute, qu'à l'origine, ce modèle a été élaboré dans le cadre de

la psychiatrie de l'adulte et dans des situations d'hospitalisation, à un moment où la vie familiale s'est définitivement figée (1).

Or une vision contextuelle de la psychose, et surtout de la psychose infantile, uvue a réinsérer le paradoxe dans la gamme des comportements humains habituels et permet peut-être de le considérer comme un apprentissage logique indispensable nontruction de la famille et à son fonctionnement. A cet égard, la psychose utanule apporte des conditions d'observation et d'intervention favorables, puisque tentant est encore en interaction permanente avec sa famille.

Abordé au moment de la naissance de l'enfant, le cycle familial trigénérationnel apparant de la façon suivante: la loi d'exogamie impose aux deux parents qu'ils unamettent à leur enfant, à partir de règles qu'ils ont reçues de leurs familles d'oriment respectives, un ensemble suffisamment cohérent de valeurs et de comportement. Les parents sont donc contraints à un travail interactionnel qui aboutisse à un dre en un tout, suffisamment harmonieux pour maintenir leur relation, les différences qui les séparent.

La nuissance de l'enfant sollicite donc une double parentalité paradoxale indispensable pour éviter l'éclatement du système conjugal sous la poussée des contranations provoquées par les familles d'origine des parents. On sait que l'incidence les divorces ou des séparations est forte à la naissance du premier enfant.

ille couples qui fonctionnent sous la règle: «d'accord pour être en désaccord». numune quotidienne de manière suffisamment homogène et fonctionnelle. Ce sont le niveau des désaccords et celui de la relation, tout en étant capable de gérer la vie comple a appris à disjoindre, par la métacommunication aux moments des difficultés, en consequence d'aborder avec moins de crainte leurs différences. En somme, le manda de continte et au couple de surmonter plus facilement les moments de conflits et un compromis. Cette maîtrise toute relative et intuitive de la communication imments difficiles, le couple pourra recourir à la métacommunication pour troueville les allrontements constants sur les valeurs transmises par la génération 3. Dans ample parental maîtrise suffisamment l'usage de la communication paradoxale pour me respectives une frontière suffisante. Cette redéfinition de la relation entre les ment repose entièrement sur la capacité du couple à établir avec leurs familles d'orimultiple d'origines - parents - enfant, dont le fonctionnement l'autre conjoint dans un système bigénérationnel. L'arrivée de l'enfant crée un memor enfant, chacun des conjoint triangule sa relation avec sa propre famille d'orimakle Ingénérationnel, un véritable saut épistémologique. Avant la naissance du and rations 2 et 3 (en posant que la génération 1 est celle des enfants) implique que le Le couple parental effectue, en passant du modèle familial bigénérationnel au

unique ant son modèle logique communicationnel, repose sur l'apprentissage que fineun des futurs parents a effectué dans sa famille d'origine, particulièrement à l'epoque où adolescents ils géraient la dyade paradoxale de la loyauté à la famille et de l'autonomie.

On voit donc que l'apprentissage logique obéit à une circularité sur trois générations: ce que l'enfant acquiert dans la maîtrise du paradoxe dans sa famille d'origine. Il l'utilise ensuite comme parent dans sa famille d'orientation. Il faut bien trois générations pour faire un enfant psychotique comme le proclame l'aphorisme mais,

à l'inverse, on peut dire qu'il faut aussi trois générations pour apprendre à utiliser le paradoxe seul capable de pérenniser le cycle de la vie familiale. Les familles à enfant psychotique montrent à l'inverse un fonctionnement linéaire dont le facteur temps semble même oublié.

Dans les situations où la génération 3 n'existe pas, quand il y a substitution du niveau parental par placement ou adoption à un âge un peu tardif, la maîtrise de la communication par le paradoxe paraît beaucoup plus difficile, ce qui retentit sur les capacités d'autonomie, de réussite sociale et de construction familiale ultérieure du jeune. Ces enfants souvent n'accèdent pas à la métacommunication: leurs performances sont très décalées par rapport à leurs capacités et les psychothérapies sont peu efficaces. Plus tard, ils montrent une grande difficulté à s'éloigner de la famille nourricière, ou à l'inverse la rupture est complète (3).

L'ensemble de ces considérations confirmerait que la communication humaine repose fondamentalement sur un modèle triadique de type caplowien (4). Ce modèle impose à chacun des membres une double interaction qui, sans le paradoxe, par le jeu incessant des coalitions et des conflits, menacerait en permanence la survie du système. Seul le paradoxe fournit le moyen commun de concilier les incompatibilités, jusqu'au moment où la métacommunication doit intervenir, à l'occasion d'un

désaccord plus bruyant que d'habitude, pour réajuster la définition des relations. Dans le cadre de la famille nucléaire, l'enfant lui-même occupe une fonction paradoxale: petit élément réclamant protection, il est aussi fondateur de la triade famillale. Il dépend d'une famille qui dépend de lui. On est tout proche du paradoxe du menteur, où le locuteur est contenu dans son propre énoncé, surtout à une époque où les parents n'utilisent plus guère de substituts pour élever les enfants, comme pouvaient le faire couramment dans le passé des membres de la famille élargie, des domestiques ou un pensionnat, ce qui tendait à rigidifier la frontière intergénérationnelle et donc à linéariser la relation parents-enfant.

Donc le paradoxe apparaît bien nécessaire, comme outil communicationnel, au fonctionnement de la triade familiale nucléaire. Des messages parentaux adressés à l'enfant qui alterneraient exclusivement entre accords et contradictions n'apprendraient pas à celui-ci à simultanément différencier et associer les fonctions parentales, et plus tard à concilier loyauté à la famille d'origine et individuation. Le paradoxe représente donc le moteur de la triade. Quand un des parents adresse un message à l'enfant, il peut lui indiquer implicitement un autre message plus ou moins incongruent au premier qui réfère à l'autre parent. L'enfant apprend ainsi à entendre et à concilier en même temps deux messages et à répondre par des comportements qui tiennent compte de sa relation avec ses deux parents. Par exemple: la mère appelle Jérôme à encore rentré. Quand le père est là, Jérôme vient à table dès la première injonction et la mère, dans ce cas, ne tolérerait pas de n'être pas immédiatement obéie.

La psychose infantile est-elle le résultat d'un apprentissage logique défectueux?

Le syndrome d'erreur logique familiale, que nous avons évoqué, constitue l'hypothèse qui nous permet d'associer une causalité multifactorielle dans les familles à enfant psychotique et la symptomatologie de ces enfants.

Le travail familial avec les parents d'enfant psychotique oriente vers des multiles interactionnels assez constants pour être évoqués.

Dans le cadre de leur famille d'origine, les futurs parents ont eu du mal à contruire leur personnalité aussi bien sur le mode de l'adhésion aux valeurs familles qu'en luttant contre elles. Ils n'ont pas répondu aux attentes de leurs parents man le n'ont pas non plus pu se structurer en adoptant des comportements d'opponition.

purents donnent l'impression d'avoir été des enfants qui n'ont pas eté des enfants et qui ont inlassablement frappé à la porte familiale sans oser l'ouvrir un mondre pour quoi, d'autres n'ont pas satisfait aux valeurs, mais tous partagent mapacité à commenter leurs relations à leurs familles d'origine tant à l'époque un ontance qu'à l'âge adulte.

La période de l'adolescence, en particulier, n'a pas joué le rôle de transition entre appartenance familiale et les comportements croissants d'autonomie. Le choix manural est difficile à évoquer et donne lieu à peu de commentaires émotionnels.

ou le couple constitué, les conjoints n'arrivent pas à définir une frontière de de l'autonnelle satisfaisante avec leurs familles d'origine qui de façon in the mais le prouvent pas leur choix conjugal, mais le plus souvent sur un mode du bien le jeune conjoint ne voit plus sa famille, mais ne peut pas exploitement de l'autonomie, soit à l'inverse il continue d'entretenir avec elle une d'autonomie, soit à l'inverse il continue d'entretenir avec elle une de l'enfant position qui peut représenter un des facteurs de son incapacité à deur le plan socioprofessionnel. On voit donc qu'enfant, adolescent, adulte, pur de l'enfant psychotique n'a pas reçu et acquis l'apprentissage logique permet de concilier les incompatibilités, qu'elles soient générationnelles, un pur de l'enfant son individuation. Comme nous l'avons supposé de l'appartenance et de l'autonomie.

union conjugale, interdirait de commenter les messages et les comportements?

In famille à enfant psychotique, il semble bien que cette règle familiale aie tonction de protéger le système conjugal alors que les frontières perméables d'origine représentent une menace permanente pour le couple.

In familles d'origine représentent une menace permanente pour le couple.

In familles d'origine représentent une menace permanente pour le couple.

In familles d'origine représentent une menace permanente pour le couple.

In famille à enfant avec l'enfant, il est fréquent d'avoir affaire avec les frères, duns le travail avec l'enfant, il est fréquent d'avoir affaire avec les frères, differenciés, et qui adoptent à l'égard de l'enfant et des intervenants qui nocupent les mêmes règles de communication, c'est-à-dire une absence de jugements et de commentaires. Il semble même que cette métarègle des memble du système familial élargi et l'aide à fonctionner.

En revanche, les frères et sœurs de l'enfant psychotique évoluent souvent normalement et l'ensemble de la famille paraît adopter d'autres règles quand il s'agit d'aux. La définition des relations, des rôles et des fonctions est alors autorisée et fait intervenir des repères temporo-spatiaux.

mode redondant, rigide et indifférencié, le système trigénérationnel. On peut penset que l'enfant psychotique représente la part de loyauté de ses parents à l'égard

de la troisième génération et qu'il leur évite ainsi une métacommunication dangereuse pour la pérennité du couple; il paie leurs dettes sans échéance prévisible et sans qu'un moratoire de remboursement soit négociable (2).

Les parents d'enfant psychotique n'ont donc pu ni établir une frontière suffisante avec leurs familles d'origine, ni trouver le moyen en payant leur autonomie de confirmer leurs nouvelles fonctions parentales, en confiant, par exemple, un de leurs enfants aux grands-parents.

Le travail thérapeutique

On sait qu'il présente d'énormes difficultés, non seulement parce que l'évolution de l'enfant ne se fait pas comme nous le souhaitons, mais surtout parce que nous avons le sentiment d'être manipulés par la famille, parfois au point de se sentir, pour une part avec d'autres intervenants antérieurs, responsables de la psychose ou au moins d'en empêcher l'évolution favorable.

Le premier contact

Il est facile, les parents viennent sans difficultés et le ton est cordial. Le couple parental fournit d'abondants renseignements sur l'histoire de l'enfant, l'apparition des troubles, les diverses consultations, les hospitalisations et les interventions thérapeutiques. L'apparition des troubles est la plupart du temps décrite comme brutale, évoquant une perte importante d'acquisitions; elle est très souvent attribuée à un geste médical ou à une hospitalisation. L'attribution de cette responsabilité, pourtant lourde, ne donne pas lieu à des signes d'indignation ou de douleur, ou même à une perte de confiance verbalisée à l'égard des milieux thérapeutiques.

En fait, à aucun moment, maintenant ou plus tard, le couple ne montre un désaccord congruent dans lequel les messages verbaux et émotionnels concordent. C'est par un effort de retrait que le clinicien prend conscience d'un décalage entre la symptomatologie dramatique et l'anamnèse de l'enfant, et le ton de l'entretien. Les parents sont venus, mais ne paraissent pas souffrir et semblent ne demander aucun changement. La relation contractuelle s'établit d'emblée sur le mode paradoxal d'une demande pour que rien ne change. La relation et le contenu sont confondus et le projet thérapeutique n'est pas dissociable de la relation en hic et nunc avec la famille. Le modèle contractuel triadique qui consiste à établir une relation nécessaire à la réalisation d'une tâche est impossible. Mais les rencontres avec les parents ne dévoilent pas clairement la règle du «toujours plus de la même chose», et c'est beaucoup plus la symptomatologie de l'enfant qui en représente l'aspect visible.

L'enfant psychotique

La symptomatologie de l'enfant psychotique se résume, avant tout, à un trouble de la relation à l'autre. Malgré la variété des tableaux cliniques, l'intervenant, dès le

premier abord, est dans l'impossibilité de définir la relation avec l'enfant, c'est-àdire de régler la distance interindividuelle et de ponctuer les séquences de mes-

L'enfant psychotique, dans la moyenne, alterne entre des comportements de numon et d'indifférence à l'autre, et aussi, dans les cas modérés, des moments de contact où la relation paraît s'établir. Ce dilemme relationnel évoque un comportement de type binaire, en tout ou rien, et renvoie au modèle de communication parabande pathologique dans lequel les deux éléments d'une alternative ne peuvent un confrontés ni en conséquence différenciés par l'introduction d'un troisième tenent discriminant. L'apparition du langage à valeur de communication est retarprécédée par une parole écholalique. L'enfant, dans une phase de transition untois longue, utilise le «tu» à la place du «je».

Dans les cas graves, l'enfant applique aussi à son corps et aux objets un mode de mettonnement dyadique, sur un rythme binaire. Ce sont les stéréotypies corpodite qui comprennent les grimaces répétitives, la rotation des mains, les battement bans, les balancements et les tournoiements du corps. Le rapport aux objets princtiques, portes, fenêtres... Les jouets, sont également à deux pôles: interrupteurs une tl'enfant s'intéresse interminablement à faire tourner une roue de la voiture un ouvrir et fermer les yeux de la poupée...

undenche généralement une réaction d'angoisse de type régressif avec parfois automulation ou bien, dans les cas plus modérés, une attitude de fusion avec l'adulte. Aun degré plus macroscopique, on connaît ces enfants qui ne supportent pas le mondre changement dans le déroulement d'une journée ou même d'une semaine.

L'enfant psychotique a donc mis en place un monde organisé sur un fonctionnement binaire dans lequel l'alternative, la différenciation des niveaux de communication et en conséquence le rapport triadique à la réalité sont proscrits.

occupé l'auteur dans les années 60 «présente un tableau clinique d'autisme. Ils ont fonds souffrent également de troubles de la personnalité mouvoir la main comme organe primaire de perception. Les enfants sourds proau developpement de la personnalité et que le travail éducatif doit consister à prodes manifestations autistiques.» Selma Fraiberg en conclut que la vue est nécessaire question d'une éventuelle parenté entre la privation sensorielle et certains aspects par autistes. C'est ainsi que Selma Fraiberg a soulevé, dans toute sa complexité, la un nutre de stéréotypie: tournoiement, balancements... Mais ces enfants n'étaient autres enfants, considérés comme normaux, présentaient presque tous un type ou hauteur des épaules avec des mouvements de doigts inutiles et stéréotypés... Les Ouund les mains n'étaient pas au service de la bouche, elles restaient figées à la mattons. Il y avait comme une sorte d'alliance morbide des mains avec la bouche. humain... Les mains ne cherchaient pas à atteindre des objets ou à capter des infordes comportements stéréotypés, des balancements, des mutismes ou des écholalies. Ingique défectueux. Le quart de 27 enfants aveugles âgés de 3 à 14 ans dont s'est me intéressantes à la psychose infantile et illustrent l'hypothèse de l'apprentissage ces enfants ne présentent aucune réaction à leur mère ou à tout autre être Les travaux de Selma Fraiberg (6) sur les enfants aveugles apportent des analo-

Ces travaux confirment que la structuration de la personnalité dépend d'une bisensorialité primaire (vision, audition) qui représente la condition initiale pour accéder à une perception stéréognosique de la réalité et à une définition de soi. Mais, selon notre hypothèse, l'enfant n'acquiert progressivement cette capacité stéréognosique à maîtriser son rapport au contexte et simultanément à structurer sa personnalité que quand, dans le cadre de la relation triadique avec ses deux parents, il reçoit des messages suffisamment complexes. Ce qui suppose que les parents ont su mettre en place, comme nous l'avons vu, une double parentalité paradoxale.

Le projet thérapeutique

Il a donné lieu à de grands enthousiasmes suivis d'aussi grandes déceptions. La pédopsychiatrie s'était individualisée en France dans les années 1950 essentiellement sur la distinction entre les déficits intellectuels et les psychoses infantiles dont l'évolution allait être transformée, pensait-on alors, par les techniques thérapeutiques. Les théories intrapsychiques mais aussi le double lien batesonien paraissaient justifier des efforts et même un acharnement thérapeutiques qui désignaient clairement les familles comme responsables, pour une large part, de la maladie de leur enfant.

Cette tentation orthogénique des thérapeutes raidit évidemment les parents et place l'enfant dans un dilemme qui l'écartèle entre la volonté de l'institution de le faire évoluer et ses parents qui lui demandent par loyauté de rester le même. Certains enfants se chronicisent, d'autres fluctuent interminablement entre progrès et régressions (souvent à l'occasion d'une maladie somatique), d'autres présentent des états épileptiques intercurrents d'apparition brutale avec des pertes d'acquisitions impressionnantes et parfois des stigmates physiques dramatiques, et quelques-uns même meurent sans raisons médicales bien claires. Comme nous l'avons déjà vu, les parents ne peuvent montrer ni accord, ni désaccord car la métacommunication est trop dangereuse pour la survie de la famille et la situation se pérennise non sans quelques incidents toutefois qui relancent l'indignation des thérapeutes, comme quand la famille va consulter d'autres praticiens ou s'engage dans des traitements complémentaires non orthodoxes.

Au fil des années et des projets pleins d'espoirs qui quelques années plus tard aboutissaient à des orientations défavorables pour l'avenir du jeune et culpabilisantes pour l'équipe soignante, nous avons élaboré des stratégies dont l'idée centrale a consisté à imaginer un compromis entre l'homéostasie familiale fondée sur l'hypothèse de l'erreur logique et l'identité institutionnelle qui repose sur l'intervention thérapeutique.

L'hypothèse d'erreur logique familiale, telle que nous l'avons décrite, renvoie à deux conséquences qui nous ont guidés pour élaborer notre façon de faire:

Le fonctionnement familial est paradoxal et impose donc aux thérapeutes de se conformer à ce modèle tout en gardant une créativité suffisante à un projet de changement pour l'enfant

Trois générations au moins sont impliquées, ce qui oriente vers des stratégies de type contextuel.

In première proposition indique qu'il faut essayer de concilier deux ordres de de vue, de projets et d'interventions incompatibles. Et cela dans une relation dyadique qui correspond au modèle familial, comme nous l'avons vu. Les de triangulation qui consisteraient à disjoindre le travail avec l'enfant et une familiale avec la famille nous ont toujours paru impossibles; ils représentent doute pour la famille, par le moyen d'une hiérarchisation des niveaux de menace trop grande pour la survie familiale. C'est donc génément au clinicien qui a reçu initialement la famille de gérer le paradoxe entre le de l'homéostasie familiale et le projet thérapeutique de l'institution. Tout métacommunication qui tenterait de clarifier cette position diplopique, du la famille comme du côté de l'institution, trahit le modèle logique de l'hypotat à l'expérience aboutit à l'échec.

une dans le cadre de l'institution, et en particulier dans les réunions de syntant de vérifient les loyautés institutionnelles, il collaborera suffisamment au thérapeutique. Au cours des rencontres avec la famille dans l'institution, la malte multi-directionnelle est un des moyens pour le clinicien d'éviter la coalimant surtout de ne pas hiérarchiser les points de vue et donc de ne pas retombant les pièges du changement de type 1. Dans ce cadre, il s'agit donc concrètent de ne pas commenter le travail de l'équipe soignante et les progrès éventuels toutant.

multiples ne supportent pas la loyauté scindée du clinicien surtout dans multiples ne supportent pas la loyauté scindée du clinicien surtout dans multiples de l'autonomité chaque membre sont suffisantes et où le fonctionnement correspond à la multiple 5 de Caplow (4), la position paradoxale est évidemment mieux tolérée.

nome, un moyen thérapeutique, mais apporte le cadre dans lequel vont pouvoir exercer les stratégies de changement de niveau 2, c'est-à-dire celles qui concernant la famille et son modèle communicationnel. Cette première phase peut durer ungtemps; le temps, comme dans tout travail systémique, représente un moyen montournable et essentiel d'affiliation à la famille, particulièrement dans ces tamilles au temps suspendu.

Il s'agit donc, après un temps suffisant, d'apprendre à la famille un nouveau modèle de communication qui autorise chacun à classer les informations et les messures, et à devenir capables de les qualifier.

L'hypothèse de l'erreur logique familiale que j'utilise pose en postulat que les niveaux générationnels familiaux sont dans un rapport d'analogie métaphorique une les niveaux logiques de la communication. C'est ce que j'ai essayé de montrer ici à propos des familles à enfant psychotique. Pour d'autres familles, en particulier celles qui ont un adolescent présentant un état schizophrénique d'apparition assez récente, le travail intergénérationnel dans le cadre d'une thérapie familiale, en complémentarité avec les thérapies individuelles, est possible et efficace à terme. Par contre, nous l'avons vu, l'intervention systémique avec les

familles à enfant psychotique ne peut pas se disjoindre du travail en hic et nunc avec l'enfant lui-même.

Les stratégies que nous allons décrire sont de type éco-systémique et ne peuvent donc être utilisées que dans des cas de psychoses infantiles modérées. Elles s'appuient en effet sur d'autres institutions ou structures, et d'autres systèmes familiaux, ce qui n'est possible que si les troubles de l'enfant ne remettent pas trop en cause son intégration. Elles procèdent de manière pointilliste, sont très liées aux contextes dans lesquels elles interviennent et ne peuvent que difficilement être condensées et généralisées; c'est pourtant ce que je vais essayer de faire maintenant.

Ces stratégies poursuivent deux objectifs – sans d'ailleurs jamais les atteindre – objectifs qui sont liés dans un rapport d'incongruence de nature paradoxale.

Le premier qui apparaît explicite concerne directement l'évolution de l'enfant. Il satisfait les buts de l'institution soignante et l'attente des partenaires médicosociaux. Il s'agit de soutenir les parents dans la recherche d'une intégration extrafamiliale quelle qu'elle soit. Dans les premières années, l'enfant peut-être confié à une nourrice, puis à une halte-garderie pour quelques heures par semaine au début, ou encore à un membre de la famille élargie. Un peu plus tard, l'enfant entrera à l'école maternelle sur un temps d'abord très court. Les parents semblent s'engager assez facilement dans cette orientation si l'institution soignante ne les précède pas et surtout n'utilise pas l'intégration comme preuve des progrès qu'elle aurait obtenu de l'enfant. D'ailleurs, l'entrée en maternelle ne donne aucune certitude quant au passage de l'enfant en grande section et dans le cycle primaire.

Les parents trouvent sans doute dans l'intégration l'occasion de reconstruire une relation paradoxale avec les soignants et d'échapper ainsi au risque d'un contrat thérapeutique trop cadrant. Quoi qu'il en soit, si l'intégration concerne directement et individuellement l'enfant et intéresse son évolution, elle donne aussi l'occasion d'intervenir progressivement sur le modèle communicationnel familial. L'intégration en effet organise trois systèmes en triade ce qui va permettre d'influer progressivement sur la nature des relations comme nous allons le voir.

Le second objectif est plus implicite et doit rester lié au premier dans un rapport d'incongruence. Il s'agit en effet de soutenir un projet sans faire apparaître de perspective de changement, tant du moins que le fonctionnement de la famille n'autorise pas à différencier les niveaux de la communication sur le modèle «d'accord pour être en désaccord». Cette phase du travail fait appel à des stratégies de type contextuel qui ont pour buts de connecter et de mettre en résonance, sur un mode métaphorique, l'organisation des intervenants et la structure de la famille.

Cet objectif consiste à mettre en place et à faire fonctionner des «hiérarchies» qui renvoient aux niveaux générationnels familiaux; ces niveaux générationnels ayant eux-mêmes fonction de matrice dans l'élaboration d'une communication complexe, selon notre hypothèse d'erreur logique familiale. Ces stratégies se résument à un point qui parâît constamment important et qui renvoie à deux conséquences exploitables en termes de comportements appropriés: une position basse par rapport à l'école. Cette position place d'abord l'institution soignante en coalition avec la famille, puisque tout progrès de l'enfant diminue son influence par augmentation du temps scolaire, et elle met simultanément en place une triade dont

mature hiérarchique de leurs relations. Dans le cadre réglementaire de l'école, les moventions d'intégration fournissent la métarègle qui définit les relations de tous partenaires qui la signent, jusqu'à l'IDEN et l'Inspecteur d'Académie.

moins une fois tous les six mois, à l'école si possible ou à l'Inspection déparmentale. Dans ces réunions, les stratégies éco-systémiques que nous avons autre de pronostic évolutif des enfants psychotiques de type dysharmonieux. Les cadre et sur un temps suffisament long, la relation des parents semble évo-progressivement, comme si, selon notre hypothèse, la hiérarchisation de la venuit corriger peu à peu la confusion des niveaux générationnels de la multe telle que nous l'avons décrite plus haut. Les parents se regardent plus; l'un tenduct l'autre quand il est absent; le questionnement circulaire devient pos-broutit à une séparation.

Ouand on a affaire à des familles moins dysfonctionnelles, une proposition aueil familial thérapeutique peut être acceptée par une famille capable de une jusqu'à un certain point à une relation de type paradoxal. En effet dans All ce sont les parents eux-mêmes qui demandent à être aidés et qui pourtant maîtres du placement. Quand la triade famille d'origine – famille d'accueil – the d'AFT est en place, l'intervention systémique consiste essentiellement à diur et à clarifier les relations comme s'il s'agissait d'un travail intergénération-tenvoyant en termes métaphoriques aux génogrammes des deux parents. La malle d'accueil s'installe progressivement en niveau générationnel 3 et au fil du pet des parents (3).

Dans quelques cas, la famille échoue dans cette entreprise, et les retours de tentant dans la famille augmentent encore le dysfonctionnement, souvent dans le une d'une dangerosité quand les parents entrent en escalade avec la famille ducuell, cette étape représentant d'ailleurs déjà un changement dans la relation du unple, mais aux dépens de l'enfant. Il nous arrive donc d'annoncer aux parents que nous sommes contraints d'informer la justice, ce qui d'ailleurs ne rompt pas la relation et nous permet de continuer à travailler dans un cadre d'AFT, mais cette fois dans une relation de hiérarchie avec un service d'Assistance éducative en milieu uvert ou avec l'Aide sociale à l'enfance. Nous nous retrouvons comme avec l'école dans une relation complémentaire qui renvoie métaphoriquement au génogramme de la famille.

Toutes les situations évoquées ci-dessus représentent donc des stratégies pour faire fonctionner des triades relationnelles dans lesquelles la définition des rôles et des fonctions de chacun des intractants devient possible.

Le renvoi métaphorique au génogramme familial peut être apprécié d'abord par une charification des frontières intergénérationnelles. Il est fréquent que la famille nucleaire quitte alors le domicile d'une des deux familles d'origine pour créer son propre foyer et que les interventions de la famille élargie, par exemple à propos de l'enfant psychotique, soient mieux régulées par le couple parental. Il me paraît mutile, ou même risqué, de recadrer ce travail dans le cadre d'une thérapie fami-

liale formalisée. Je préfère continuer à utiliser les opportunités contextuelles et surtout à m'appuyer sur des triades systémiques, qu'elles soient structurelles, comme l'école ou une AEMO par exemple, ou familiales, quand des membres de la famille élargie viennent apporter leurs aides dans des tâches concrètes comme le transport de l'enfant ou une période de vacances.

Au fil du temps, la nature des relations des structures thérapeutiques avec ses partenaires contextuels se précise et gagne en souplesse. Ce sont les établissements et les hiérarchies de l'Education Nationale: IDEN, psychologues scolaires, directeurs d'écoles et évidemment enseignants, les services médico-sociaux, de placement et d'assistance éducative...

Quant à l'objectif qui concerne avant tout l'évolution de l'enfant, il est prudent de ne jamais l'aborder directement dans la crainte de déclencher des rétroactions. L'hypothèse d'erreur logique familiale conduit à se maintenir dans un rapport de triangulation avec l'enfant et son histoire clinique, mais aussi à imaginer que la redéfinition des relations générationnelles va autoriser une reconstruction des niveaux logiques de la communication.

Avec un recul de plus de dix ans, il semble que les enfants évoluent positivement et surtout maintiennent leurs acquisitions. Leur langage s'enrichit et se complexifie, permettant souvent une psychothérapie individuelle ou des aides en orthophonie et en psychomotricité. Ils suivent rarement une scolarité normale, mais se maintiennent souvent dans les cycles spécialisés de l'Education Nationale. Certains enfin sont orientés dans les établissements médico-éducatifs et y développent des capacités relatives d'autonomie sociale. Dans tous ces cas, l'évolution déficitaire semble avoir été évitée.

E. Bridgman 15, rue de Crosne F-76000 Rouen

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Benoit J.-C. (1982): Les doubles liens, PUF, Paris.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G (1973): Invisible Loyalties, Harper & Row, New York.
- Bridgman F. (1987): «Le placement familial, système à double parentalité». Thérapie Familiale, 3, Vol. 8, pp. 301-313.
- 4. Caplow T. (1984): Deux contre un. Les coalitions dans les triades, ESF, Paris.
- 5. Mazet Ph., Houzel D. (1993): Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, Paris.
- Sampaio E. (1994): «Le développement précoce des enfants aveugles: les travaux pionniers de Selma Fraiberg». La Psychiatrie de l'Enfant, 1, Vol. XXXVII, pp. 29-47.

PSYCHIATRIE ADULTE SANS LITS

M.C. CABIÉ

traumé: Psychiatrie adulté sans lits. — A travers la description de la création d'un centre d'accueil et de thérapie brève, ou centre de crise, et à partir de son expérience de thérapie systémique brève, l'auteur de montrer comment une telle structure peut être un outil efficace de prévention et de traitement psychiatrie publique adulte. Cela nécessite un changement d'épistémologie. Les patients sont nos partenures à part entière, et sont les experts de leur propre thérapie. La fragilité du centre d'accueil vis-à-vis de lopitaux traditionnels favorise la mise en place q'une telle définition de la relation.

and from her experience as a systemic brief therapist, the author shows how such an institution may be an effective tool for disease control and treatment in adult psychiatry. That requires the change of our epistemology, Patients are our partners, and are the experts for themselves and their therapy. The weakness of the crisis center compared with the hospitals makes easier the construction of such a relationship.

Mots-clés: Psychiatrie adulte - Hospitalisation - Thérapie brève

Key-words: Adult Psychiatry - Hospitalisation - Brief Therapy.

Depuis deux ans, nous avons ouvert au sein d'un secteur de pychiatrie adulte un centre d'accueil et de thérapie brève», ouvert 24h/24, destiné à répondre aux structions de crise. Situé au cœur de la cité, il facilite l'accès aux soins. Fragile, il oblige à développer de nouvelles modalités thérapeutiques, et à remettre en question l'épistémologie psychiatrique «classique», sans pour autant l'abandonner. Il ne peut exister qu'en complémentarité avec les autres structures de secteur et notamment les services d'hospitalisation. La paradoxalité de sa position en fait un lieu privillegié pour mettre en œuvre l'épistémologie systémique.

Un peu d'histoire...

L'idée de créer un centre d'accueil et de thérapie brève ou centre de crise, si l'on utilise la dénomination administrative, est venue naturellement après un travail de dix années centré sur la réhabilitation des patients hospitalisés de longue date. Le nombre de lits occupés ayant considérablement diminué, nous avons centré notre réflexion sur l'accueil des patients «en crise». Nous connaissons tous les circuits invraisemblables qui leur sont imposés, avant qu'une réponse plus ou moins adaptée leur soit donnée. Intervenir au moment de la crise en mobilisant les ressources du système et du réseau donne plus de chances à notre avis à la survenue d'un changement de type deux.

brève ouvert 24h/24. étroite collaboration avec la direction de l'hôpital un centre d'accueil et de thérapie Ne disposant pas de structure permettant une telle réponse, nous avons créé en

des psychiatres de secteur privé, des médecins généralistes ou des assistantes naires les plus proches, qu'il s'agisse des psychiatres travaillant à l'hôpital général rale confirme l'existence d'une ségrégation. Elle est présente même chez nos partesoignants. Une étude récente sur l'image de la psychiatrie dans la population géné-Nous oublions souvent la façon dont sont perçus les «malades mentaux» et leurs un tel centre au sein même de l'hôpital. Néanmoins, nous avons repoussé cette idée L'hôpital étant implanté sur notre secteur, la tentation a été très forte d'ouvrir

de relations différentes avec la population et permet des ouvertures. murs sont trop hauts pour que cela suffise. Adopter une stratégie directe ne fait que renforcer l'exclusion du «fou». Adopter une stratégie indirecte favorise la création chiatrie publique nécessite des changements au sein même de l'hôpital. Mais les proche, surtout lorsqu'il s'agit du célèbre «Charenton»! Changer l'image de la psy-Ces préjugés sont d'autant plus importants que l'hôpital psychiatrique est

naires sociaux et la population à nous percevoir différemment. avec nous plus facile, moins dramatique. Ils amènent progressivement nos parte-Or, les centres d'accueil et de thérapie brève offrent une possibilité de contact

pitalisé, alors qu'il l'était jusque là une fois par an, souvent sur demande d'un tiers! d'avoir à prendre un traitement. Il le gère pratiquement seul. Depuis il n'a pas été hosmême le rassurait. Il savait que s'il allait mal, il n'aurait pas besoin d'aller à l'hôpital Etre malade n'était plus synonyme pour lui d'exclusion, de honte. Il a accepté le fair Un patient me disait après l'ouverture de notre centre, combien son existence

d'accueil et de thérapie breve. des hôpitaux généraux voisins. Cette action est complémentaire de celle du centre Une autre possibilité aurait été de collaborer plus activement avec les urgences

par les blouses blanches, l'anonymat, ne font pas le choix d'y aller. que dans une petite structure. De nombreuses personnes en souffrance, effrayées plus difficiles d'accès. L'accueil qui y est fait est plus impersonnel, moins humain Mais les hôpitaux généraux ne se trouvent pas sur notre secteur et sont donc

situation ne devienne dramatique. centre d'accueil et de thérapie brève, avant la tentative de suicide, avant que la Certains ne s'autorisent pas à y aller. Par contre il est plus facile de venir dans un signe la gravité de la situation. L'appellation «Urgences» marque le contexte. Avoir recours aux urgences suppose également l'impossibilité d'attendre et

important que les personnes puissent venir sans avoir besoin d'être «en crise». breve», plutôt que «centre de crise» pour des raisons similaires. Il nous a paru Nous avons préféré baptiser notre centre, «centre d'accueil et de thérapie

La remise en question du modèle psychiatrique classique...

poser un diagnostic, à prescrire un traitement. Il est très important de garder ce Au cours des études de médecine, nous avons appris à repérer les symptômes, à

> construire la relation thérapeutique. savoir-faire et de le compléter par une attention particulière à notre façon de

contacts avec nos clients, premiers pas de la construction de cette relation. Nous savons aussi combien nous influençons nos clients et sommes influencés par eux. Nous connaissons bien, en thérapie familiale, l'importance des premiers

la liberté de diriger sa vie. Ne parlons-nous pas d'aliénation mentale? echoué dans la résolution des difficultés auxquelles il est confronté. Prisonnier d'une vision du monde univoque, il pense ne plus avoir d'alternatives, ne plus avoir Lorsqu'un patient ou son entourage fait appel à nous, il est angoissé, perdu. Il a

confiance. accepte vraiment cette définition de la relation, qu'il accepte de nous faire uire haute vis-à-vis du patient. Cela ne signifie pas pour autant que ce dernier Le thérapeute est son «sauveur» potentiel. Il se trouve en position complémen-

avec les nôtres, alors une alliance thérapeutique se noue. L'issue est généralement Si le patient nous mandate réellement pour l'aider, si ses objectifs coïncident

de notre analyse de sa personnalité. nous, ne pense pas que nous puissions vraiment l'aider. Il a peur de notre jugement, Mais parfois, le patient vient sans avoir vraiment choisi de venir. Il se méfie de

dans une relation de dépendance dans laquelle tous deux seront perdants. Sans une d'aide. Cela conduirait à une rigidification de la relation complémentaire patientmouvoir un changement, renforce et peut-être même induit des résistances. doit suivre. Au lieu de découvrir des alternatives, patient et thérapeute sont pris vons, à la lettre, le modèle médical. Le médecin est celui qui sait, le patient celui qui Illiation suffisante, proposer un traitement, une thérapie, une tâche, destinés à prothérapeute. C'est pourtant ce que nous sommes très vite amenés à faire, si nous sui-Ce serait une erreur de tenir pour acquise, de manière systématique, sa demande

convaincre le patient de se rallier aux objectifs que nous avons pour lui. Les cela transparaît surtout dans les «petites décisions» des modalités d'hospitalisation : memes l'aient choisie, illustrent bien la nécessité de remettre en question une telle patients alcooliques, auxquels nous prescrivons l'abstinence totale, sans qu'euxvisites, téléphone, sorties etc... C'est encore plus flagrant lorsque nous essayons de de consultation. Elle est encore plus forte en institution. Lorsque nous lui cédons, Cette tentation de décider pour et à la place du patient existe dans le contexte

Vers un partenariat ou le choix des thérapies brèves

expert en thérapie, le patient est l'expert pour sa thérapie. ce va-et-vient, dans cette circularité de mandat, que le thérapeute se fait confier pour du patient et du système à résoudre ses propres difficultés». Si le thérapeute est un pouvoir le rendre, que se constitue la spirale vertueuse qui augmentera les capacités non d'expert, chercher ses compétences et donner son aval à ses solutions. C'est dans pies systemiques breves, d'utiliser sa position haute pour « mettre le patient en posi-Il s'agit pour le thérapeute, comme le souligne Luc Isebaert à propos des théra-

Si une telle vision de la relation thérapeutique est simple, elle n'est pas pour autant facile à mettre en pratique. Une thérapie peut être considérée comme un processus interactionnel. Les rétroactions du patient aux interventions du thérapeute sont considérées systématiquement comme des d'informations utiles pour promouvoir la coopération, pour mettre en place la circularité de mandat.

Afin de nous guider dans cette tâche, nous avons élaboré, à partir du travail de Steve De Shazer, un arbre de décision. Loin de donner des recettes, ce dernier est surtout utile pour aider le thérapeute à suivre l'un des premiers conseils de John Weakland à ceux qui veulent faire des thérapies brèves: «Go Slow!»

Nous ne développerons ici que quelques aspects de cet outil, à partir de deux questions clés.

1° Existe-t-il une demande d'aide?

Lorsqu'un patient fait appel à nous, cela ne signifie pas pour autant qu'il nous demande de l'aide. Cette demande peut le concerner et être celle de l'un de ses proches, ou venir du système social. Cela signe néanmoins une souffrance que nous devons entendre. Il s'agit de l'alcoolique qui vient devant les menaces de séparation de son épouse, du patient qui est adressé par son médecin généraliste et qui estime que ses troubles ne relèvent pas de la psychiatrie etc... Nous disons alors que le patient construit avec nous une relation de «passant».

Notre objectif est de l'amener à élaborer cette demande d'aide ou à suffisamment le mobiliser pour résoudre ses difficultés sans nous. Il s'agit pour cela de souligner les ressources et les compétences du patient, de valoriser l'intention positive de la personne qui l'envoie, la qualité de leur relation, de s'intéresser aux valeurs du patient – ce à quoi il tient dans sa vie, en bref de faire pencher la balance du côté du non-changement et de la valorisation de la personne. Bien sûr, élargir le système d'intervention, en recevant, avec l'accord du patient et en sa présence, la personne à l'origine de la requête, ou les personnes qu'il aura choisies, facilite le travail.

2º S'agit-il d'une demande d'aide travaillable?

Cela revient à poser la question de l'existence d'objectifs. Ceux-ci sont de bons indicateurs sur la progression du patient dans sa thérapie. Ils sont utiles au thérapeute et au patient. Ils répondent à un certain nombre de critères:

- Ce sont les objectifs du patient, et non pas ceux du thérapeute ou de l'équipe soignante.
- Ils sont petits: il est plus sûr d'avancer à petits pas.
- Ils sont décrits en termes de comportements. Ils sont ainsi plus facilement mesurables.
- Ils sont exprimés sous la forme de la présence de... et non pas de l'absence de...
 Par exemple, si une patiente est moins angoissée, alors elle pourra sortir plus

facilement. Sa première sortie consistera à aller chercher seule ses enfants à l'école.

- Ils représentent le début d'un processus et non pas son aboutissement. Nous souhaitons aider les patients à reprendre leur route sur un chemin qui leur convienne. Il ne s'agit pas de les accompagner tout au long de ce chemin.
- Ils respectent l'écosystème du patient et sont donc acceptables pour son entourage.
- Pour être atteints, ils nécessitent un travail difficile.

Il s'avère parfois impossible, dans un premier temps, de définir de tels objectifs avec les patients. Nous disons alors qu'ils établissent avec nous une relation de chercheurs». Leur demande d'aide est vague ou bien encore autoannulatrice. Ils ont des objectifs et les présentent pour des milliers de raison, comme impossibles à atteindre.

Là encore, il vaut mieux aller dans le sens du non changement, s'intéresser à ce que le patient veut garder de sa vie actuelle, lui proposer de faire un travail d'observation sur ce qui l'aide, etc...

Mme D. vient en situation de crise, adressée par son généraliste, pour un état depressif grave avec idées suicidaires. Elle a été hospitalisée trois semaines dans une clinique. Elle en est sortie la veille, à la suite de troubles du comportement. Elle dit avoir été «mise dehors». Elle est accompagnée par son ami. Au cours de l'entretien, elle se montre très réticente, elle dit sa méfiance vis-à-vis des psychiatres. Elle dit être oujours très déprimée, avoir des idées suicidaires. Elle ne souhaite pas parler de son histoire, parce que « cela la rend encore plus mal ».

Elle établit donc avec nous une relation de type « passant ». Nous pourrions être tentés de la convaincre de nous raconter son histoire, de nous faire confiance, etc... Ce faisant, nous prenons une position haute vis-à-vis d'elle et nous condamnons son militude. Il y a de grandes chances pour que nous renforcions sa méfiance et qu'elle ne revienne pas. Si nous arrivons à la convaincre, nous la plaçons dans une relation de dépendance dans laquelle nous savons mieux qu'elle ce qui lui convient. Il y a une toute probabilité pour qu'elle nous disqualifie par la suite.

Nous choisissons de nous affilier à elle en confirmant sa méfiance vis-à-vis des pychiatres, en la félicitant pour sa franchise et pour sa confiance en son généraliste en son ami. Puis nous nous adressons à son ami en lui demandant comment il aide compagne, ce qui lui semble efficace, à quels moments elle lui semble moins mal, quelles sont les ressources de son amie, ce qui la motive, comment il pense que nous pouvons les aider et si nous pouvons les aider, etc.... M.G. se montre très coopérant. Nous nous appuyons sur sa relation avec Mme D. pour établir peu à peu une mellleure relation avec Mme D., en faisant émerger une demande d'aide.

Lors de la pause, notre hypothèse est que Mme D. a établi une relation de type chercheur», relation qui reste très fragile. Nous décidons de la valoriser, de lui demander de choisir entre plusieurs propositions, quant à la suite immédiate de trentretien. Souhaite-t-elle passer quelques jours au sein de notre centre, pour se protèger contre ses idées suicidaires, pense-t-elle que venir quelques heures dans la

journée serait suffisant, ou alors simplement en consultation? Quelle est son appréciation quant à un traitement antidépresseur? Nous demandons à M.G. d'aider Mme D. dans son choix. Celle-ci refuse une admission dans le centre de crise, et une augmentation de son traitement. Elle décide de rentrer chez elle et de venir en consultation. Nous la félicitons pour son courage, et félicitons M. G. pour le soutien qu'il lui donne. Nous leur proposons à nouveau plusieurs tâches jusqu'au prochain entretien. Il s'agit de tâches d'observation, centrées sur l'état de Mme D. et sur ce qui l'aide à se sentir mieux. C'est M. G. qui est chargé de réaliser celle qui lui semblera la plus adaptée. Nous demandons à Mme D. de continuer à lutter comme elle le fait déjà.

Si M.G. n'avait pas été là, nous n'aurions probablement pas pu amener Mme D. dans une relation de type «chercheur».

Néanmoins, nous aurions pu travailler avec Mme D. à partir de ce qu'elle imagine que M.G. souhaite pour elle, comment il la perçoit, etc...

Il faut en général plus de temps pour que cette stratégie soit efficace.

Thérapie brève et centre d'accueil...

Est-il possible d'utiliser le centre d'accueil et de thérapie brève de façon à ce que le patient puisse devenir l'expert pour sa thérapie en mobilisant ses ressources et celles de son entourage?

Il nous semble que de par sa structure même, ses impératifs de fonctionnement, le centre d'accueil dispose de certains atouts.

Beaucoup de psychiatres ont reproché aux centres de crise de ne pas disposer du plateau technique nécessaire pour traiter les urgences ayant à la fois une composante psychiatrique et somatique. Cette fragilité, cette faiblesse, en nous obligeant à préciser nos limites est également une force. Nous ne nous présentons pas comme «tout puissants ». Ceci nous amène à solliciter le soutien, la collaboration du patient pour lui apporter notre aide, plutôt que de la lui imposer.

Nous disposons de cinq lits d'accueil, que nous nous efforçons de laisser vides, et dont les patients peuvent bénéficier pour une durée maximale de huit jours. Cette limitation dans le temps s'est révélée extrêmement mobilisatrice, aussi bien pour le patient et son entourage que pour l'équipe soignante.

Mais ces atouts ne sont pas suffisants en eux-mêmes. Ils nécessitent que l'équipe soignante les utilise en développant de nouvelles façons de faire, témoins d'un changement épistémologique.

Lorsque nous avons ouvert le centre d'accueil et de thérapie brève, l'équipe soignante y a reproduit les habitudes des services d'hospitalisation de l'hôpital.

Il a fallu peu à peu remettre en question ce fonctionnement. Nous sommes passés pour cela par plusieurs étapes.

Au cours de la première étape, nous n'avons pas pu nous détacher des «lits». Nous avons modifié le «règlement intérieur».

Nous avons choisi de ne pas parler d'hospitalisation, mais d'accueil à temps plein, d'accueil à temps partiel, ou d'entretien d'accueil. Ce changement a facilité

l'abandon des blouses blanches. Il en reste une dans la salle de soins pour les injecuons, perfusions, prises de sang...

Les portes du centre sont ouvertes toute la journée. Nous avons décidé de les termer le soir, après le départ des secrétaires, par crainte que quelqu'un puisse autrer dans le centre à notre insu, du fait de la configuration des locaux.

Nous avons également laissé tomber les «permissions». Les sorties sont systématiquement autorisées. Nous demandons à être prévenus de l'endroit où se rend personne et de la durée de son absence. Nous vérifions avec elle si cette sortie va lum le sens de la réalisation de ses objectifs. Lorsque nous avons pris cette décision via vis des sorties, les infirmiers ont exprimé leur sentiment d'avoir été «abandonpar les patients au cours d'un week-end particulièrement ensoleillé!

Les patients circulent librement dans le centre, ont notamment accès à la cuiine. Cette libre circulation a également suscité beaucoup de discussions. De nomneux soignants avaient peur de ce que les patients pourraient faire, et de l'engagement de leur responsabilité. L'ergothérapie est encore fermée. Nous sommes en main de travailler à son ouverture en dehors des heures de présence des ergothéraneutes.

Les visites sont à priori favorisées, à condition qu'elles ne gênent pas les autres patients. Ce sont des moments privilégiés pour entrer en contact avec l'entourage du patient et faire le point de la situation.

Puis nous avons réfléchi à la façon même dont nous organisions cet accueil à temps plein. Au lieu de le prescrire, nous avons souhaité le négocier avec le patient trou son entourage. Que veulent-ils obtenir de cet accueil? Comment sauront-ils qu'ils n'en ont plus besoin? Un traitement chimiothérapique est-il utile? Tous ces punts sont discutés lors de l'entretien d'accueil et repris chaque jour. Nous partons u principe que si le patient a su faire appel, il sait aussi à partir de quand il pourra volet de ses propres ailes. Nous préférons qu'il décide du moment de sa sortie et qu'il puisse revenir s'il en sent le besoin, sans craindre d'être retenu contre son gré.

M. F. est un jeune homme de 28 ans amené en urgence par son amie en raison d'un dexcitation psychomotrice évoluant depuis quelques jours. Dépassée par les événaments, cette amie fait appel aux parents de M. F. et notamment à son père. Celui-ci nous rejoint assez rapidement. M. F. se montre opposé à une hospitalisation et à la prix d'un traitement. Une négociation s'engage entre lui et son entourage. Il en résulte prode difficile. M. F. accepte alors de prendre un traitement léger qui sera revu lors inveniens quotidiens avec M. F. et son entourage. Une attitude psychiatrique classeure aurait conduit à une hospitalisation sur demande d'un tiers, à des injections pur sans le consentement du patient qui aurait de fait été « déresponsabilisé ».

M. F. et son amie ont d'abord été reçus par les infirmiers, qui devant l'importance de l'etat maniaque et la non-coopération du patient, ont fait appel au psychiatre de unde Entre-temps l'arrivée du père a permis, en élargissant le système d'interventen, de trouver une nouvelle solution, dans laquelle chacun des membres du système, a pris une part de responsabilité et une part de risques.

Peu à peu les modalités du traitement ont été renégociées et assouplies. M. F. a décidé de s'engager dans une thérapie et a choisi lui-même son thérapeute, après

avoir rencontré plusieurs personnes. Depuis il semble s'être stabilisé et n'a plus présenté d'épisode maniaque.

Nous avons pu constater que plus nous «négocions» cet accueil à temps plein, moins il s'avérait utile pour les personnes en situation de crise. Par contre, nous avons développé des hospitalisations brèves programmées dans le cadre de certaines thérapies. Nous sommes ainsi passés progressivement à une deuxième étape, au cours de laquelle nous avons centré notre attention sur les accueils à temps partiel, et surtout sur l'entretien d'accueil.

Ceux-ci sont menés par les infirmiers. Leur objectif est d'évaluer la demande du patient et de son entourage, et de décider avec eux de la marche à suivre les plaçant d'emblée en position d'experts pour eux-mêmes. En fonction de l'urgence, ils font immédiatement appel à un psychiatre.

Les infirmiers reçoivent les patients à deux. L'un prend plutôt une position de leader, l'autre d'observateur. Le début de l'entretien est centré sur l'affiliation, et sur les questions que nous connaissons bien: Qui demande? Quoi? Pour qui? Pour faire quoi? Pourquoi maintenant?

Puis, ils font une pause pour préparer la fin de l'entretien. Celle-ci comprend en général le résumé des difficultés rencontrées par le patient, la mise en valeur de ses ressources et de celles de leur entourage, et la proposition d'alternatives parmi lesquelles le patient choisit avec les siens celle qui leur semble la plus appropriée

Bien que le matériel soit disponible et facilement utilisable, il ne nous est pas possible d'enregistrer sur magnétoscope ces entretiens d'accueil, du fait de l'opposition forte de certains thérapeutes du secteur. Ces entretiens sont repris et travaillés lors d'une réunion hebdomadaire.

Le point le plus important que nous avons pu aborder au cours de cette étape est la distinction entre objectif et moyen. En aucun cas, une consultation, un accueil à temps plein ou à temps partiel, ne peut être considéré comme un objectif. Tout au plus est-ce un moyen que nous mettons à la disposition du patient pour atteindre son objectif. Ceci peut sembler évident, et pourtant...

En conclusion, nous souhaitons insister sur l'intérêt de tels centres pour la prévention de l'urgence psychiatrique, et la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations au sein du secteur. Notre expérience n'est pas unique. Plusieurs centres de crise existent en France et ont prouvé leur efficacité sur ces deux points, quel que soit des échanges. Les réalités très différentes sont fonction des contextes. Cette diversité, cette richesse, l'enthousiasme des équipes soignantes qui découvrent de nouvelles contrées sont très stimulantes et nous conduisent à remettre en question nos fonctionnéanmoins que l'approche systémique offre quelques pistes intéressantes à explorer... Mais ne nous y trompons pas! Ces centres d'accueil ne sont qu'une étape dans l'évolution de la psychiatrie publique au sein de notre société.

M.C. Cabié Centre Valmy 11, rue de Valmy 94220 Charenton

BIBLIOGRAPHIE

Berg I.K. (1994): Family-Based Services, A solution focused approach, Norton, New York.

De Shazer S. (1988): Clues. Investigating solutions in brief therapy, Norton, New York.

Gilligan S., Price R.E. (1993): Therapeutic Conversations, Norton, New York.

Hoffman L. (1985): «Beyond power and control: toward a second order family systems therapy», Family systems medicine, 3, pp. 381-396.

Keeney B.P. (1991): Improvisational therapy: a practical guide for creative clinical strategies. Guilford Press, New York.

Nardone G., Watzlawick P. (1993): L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe L'esprit du temps, Psychologie, Paris.

PSYCHOSES ET PRATIQUE ÉCO-SYSTÉMIQUE

Serge KANNAS*

Resumé: Psychoses et pratique éco-systémique. — L'auteur présente sa pratique de psychothérapie famille auprès de patients psychotiques et de leur famille. Dans une première partie, il commente l'impact grandes théories explicatives sur le traitement. Dans une deuxième partie, il aborde la question de la place réciproque de la famille et de l'institutionnalisation. Dans la troisième partie, il décrit son modèle de principal de la principal de la question des médicaments, les écueils à éviter, le problème de la pronicité et les principaux résultats observés).

Nummary: Psychosis and eco-systemic practice. — The author gives a description of his family therapy work with psychotic patients and their family. He first comments the influence of classic theoretical views on the therapeutic process. In a second part, he affords the whole theme of family and institutional treatments. Third, he describes his therapeutic model, with parents, patient, medications, difficulties and final

Mots-elés: Schizophrénie – Psychose – Psychothérapie familiale et psychose – Psychothérapie familiale et et psychose – Psychothérapie familiale et et psychose – Psychothérapie familiale et psychose – Psychothérapie – Psych

Key-words: Schizophrenia – Psychosis – Family psychotherapy and psychosis – Family psychotherapy and ehizophrenia – Ecosystemic approach and schizophrenia.

Voici environ un siècle que les très célèbres Kraepelin et Bleuler ont tenté de pécifier, au sein de la médecine mentale, des entités appelées psychoses et schizophrénies. En 1995, ce domaine continue de représenter un problème majeur de anné publique ainsi qu'un défi essentiel pour tous les modèles thérapeutiques.

L'émergence kraepelinienne a coïncidé avec le point culminant du positivisme médical, dont le surgeon actuel est le modèle biologique de la maladie mentale. C'est aussi à cette époque qu'est née la psychanalyse, qui a influencé tout aussi largement ces questions. Le mouvement des thérapies familiales, noyau dur des pratiques éco-systémiques, n'atteint, si l'on peut dire, que son demi-siècle à peine (l'âge des neuroleptiques!) – petit frère au regard de ses glorieux aînés.

Pour la compréhension de ce qui va suivre, nous utiliserons indifféremment le terme psychose, schizophrénie, ou bien des «équivalents rédactionnels» tels que maladie mentale ou problème psychiatrique. Etant entendu que nous ne cherchons maladie mentale ou problème psychiatrique. Etant entendu que nous ne cherchons pas à définir de façon subtile des formes cliniques, ce dont l'Ecole Française de Psychiatrie est si fière, et légitimement. De même, nous ne discutons pas la référence psychiatrie est si fière, et légitimement. De même, nous ne discutons pas la référence psychiatrie est si fière, et légitimement. De même, nous est pas apparu de corrélation aux DSM III R, ou DSM IV. Dans cet article, il ne nous est pas apparu de corrélation

Psychiatre. Chef de service, secteur adulte, C.M.P.

entre une intervention thérapeutique dans le cadre général d'un modèle, et une référence diagnostique ultra-précise (il semble d'ailleurs que ce soit souvent le cas en psychiatrie). Enfin, nous nous référerons généralement à la schizophrénie de l'adulte qu'elle est de loin la situation sociale de «quitter la maison».¹ D'une part parce qu'elle est de loin la situation la plus commune. Et d'autre part, parce que nous l'échec du traitement de la situation plus tardives correspondent le plus souvent à l'âce adulte gente de l'adulte jeune et à sa chronifipsychoses qui surviennent à l'âce adulte soulèment.

Par ailleurs, une des grandes faiblesses de cet article, totalement acceptée à l'avance, concerne son aspect qualitatif. Il ne s'appuie pas sur des études comparatives étayées statistiquement. Nous espérons toutefois que le lecteur voudra bien patients psychotiques et de leur famille, dont la moitié environ, dans le cadre d'une pratique éco-systémique. Pour des données plus chiffrées, il pourra se reporter à l'ouvrage cité en note².

Dans une première partie, nous étudierons l'impact des «grandes théories» sur nos pratiques. Car dans ce domaine, ce ne sont pas uniquement l'observation et l'intervention qui créent la théorie, mais aussi l'inverse. Dans une deuxième partie, nous aborderons la question du travail avec la famille, et celle de l'institutionnalisation. Enfin, nous aborderons, dans une troisième partie, l'aspect plus spécifique de notre modèle de travail.

1. L'impact des «grandes théories»

Un regard rétrospectif sur un siècle de «grandes théories», une fois débarrassées de leurs scories les plus subalternes, nous apporte les informations suivantes, à la fois essentielles et limitées:

- Le modèle médical a confirmé que la possession d'un cerveau était une condition nécessaire pour devenir schizophrène. Cerveau vulnérable, comme le montre l'efficacité des neuroleptiques. Cerveau programmable, comme l'ont montré toutes les études de jumeaux.
- Les analystes ont apporté l'idée que le comportement du psychotique n'était pas insensé, mais qu'il pouvait avoir un sens relationnel, intra-personnel ou «interpersonnel/intra-personnel»³. De Freud à Lacan, et bien d'autres, toutes les études cliniques ont confirmé ce fait.

Les systémiciens ont apporté l'idée que le comportement du schizophrène pouvait avoir une fonction dans le contexte plus large où il apparaît et se maintient, c'est-à-dire la famille en règle générale. Là aussi les illustrations cliniques n'ont pas manqué.

En 1995, et sous ces angles, les trois théories possèdent une plausibilité suffisamment forte pour pouvoir être considérées comme «vraies simultanément». Ce qui plute un peu les choses, c'est lorsque ces théories – ou plus exactement les théoriecens qui les portent – veulent ériger un modèle descriptif, partiel, plutôt pertinent, en modèle explicatif totalitaire. Ce dont l'expérience clinique ne rend pas compte. Il est remarquable de constater à quel point il existe un contraste entre ces attitudes atrogantes, doctrinaires, mutuellement exclusives, et le peu de démonstrations tangibles. Chaque théorie promettant le «paradigme absolu», le «grand soir » explicatif, le «lendemain qui chante » thérapeutique. Tout ceci au gré de fortunes variées, liées à l'attente des pouvoirs publics, au financement des laboratoires, au poids des médias et des establishments ou lobbies divers.

Le mouvement systémique n'est absolument pas indemne de ce reproche génétal car il a accrédité l'idée, ou laissé dire par des épigones ou des exégètes, que les perturbations familiales rendent fou. C'était là le paradigme ultime, au même titre que ceux qui parlent de la «forclusion du Nom-du-Père», de la «déficience symbolique», ou encore ceux-là qui parlent de la voie «sérotoninergique», du «faisceau médian du télencéphale», sans oublier les «gènes à pénétrance variable».

On peut s'arrêter quelques instants et réfléchir sur ce paradigme systémique. Tout d'abord, il est présent dès l'origine de la thérapie familiale. Le premier article de G. Bateson, en 1956 sur le double lien⁴, présente un enfant «victime» d'une mère ou de parents «bourreaux» (c'est nous qui soulignons). Même si la formulation est modifiée dans des articles ultérieurs sur un mode plus circulaire, l'élan est donné et permettra vingt à trente ans de travaux sur la communication pathologique dans les familles et les taxonomies familiales, à la recherche d'un improbable critère spécifique⁵.

Ce paradigme et cette recherche n'étaient pas, selon nous, systémiques. Expliquons-nous. La poursuite d'un raisonnement circulaire appliqué à la schizophrénie (les perturbations familiales rendent fou), devrait faire apparaître le demicercle manquant, à savoir qu'un membre schizophrène perturbe gravement aussi une famille, le couple des parents, sans préjuger du reste. C'est un péché de jeunesse de l'approche systémique, de vouloir être systémique avec les familles, et linéaire avec les institutions et les modèles.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'en mettant l'accent sur la responsabilité de la famille, en réalité on vise implicitement les parents. Tous les chemins mènent ainsi aux mêmes accusés. Et par ce biais, le modèle systémique ordinaire, différencié en apparence des autres modèles, renoue avec eux, avec les

Voir Leaving Home, Jay Haley, traduction française, ESF, 1991, Paris.

Voir Family Therapy In Schizophrenia, William R. Mc Farlane, The Guilford Press, Londres, 1983, Chapitres 3, 5 & 7.

Nous n'avons pas trouvé d'autre formulation pour rendre compte de comment, selon nous, les analystes décrivent les relations interpersonnelles, soit comme «réalité», soit comme introjection. On se référera, entre autres à: Freud, Ferenczi, Scarles, Fairbairn, Winnicott, Lacan, Anzieu, Eiguer, Ruffiot, et bien d'autres.

Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.H.: «Vers une théorie de la schizophrénie» in Vers une Ecologie de l'Esprit, G. Bateson Tome II, Ed. du Seuil, Paris, 1980.

Leff J.R., Vaughn C., Expressed Emotion in Families: Its significance for mental illness, Guilford Press, New York, 1985.

déçu dans ce domaine les espoirs mis en elle. ment abandonné sa mère pendant vingt ou trente ans. Il semble que la thérapie ait l'hystérie. Mais, comme le remarque Mc Farlane⁶, la thérapie familiale a rapidela recherche sur la schizophrénie comme la psychanalyse est née de la recherche sur tique psychanalytique et de la psychiatrie classique. La thérapie familiale est née de mêmes pratiques traditionnelles anti-parentales issues de certains excès de la pra-

l'armoire, la même remarquable théorie ne marche pas. armoire avec des chaussures de femmes. Mais, lorsque le problème devient de vider théorie qui décrit remarquablement comment un monsieur remplit entièrement son mique à propos du patient fétichiste et de la psychanalyse?. Nous disposons d'une Autrement dit, nous en sommes arrivés à ce que Jay Haley décrit de façon polé-

nent pas leur rejeton en chemin, sans résultats probants. familles résistent, nous combattent et nous quittent, lorsqu'elles ne nous abandonthéorie nous enseigne qu'il faut changer la famille et s'étonne de voir que les et lorsque cela arrive, chacun sait que les résultats sont très incertains. La troisième patients se montrent peu capables de respecter un cadre ou de porter une demande, d'autant plus «longue» que le problème est «profond». Mais beaucoup de nos deuxième théorie stipule qu'il faut entreprendre une psychothérapie individuelle plus que l'introduction d'un médicament nouveau pendant ce laps de temps. La tiques qui a modifié l'évolution du traitement des patients schizophrènes, beaucoup maintenant 45 ans, et nous sommes convaincus que c'est le changement des pratent significativement dans ce domaine. Les neuroleptiques sont utilisés depuis théorie stipule qu'il faut traiter l'expression somatique d'une vulnérabilité dont l'origine reste inconnue, et que faire en attendant que nos connaissances augmenpour donner les meilleures chances à un changement thérapeutique? La première un individu peut devenir fou. Mais, sont-elles appropriées chacune de leur côté, Nous disposons de plusieurs théories qui décrivent remarquablement comment

L'impact des grandes théories nous amène ainsi aux idées suivantes:

par elle, et ainsi de suite. duels ou familiaux, qui vont affecter le déroulement de la crise, être affectés en retour peut ou non s'exprimer de façon clinique en fonction de divers paramètres indivifamiliales). Cette vulnérabilité somatique ne signifie ni fatalité, ni déterminisme. Elle familial (étape du cycle de vie familial, histoire de la famille, état des relations intra-(cérébrale) d'origine inconnue, et un environnement individuel (histoire du sujet) et individuelle et familiale, témoignant de l'interaction entre une vulnérabilité somatique Tout se passe comme si la schizophrénie peut être considérée comme une crise

rapeutique. Il s'agit alors de partir de ce qu'attendent les familles des pratiques qu'aucune théorie ne peut prétendre construire un kit universel d'intervention thé-Cette formulation générale, véritable PPCD psychiatrique, nous montre

réaliser ces attentes. professionnelles⁸, et comment ces différentes approches peuvent être utilisées pour

familiales, communautaires, pouvons-nous utiliser pour: Ainsi posée, la question devient: quelles ressources médicales, individuelles,

- hospitaliser moins souvent et moins longtemps
- obtenir le taux de rechutes le moins élevé possible, et les plus brèves,
- donner le plus de chance, ou gagner du terrain vers la normalité, c'est-à-dire les gagner sa vie, avoir un partenaire sexuel durable ou non, vivre au sein de sa multiples formes acceptables qu'elle comporte, à savoir travailler ou étudier. acteur de ces buts, dans un contexte social où l'usage est de quitter la maison. famille, seul ou dans une famille nouvellement créée, avoir des amis, en devenant

2. Le travail avec les familles - La famille comme ressource - Fonction et place de l'institutionnalisation

quences dramatiques pour les deux parties. D'un point de vue formel, au fil du essentielle du traitement des patients schizophrènes. Elle réalisait une séparation tenir les mêmes relations que dans sa famille. système psychiatrique, où il apprenait avec les professionnels à reproduire ou maintemps, l'hospitalisation prenait l'allure d'une adoption clandestine du patient par le heres entraînaient un retour du patient chez lui, cela pouvait déclencher des consé-Si bien que si d'aventure une guérison inattendue, ou des circonstances particusans le patient, car celui-ci passait à l'hôpital psychiatrique les trois quarts de sa vie implicite ou explicite avec la famille et permettait à cette dernière de se réorganiser Dans la première partie du siècle, l'institutionnalisation représentait la part

dans sa famille) s'est trouvée de plus en plus posée. En même temps, le regard gement radical dans l'atmosphère des hôpitaux psychiatriques. Simultanément, guérisons définitives et des améliorations très significatives, sans compter un chan-(>1952-1960). Ces derniers ont fait plus que calmer l'agitation. Ils ont permis des teurs. Le premier fut la découverte et l'utilisation généralisée des neuroleptiques trique. Le mouvement des thérapies familiales y a pris largement sa partio, car tions en général, et psychiatriques en particulier. Ce fut la période antipsychiauon socio-politique émergeaient, critiquant de plus en plus ouvertement les instituiatrogènes' ont été davantage relevés. Parallèlement, des mouvements de contestaporté sur l'utilité des hôpitaux psychiatriques s'est modifié; ses limites, ses aspects pour ces raisons, la question du traitement ambulatoire (c'est-à-dire avec le patient A la fin des années cinquante, la situation a évolué sous l'influence de deux fac-

Family Therapy in Schizophrenia, W.R. Mc Farlane, Guilford Press, New York, 1983, voir introduc-

Leaving Home, Jay Haley, Traduction française ESF, 1991, Paris

Hatfield B. Agnes, What Families Want of Family Therapists, in Family Therapy in Schizophrenia W.R. Mc Farlane, Ed. Guilford Press, Londres, 1983, Voir chapitre II.

⁽La Névrose Institutionnelle, Ed. du Scarabée). Voir les travaux de Goffmann (Asiles), de Stanton & Schwartz (The Mental Hospital) et de Barton

Le Réseau, Alternative à la Psychiatrie, Textes recueillis par M. Elkaim, Ed. Le Seuil 10 - 18, Paris

Il insistait sur la relation entre santé mentale et contexte social. La sectorisation en France (>1960) et le mouvement communautaire aux U.S.A. (Kennedy Act de 1963) en sont le reflet partiel. Tout ceci a entraîné un large mouvement de désinstitutionnalisation. De plus en plus de patients passaient de plus en plus de temps dehors, c'est-à-dire dans leurs familles. De nos jours, les trois quarts de nos patients passent les neuf dixièmes de leur vie au sein de leur famille. On ne peut leur laisser faire le travail toutes seules.

Les «psy» de 1995 sont donc confrontés à la famille comme influence prépondérante et incontournable, et donc à des choix. Ils peuvent alors (c'est la position «archéopsychiatrique») se replier sur l'attitude traditionnelle d'avant 1950. Bien campés, protégés dans leur bunker hospitalier qu'ils continueront d'appeler asile (pour bien montrer que la vie y est meilleure que «dehors»), ils adopteront leurs patients au long cours. Ils éviteront coûte que coûte la famille, n'imaginant parfois même pas qu'elle a un rôle à jouer. Ils délégueront à d'autres professionnels les contacts avec la famille et leurs conséquences lointaines.

ouverte et plus subtile de neutralité malveillante. Ils ne contesteront pas ouvertement l'adoption de leur rejeton schizophrène par le système psychiatrique. constamment recours, ne la pousse pas à baisser les bras, et à confirmer définitivealors exsangue après toutes ces années, avec l'accumulation, de part et d'autre ment. Ils finissent toujours de la même façon par le retour à la maison, dans la ces parcours qui échouent assez régulièrement et sont recommencés inlassablequ'officiellement déniés, pour le bien du patient. On connaît le devenir habituel de dement ficelées, véritables kidnappings psychiatriques, d'autant plus féroces hopitaux de jour, éloignements spécialisés, qui réaliseront des parentectomies ronles parents. Ou bien encore par l'autonomie des «circuits psychiatriques»: foyers, nomie» pour le patient. Par le biais d'un logement «autonome», mais financé par pendre. Simplement, ils conseilleront, sur un mode allusif et apitoyé, plus «d'automent la famille, ne lui feront aucun reproche officiel, tout en pensant pis que lassitude. Si dans l'intervalle, l'épuisement de la famille jamais écoutée, mais (patient, professionnels, familles), du désespoir, de la rancune, de la colère, de la famille, seul havre disponible, à qui on laisse peu le choix dans ce cas. La famille est Ils peuvent aussi adopter la position «paléopsychiatrique¹¹», en apparence plus

Une dernière possibilité existe, et c'est évidemment celle que nous préconisons. Le professionnel peut considérer la famille comme un partenaire à part entière dans le processus thérapeutique, en même temps qu'une ressource déterminante dans le travail. Ceci implique qu'il se mette sérieusement à l'écoute des valeurs, des enjeux, des limites de la famille, sans pour autant renoncer à sa propre responsabilité dans ce processus. Il pourra se monter exigeant, demandant à la famille de poser des règles, de les faire respecter. Il la confrontera à des enjeux relationnels difficiles. En contrepartie, il devra s'attendre à respecter le fait que la famille soit exigeante avec lui, et qu'il la soutienne sans faille, avec obstination et sans ambiguité. Il pourra alors découvrir, dans ce parcours sisyphéen, qu'il n'est pas le seul

responsable du destin du patient, que le fardeau est partagé, et que d'autres alternatives sont possibles en dehors de l'institutionnalisation permanente, répétitive, et de ses intervalles.

accordée à l'institutionnalisation. Ceci se vérifie facilement. Les «psy» qui aiment entre la place proposée à la famille dans le processus thérapeutique, et l'importance exemple. On sait que cette période, même si elle est prévisible, est instable. La quelqu'un va sortir du système familial, le jeune en âge de quitter la maison par considérer une famille à un moment particulier de son cycle de vie12, celui où un modèle formel de l'hospitalisation (descriptif mais non explicatif). On peut (Ah! ces fameuses interdictions de visite). De façon plus générale, on peut décrire privilégier l'hospitalisation n'aiment pas se colleter avec la famille, et vice-versa départ. La crise psychotique du jeune adulte, sans préjudice d'autres paramètres, et un équilibre B (état de la famille lorsque l'enfant est parti). On sait aussi qu'une des parents, ou l'un des enfants, présente un problème-symptôme qui empêche le des façons de «stabiliser» la transition entre A et B peut consister dans le fait qu'un samille oscille entre un équilibre A (état de la famille lorsque l'enfant est présent), n'est entrepris, le cycle se reproduit plusieurs fois, accroissant la conviction partanormale lorsque le patient sort (comportement à la maison, études, travail, etc...) si les tensions familiales contradictoires ne sont pas gérées, le processus de la vie et le traitement médical font en général «baisser la vapeur». Temporairement - car du patient perturbateur. Ceci se vérifie cliniquement par le fait que l'hospitalisation sus. Tensions qui sont abaissées artificiellement par la mise à l'écart et le contrôle recours à une intervention psychiatrique, et particulièrement l'institutionnalisation, peut donc être vue comme un comportement qui exerce une fonction de ce type. Le dique stabilise périodiquement la relation famille/patient, et l'empêche ainsi d'évoorganique à ce cycle chronique pour qu'il se constitue. L'institutionnalisation périod'hospitalisation. On voit ici qu'il n'est nul besoin de postuler une «endogénéité» gée par tous qu'il s'agit d'une maladie chronique nécessitant plus de médication et les fait réapparaître, et le patient «rechute» et est de nouveau hospitalisé. Si rien des tensions intrafamiliales contradictoires qui apparaissent au cours de ce procespeuvent alors être considérés comme une tentative de régulation homéostatique On aura déduit facilement de ce qui précède, qu'il existe une relation directe

Un autre point, sur lequel nous voudrions insister, concerne l'hospitalisation inaugurale. Elle joue un rôle considérable dans le processus d'étiquetage et de contre-étiquetage psychiatrique de la situation. En même temps, il n'est pas interdit de penser qu'elle peut constituer dans de nombreux cas, par son aspect stabilisateur (changer sans changer), un véritable processus d'apprentissage. La famille peut apprendre ainsi dès la première fois à gérer de façon psychiatrique et institutionnelle toutes les tensions, même si elles n'engendrent pas de comportement psychiatrique direct. D'où l'importance que nous accordons à l'évitement de l'hospitalisa-

Voir G. Massé, le «Rapport» qui distingue les structures psychiatriques en structures fermées, semiouvertes, et ouvertes, en France.

Voir Milton Erikson, Un Thérapeute Hors du Commun, Jay Haley, Epi D.D.B., Paris 1984.

Voir Leaving Home, opus cit., S. Wievorka & S. Kannas, Approche Systémique et Chronicité à l'Hôpital Psyhiatrique, Evolution psychiatrique et S. Kannas, Approche Systémique et Pratique Dirigeante de Secteur Psychiatrique, la Information Psychiatrique, juin 1990.

dans le domaine de l'urgence et de la crise14. tion, par le développement d'alternatives en amont de celles-ci, et particulièrement

vail n'est possible lorsqu'un patient est hospitalisé, la famille étant alors déchargée, sible, dans des conditions qui permettent qu'elle ne se renouvelle pas, car aucun traimpuissante et inutile. ne pas institutionnaliser. Tout faire pour mettre fin à l'hospitalisation dès que posfamille participe à la maîtrise d'œuvre du processus thérapeutique. Tout faire pour Notre conclusion sur cette partie est ainsi évidente: tout faire pour que la

3. Le modèle général du travail

mence autour d'une hospitalisation, inaugurale ou non. aspects chroniques et les principaux résultats observés. En général, le travail comle rôle des parents, le travail avec les patients, les principaux écueils à éviter, les point nous nous inspirons du travail de Jay Haley¹⁵, de Chloé Madanes¹⁶ et de W.R. rechutes, il aborde en famille les problèmes posés par les enjeux «normaux» de la Il inclut le plus largement possible comme partenaire et comme ressource, la Mac Farlane17, auxquels nous rendons hommage. Nous aborderons successivement vie, jusques et y compris le fait de «quitter la maison». On comprendra ainsi à quel famille et son réseau. Il met l'accent sur l'évitement des hospitalisations et des Tel un puzzle, ce modèle émerge à partir de ce qui a été évoqué précédemment.

révélant ainsi des coalitions transgénérationnelles multiples et secrètes. saboter l'influence des parents, inconsciemment ou non, sans offrir d'alternative, et et tantes), de la fratrie, des amis, d'autres professionnels qui peuvent être tentés de confusions hiérarchiques. Il peut s'agir de la famille élargie (grand-parents, oncles gés contre les interventions non contrôlées des membres du réseau, à l'origine de sera confirmée). Ils doivent donc être constamment encouragés, soutenus, et protétout reproche ou critique (sauf et prudemment lorsqu'une solide alliance avec eux peutique. Sans eux aucun travail n'est possible. La règle est donc de s'abstenir de Les parents représentent l'axe autour duquel s'articule tout le processus théra-

entre séances individuelles et familiales, etc...), mais on sait que le patient peut aussi

vérifier qu'il ne s'agit pas aussi d'une manœuvre visant à marginaliser les parents et aborder des problèmes «individuels» en famille. Enfin le thérapeute devra toujours

les évincer ainsi du processus thérapeutique.

une éducation, mais plutôt de «digitaliser» l'information (l'expression est de d'un observateur extérieur). Toutefois, on se doutera qu'il ne s'agit pas de refaire rejeton avait soudainement et nettement rajeuni (ce pourrait être le point de vue tienne à la maison, la responsabilité d'un «recadrage directif rigide» comme si leur l'hospitalisation, aux semaines ou mois nécessaires pour que le patient se main-L'idée générale est de leur confier, de la première étape qui s'étend de la fin de

> sujet (il peut alors y avoir des séances individuelles, ou bien des séances partagées crédibilité. Il apparaît alors plus de légitimité à plus de place pour le patient comme de taçon plus positive au fur et à mesure que le processus thérapeutique gagne en contre le professionnel et le système thérapeutique, les relations se complexifient qu'on observe, c'est qu'après une longue période de révolte, de cris, voire plus, s'il a les parents contre lui, il n'aura pas le jeune avec lui pour autant. En général ce s'il a les parents pour lui, il aura toujours le temps de travailler avec le jeune. Mais, variable est toutefois beaucoup moins cruciale que l'alliance avec les parents. Car professionnel doit veiller à créer un minimum d'alliance avec le jeune, cette nome, même si cela rend au patient la vie désagréable, voire beaucoup plus. Si le rompt avec des pratiques antérieures où le patient était considéré comme plus automis en œuvre par les parents à l'instigation du professionnel. Même si le processus vérifier que ce dernier s'inscrit bien dans le processus de «recadrage directif rigide» souhaitent confirmer leur demande en tant que couple). explicites, et d'anticiper les conséquences de leur non respect. Enfin, cela permet pourront être abordés ultérieurement si le jeune est sorti d'affaire, et si les parents devant l'enfant, mais sans l'impliquer comme régulateur (les problèmes de couple mais comme des désaccords parentaux à négocier directement avec le professionnel et pratiques, ce qui permet de vérifier s'ils sont atteints ou non. De poser des règles nels/parents, professionnels entre eux, etc... De redéfinir des objectifs limités clairs ter l'impact des confusions ou inversions hiérarchiques parents/enfants, professionextra-familiales, ainsi qu'au sein du système thérapeutique. Ceci a pour but de limi-C. Madanes¹⁸). Sur les objectifs à court et moyen terme, sur les relations intra et l'abord prosaïque des désaccords conjugaux, non comme des problèmes de couple. Le travail avec le patient dans cette première étape consiste principalement à

bout de quelques mois, et que la qualité de la situation entre deux rechutes doit tains épisodes psychotiques inauguraux ne récidivent pas, ce qu'on doit vérifier au tendre vers le minimum de chimiothérapie si elle doit être au long cours, que ceroffre l'intérêt de garantir une compliance stricte et de vérifier ainsi le meilleur rapun contexte protégé. On n'oubliera pas que le travail implique - entre autres - de port dose/efficacité, de permettre, éventuellement des fenêtres thérapeutiques dans par le patient, et son contrôle par les parents, seront envisagés comme un exemple crit aussi dans celle, relationnelle, de tous les aspects de la vie quotidienne de la l'instigation du professionnel, et des conséquences qui doivent en découler. Ceci parmi d'autres, du respect par le patient des règles de vie posées par les parents, à famille à l'intérieur de ce «recadrage directif rigide». Le respect de la prescription Mais on devra considérer que leur gestion (effets recherchés et compliance) s'insjustifient au niveau de leur efficacité clinique. Sinon, il vaut mieux s'en abstenir. Les médicaments devront être considérés avec sérieux et rigueur comme ils le

Gens en Crise, F.S. Pittman, Turning Points, Norton, New York, 1987, ainsi que S. Kannas, Projet les nombreux articles publiés par F. Pittman & Coll. dans Family Process, ainsi que D. & L. Everstine, Sur toutes ces questions, voir entres autres, Langsley & Kaplan: Treatment of Family in Crisis, 1968, E.R.I.C., Resonances, 1994.

Voir Leaving Home.

Chloé Madanes: Prevention of Rehospitalisation of the Adolescent and the Young Adult, Family

Voir W.R. Mac Farlane, Family Therapy in Schizophrenia,

¹⁶ C. Madanes: Prevention of Rehospitalisation of the Adolescent and the Young Adult, Family Process.

faire discuter les avantages et les risques comparés, prescription continue/prescription discontinue.

contexte de réussite et en l'absence de symptôme majeur. d'un processus mutuellement accepté et soutenu par les parents et l'enfant, dans un gissent inévitablement. Elles proviennent du patient, des parents eux-mêmes, du faut s'attendre à ce que des sollicitations «séparatistes» ou «parentectomistes» surnombre de domaines pratiques: vie à la maison, études, travail, vie sociale, etc...). Il dirigé au sein de sa famille, il existe peu de chances qu'il y parvienne en étant isolé n'arrive pas à «réussir» dans certains aspects de sa vie normale en étant soutenu et ville, les appartements, foyers, hôpitaux de jour, maisons de repos, etc... Si l'enfant séparation, si elle intervient, doit se produire sans rupture. Comme l'aboutissement professionnel fatigué, de la famille élargie ou d'autres professionnels soucieux de fur et à mesure des progrès, c'est-à-dire de la réussite de l'enfant dans un certain (d'autant plus qu'à cette étape du travail, l'idée consiste plus à augmenter processus thérapeutique n'est pas achevé. Sont donc à proscrire, les chambres en frontalement l'approche classique. Nous préconisons (nous l'avons déjà évoqué) faire échapper le gentil patient «victime» à ses néfastes parents «bourreaux». La l'évitement de toute séparation, psychiatrisée ou pas, parents/enfants, tant que le l'influence des parents que l'inverse par la séparation, cette influence diminuant au Nous voudrions maintenant insister sur deux aspects du travail qui heurtent

d'un mode de communication plus normal, qui diminue l'influence directe du d'amplifier un mode de communication métaphorique/analogique, au détriment mode clinique ou interprétatif. On risque sinon d'aider à maintenir, voire même cer complètement et obstinément à discuter de ces questions, que ce soit sur un un ou plusieurs proches. Selon nous, il est plus efficace et utile à terme de renonmoins conscient, à propos des relations entre le patient et lui-même et aussi avec savons que ces expériences du patient comportent un sens métaphorique, plus ou lorsque ceux-ci ne sont pas entièrement réductibles par la médication. Nous comportement. controler et limiter de cette manière les conséquences relationnelles d'un te cation, l'expérience suggère que ces comportements s'atténuent. Soit que le sation» active, en bloquant systématiquement ce mode particulier de communientourage. Si les professionnels et la famille tiennent cette position de « digitalinatoire est susceptible d'annoncer des risques pour le patient lui-même ou son vigilance sur cette question doit être maintenue si le contenu délirant ou hallucipatient et permet de traiter des questions concrètes. Toutefois, on observe parblemes posés par la gestion des comportements délirants et hallucinatoires patient y renonce petit à petit, soit qu'il les garde pour lui, apprenant ainsi à se patient pour changer de registre et parler plus directement. D'autre part, une lois, dans un premier échange, une intelligibilité suffisamment reconnue par le Le deuxième aspect sur lequel nous aimerions insister, concerne les pro-

Nous avons indiqué dans l'introduction ce que nous pensions de la schizophrénie chronique, aboutissement abâtardi d'un processus initial, où en règle générale la famille a été mise à l'écart (soit par conflit, soit par idéologie), et les professionnels et l'institutionnalisation, hautement sollicités. L'observation suggère que la chronicité n'est pas uniquement une propriété du patient, mais celle des cycles unissant

patient-famille-professionnels, dans une stabilisation active¹⁹. L'expérience montre que la réintroduction de la famille comme partenaire, le travail sur le cycle hôpital/famille n'est pas sans utilité. Mais comme le temps a passé, et avec lui certaines échéances de vie, il existe moins de chances que le «recadrage directif rigide» évolue vers des aspects entièrement normaux. Il est donc nécessaire de maintenir des processus familiaux relativement anachroniques au long cours autour du patient pour obtenir les moins mauvais résultats²⁰.

suicide et sans alternatives psychiatriques clandestines21. En même temps la qualité longues et moins sévères. Sans externements abusifs, sans augmentation du taux de rience (plus de dix ans et plusieurs dizaines de familles) comparée à notre pratique de vie individuelle et familiale est améliorée, un certain nombre de symptômes carquentes, de même que les rechutes qui entraînent des institutionnalisations moins précédente, suggère que les hospitalisations y sont deux à trois fois moins fréquitter la maison et continue d'avoir une vie sociale et sexuelle plus restreinte que sabilisant pour elles. Par contre, une partie significative de ces jeunes n'arrive pas a satisfaites de ce travail, même si paradoxalement il est plus exigeant et plus respontion tout en la redoutant. En règle générale, les familles paraissent assez alhées et explosive de plusieurs semaines à plusieurs mois où chacun prophétise l'hospitalisabeaucoup plus normalement et sa vie est moins marquée par une attente lourde et gressif. Dans l'intervalle nettement plus long entre deux rechutes, la famille vit dinaux tendent à s'estomper comme s'ils subissaient une sorte d'effritement proleurs homologues non malades. Nous en arrivons maintenant aux principaux résultats observés. Notre expé-

Conclusio

Le regard porté sur la schizophrénie s'est transformé en quelques dizaines d'années. Au début, elle était vue exclusivement comme un problème médical individuel chronique de nature irréversible. Depuis quelques années on met davantage l'accent sur l'interaction entre cette vulnérabilité et l'environnement individuel et familial, interaction toujours gravissime, mais permettant de plus en plus des plages prolongées de vie normale et subnormale pour le patient et sa famille. Ces progrès

S. Wievorka & S. Kannas, «Approche Systémique et Chronicité à l'Hôpital Psychiatrique», Evolution psychiatrique.

Par exemple, maintenir un cadre relationnel rigide où un patient de 40 ans va être traité comme un enfant à diriger par des parents de 65 ans.

Pour donner un ordre d'idées nous dirigeons un service/secteur psychiatrique public correspondant à un secteur de 150 000 habitants (plus du double de la moyenne française) et comprenant en moyenne 30 patients hospitalisés un jour donné en moyenne annuelle (moyenne française: 80 patients pour un secteur de 70 000 habitants). La population accueillie comporte 40% de patients psychotiques environ. Bien entendu nous ne prétendons nullement que ces chiffres grossiers soient imputables à la pratique éco-systémique, tant des paramètres sont nombreux (environnement sanitaire, multiplicité des praticiens utilisant des modèles différents, etc...). Mais il est remarquable de constater à quel point on peut obtenir (dans d'autres endroits de France) des chiffres très divergents de la moyenne nationale dès lors qu'il semble exister une pratique communautaire ou éco-systémique significative.

réversibilité de la psychose. que nous commençons tout doucement à apercevoir au bout du long tunnel: la sième millénaire permettra de nouveaux progrès et le rapprochement du but ultime médication et les ressources et le partenariat familiaux. Nous espérons que le troipeuvent être augmentés selon nous par la combinaison d'approches, utilisant la

F-78210 Saint-Cyr L'Ecole 1, rue Marceau S. Kannas C.M.P.

BIBLIOGRAPHIE

- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.H. (1980): Vers une écologie de l'esprit, Tome I & II Ed. du Seuil, Paris.
- Benoit J.C., Roume D. (1986): La désaliénation systémique, ESF, Paris
- Benoit J.C. (1982): L'équipe dans la crise psychiatrique, ESF, Paris.
- Benoît J.C., Malarewicz J.A. (sous la direction de), avec Beaujean J., Colas Y., Kannas S. (1988) Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, ESF, Paris.
- Benoit J.C. (1981): Les doubles liens, Ed. P.U.F., Paris
- Borszormenyi-Nagys [et] Framo (1980): Psychothérapies familiales, P.U.F., Paris
- Elkaim M. (1978): Le réseau: alternative à la psychiatrie, Le Seuil, Paris.
- Everstine D.S. & L. (1993): Des gens en crise, Ed. Desclée de Brouwer, Paris
- Goffman E. (1968): Asiles, Editions de??.
- Haley J. (1991): Leaving home, ESF, Paris.
- Haley J. (1979): Nouvelles stratégies en thérapie familiale, Delarge, Paris.
- Haley J. (1963): Strategies of psychotherapy, Grune & Stratton, New York.
- Haley J. (1984); M. Erikson, un thérapeute hors du commun, Desclée De Brouwer, Paris.
- Information Psychiatrique, 1990, pp. 593-600. Kannas S. (1990): «Approche systémique et pratique dirigeante de secteur psychiatrique»
- Kannas S., Wieviorka S. (1989): «Approche systémique et chronicité à l'hôpital psychiatrique», Evolution Psychiatrique, 1989, pp. 595-614.
- Langsley D.G., Kaplan D.M., Pittman F. (1968): Treatment of families in crisis, Grune & Stratton lides systémiques, sous la direction de Benoit J.C. & Malarewicz J.A., ESF, Paris, pp. 461-165. Kannas S. (1988): «Schizophrénie et thérapie familiale» in Dictionnaire clinique des thérapies fami-
- Guilford Press, New York. Leff J.R., Vaughin C. (1985): Expressed emotion in families, its significance for mental illness, The
- Lidz T. (1973): The origin and treatment of schizophrenic disorders, New York, Basic Books
- Lidz T., Fleck S., Cornelison (1965): Schizophrenia and the family, Int. University Press, New York.
- Mac Farlane W.R. (1981): Family therapy in schizophrenia, The Guilford Press, New York
- Madanes C. (1988): Derrière le miroir sans tain, la psychothérapie stratégique, E.S.F., Paris
- Madanes C. (1981): Strategic family therapy, Jossey Bass, San Francisco

- Madanes C. (1980): «The prevention of rehospitalisation of adolescents and young adults», Family
- Massé G. (1992): Rapport au Ministère de la Santé, Ed. U.N.S.P., Rennes
- Miermont J. (1981): Dictionnaire des thérapies familiales, Payot, Paris.
- Minuchin S., Elizur J. (1989): Institutionalizing Madness, Basic Books
- Pittman F. (1987): Turning points, Norton, New York.
- Racamier P.C. (1970): Le psychanalyste sans divan, Payot, Paris
- Racamier P.C. (1980): Delirer, Payot, Paris
- Racamier P.C. (1979): De psychanalyse en psychiatrie, Payot, Paris
- Racamier P.C. (date): Psychoses, psychoses, Payot, Paris
- Reiss D. (1975): «Individual thinking and family interaction», in Mishler & Waxler N.E., Family Processes and Schizophrenia, Tome II, Aronson, New York.
- Scheffen A.L. (1981): Levels of schizophrenia, Brunner/Mazel, New York
- Searles H. (1977): L'effort pour rendre l'autre fou, N.R.F. Gallimard, Paris
- Searles H. (1981): Le contre-transfert, N.R.F. Gallimard, Paris
- Searles H. (1986): L'environnement non humain, N.R.F. Gallimard, Paris
- Selvini Mara et coll. (1981): Paradoxe et contre-paradoxe, ESF, Paris.
- Selvini Mattéo et coll. (1987), Selvini Mara: Histoire d'une recherche, ESF, Paris
- Selvini Mara et coll. (1990): Les jeux psychotiques dans la famille, ESF, Paris
- Schizophrenia, Wiley, New York Singer M.T., Wynne L.C., Toohey M.L. (1978): Communication disorders in the families, in Nature of
- Slurki C.E., Ransom D.C. (1970): Double bind: the foundation of the communicational approach of the family, Grune & Stratton, New York.
- Stanton, Schwartz (1954): The mental hospital, Basic Books, New York
- Wynne L.C., Cromwell R.L., Matthyle S. (1978): The Nature of Schizophrenia, Wiley, New York.
- Whitaker C. (1988): Dancing with the family, Brunner/Mazel, New York
- (Genève), Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux (Paris), et Résonances Revues: Voir d'autres articles dans des revues comme: Family Process (U.S.A.), Thérapie Familiale

DISPARUS, REVENANTS UNE APPROCHE RELATIONNELLE DE LA PSYCHOSE

B. GREPPO', Y. COLAS

Résume: Disparus, revenants. Une approche relationnelle de la psychose. — Certains phénomènes psychotiques de l'adulte jeune répondent à une séparation longue d'avec un parent. Cette séparation peut être assimilable à une disparition. Lorsque le parent présumé disparu peut reprendre une place dans la famille, les phénomènes psychotiques régressent.

Summary: Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis. — Some psychotic phenomenoms of the young grown-up are observed after a long separation with one of the parents. This separation can be assimilated to a dissappearance. When the missing supposed parent gets back a place into the family, the psychotic phenomenoms could go off.

Moto-cless Disparition - Deuil - Loyauté - Mythes familiaux - Psychose - Réintégration - Relais.

Key-words: Disappeareance - Mourning - Loyalty - Familial myths - Psychosis - Reinstatement - Relay.

Nous proposons à la réflexion de nos collègues, malgré des pistes théoriques encore imprécises, la mise au jour de l'importance du phénomène de disparition familiale dans l'éclosion des phénomènes psychotiques des adultes jeunes. Ce que nous appelons disparition familiale est parfois assimilé au deuil, à une perte. Des choix thérapeutiques inadaptés risquent d'en découler. La disparition se situe dans l'éventuil des modalités de l'absence qui va de l'éloignement momentané à la mort.

Une piste de réflexion théorique est ainsi ouverte: y aurait-il un lien entre la dispartition durable et imprévue d'un seul parent comme facteur constitutif d'une pathologie psychotique, et les disparitions transitoires et programmées du couple parental (prescription invariable de Milan) produisant à l'inverse une régression des phénomènes psychotiques?

Définitions - Position du problème

Dans notre étude, les patients sont âgés de 16 à 22 ans et ont été séparés de leurs parents (père, mère) encore vivants pendant de longues années (10 à 15 années).

Psychiatre des hópitaux - C.H.S. - Rue J.B. Perret - 69450 St-Cyr au Mt d'Or et Centre Bateson - 13, rue V-Hugo - 69002 Lyon.

Psychiatre des hôpitaux - I.R.LS. - Centre Bateson - 13, Rue V.-Hugo - 69002 Lyon.

1. Les disparus

Personnes considérées par la famille nucléaire comme si elles étaient mortes alors qu'elles sont encore en vie. La famille nucléaire n'a souvent aucune information sur ces disparus jusqu'au jour où éclate l'épisode psychotique du patient désigné.

2. Les revenants

Nous considérons que, par ses symptômes, le patient désigné témoigne de l'existence du disparu. Celui-ci passe ainsi du statut de disparu à celui de revenant.

3. Problèmes cliniques

Tableau d'entrée dans la schizophrénie avec réactions suicidaires graves, activité hallucinatoire massive, troubles du comportement à type de violences avec désinsertion sociale progressive.

4. L'expérience thérapeutique

Elle s'est déroulée dans le cadre d'un service hospitalier de psychiatrie générale, auprès d'adultes jeunes ou d'adolescents. Le problème est quantitativement important. Plusieurs coupes transversales dans l'année indiquent jusqu'à 25 à 30% des situations traitées par l'unité d'hospitalisation comprenant 25 lits. Les hospitalisations ont duré en moyenne de 4 à 6 mois, beaucoup plus rarement jusqu'à 1 an.

Ce travail est basé sur l'étude de 10 dossiers.

5. Résultats

Dans tous les cas, après reprise des contacts avec le revenant, il y a régression des troubles de la personnalité, des manifestations délirantes, des tendances suicidaires.

La remarquable constance des résultats affirme l'intérêt diagnostique de la triade: – troubles de la personnalité, – réactions suicidaires, – rupture familiale ancienne, comme indices évocateurs de la problématique envisagée.

II. Principes des interventions

Il s'agit d'interventions thérapeutiques aboutissant:

- au minimum, à la levée active d'un secret sur les origines du patient désigné³;
- adoptés à la recherche de leurs origines)
- à une première rencontre avec le revenant, dans le cadre du service.

En début d'hospitalisation, l'existence du revenant est toujours rappelée par des injures hallucinatoires, laissant une impression d'être téléguidé comme si l'autre, par son fantôme, envahissait l'individu. Ainsi se produit une rupture des relations environnementales habituelles ici-et-maintenant, au profit de cette présence/absence hallucinée, confusion qui peut se manifester à l'extrême dans le suicide.

Les violences à l'égard de l'environnement relationnel, ici-et-maintenant, sont presque permanentes. Le langage comportemental est au premier plan, la violence atteste de la force de la demande et de l'incapacité à la formuler en paroles. Cette violence aboutit à l'intégration à un nouveau contenant, l'hôpital. C'est la nouveauté de l'environnement relationnel hospitalier, sous condition d'une définition cohérente du contexte, qui permet l'émergence de la demande et sa clarification.

Il est certain qu'à ce stade, la clinique impose un choix épistémologique capital. La clinique est au cœur de plusieurs lectures. C'est une décision thérapeutique que de considérer l'altérité dans l'Autre avec une référence théorique dans l'intra-psychique. On peut aussi utiliser cette altérité pour sa fonction circulaire, moment de la dynamique d'un jeu familial. Nous faisons ici ce choix thérapeutique d'une fonction circulaire du syndrome hallucinatoire.

L'intervention thérapeutique fait découvrir à chacun des membres que non seulement le patient désigné ne supporte plus l'absence du disparu, (comme en témoigne la clinique), mais aussi que l'ensemble de la famille nucléaire partage ce sentiment alors que, jusqu'à l'hospitalisation, le contexte familial, et par prolongement, les acteurs médico-sociaux confirmaient la disparition dans un processus homéostatique de protection.

III. Initiation du processus thérapeutique: les relais

Il est nécessaire de bien repérer dans l'entourage familial ou extra-familial du patient la personne, ou éventuellement le service, qui pourra servir de relais à la reprise de contact.

Le relais est, pour nous, la personne ou le service qui offre le plus de combinaisons relationnelles possibles, ce qui est cohérent avec la loi de la variété requise. (Mélèse 10)

Dans le cas de F., c'est un ami d'enfance du père qui a gardé le contact avec lui. Il a donc pu s'assurer de la disponibilité du disparu et a pu transmettre sa réponse à la demande d'entretien.

Dans d'autres cas, ce sont les services sociaux ou ceux de la Justice, qui donneront les moyens d'une reprise de contact. L'histoire du patient en a parfois fait de véritables «parents/référents/éducateurs». C'est pourquoi, dans la situation de A, nous avons délibérément exclu du processus thérapeutique la famille d'accueil au profit des services sociaux.

Dans le cas de T., l'assistante sociale de la Sauvegarde de l'Enfance a contacté la tutrice de la mère. Dans d'autres cas, quand la famille réside à l'étranger, ce sont les services des ambassades qui ont rempli ces missions.

Notre expérience des pratiques de réseau nous a donné une bonne habitude de l'établissement des cartes du territoire et surtout du repérage des relais. La carte

Il est parfois indispensable de recourir aux services du juge des enfants pour lever des secrets sur les origines.

pouvant être définie comme la lecture du «jeu de piste» créé par le patient et sa famille autour du disparu. Dans le cas de S., c'est par exemple une demi-sœur restée en contact avec un demi-frère, qui assurera la jonction.

Nous avons appris que l'efficacité des pratiques de réseau tient – entre autres facteurs – à la définition correcte de la fonction relais. Il en va de même, à notre avis, pour toute pratique relationnelle visant à élargir le champ.

Dans notre étude, notre travail porte sur la transformation de la famille, de N-1 à N. A l'inverse du deuil et des processus démentiels où la famille s'apprête à un travail pénible de soustraction de N à N-1 et non de restauration (Colas et coll.).

Les relais sont les piliers de l'opération de restauration et de transformation du système familial. L'intervention systémique, conforme à son éthique, a pour finalité de conserver et surtout de développer le potentiel d'action des intervenants de premier niveau.

Nous ne créons pas les relais, ils existent avant notre intervention. Ils ont été mis en place par le patient et sa famille. Notre repérage et notre intervention les rendent opérants. La fonction des travailleurs sociaux est ainsi dynamisée par nos interventions. Ils peuvent alors optimiser les contacts avec ceux considérés comme des disparus.

IV. Précautions à prendre dans la conduite des entretiens avec la famille

Pour un bon déroulement du processus de négociation avec les membres de la famille, il est indispensable d'obtenir le consentement éclairé des proches du patient désigné.

II faut

- a) Savoir si l'environnement accorde ou non quelques crédits à la recherche du parent disparu.
- b) Savoir si des démarches ont déjà été effectuées: à quel moment? avec quels résultats concrets? et avec quelles conséquences sur l'état d'esprit de ceux qui se sont sentis concernés par cette recherche?
- c) Evaluer le pronostic de réussite accordé par la famille à cette démarche.
- d) Connaître les craintes éventuelles que cela suscite. Qui est le plus inquiet? Pour qui celui ou celle qui montre son inquiétude est également inquiet? Y a-t-il un moyen de soulager cette inquiétude? Qu'est-ce que le patient craint pour lui, pour les autres? A quoi s'attend-il?
- e) Savoir qui est, ou a été, le plus opposé à cette démarche (ce dont on tiendra compte pour régler la vitesse du processus).
- 1) Savoir si d'autres enfants que le patient ont la même demande?
- g) Tenir compte de leurs craintes et de leurs réactions à l'évolution de leur frère ou demi-frère. Savoir enfin s'ils veulent s'associer à la démarche entreprise ou faire une démarche de leur côté. Apprécier s'ils attendent les résultats du

premier test effectué par «l'éclaireur», le patient désigné, pour entrer dans la démarche.

h) Savoir si la famille accepte un entretien où le parent disparu sera présent.

Il est bien sûr indispensable d'apprécier les réactions émotionnelles de tous les membres de la famille, et en particulier de ceux et celles qui ne paraissent pas directement impliqués par la recherche des parents disparus.

L'exemple de la grand-mère de T. est illustratif. La description par les travailleurs sociaux, de cette femme, âgée, malade, comme d'une personne hostile à la recherche de l'eur mère, souhaitée par ses petits-enfants, nous avait conduits à omettre de l'inviter lors des premiers entretiens. C'est la réserve montrée par l'un de ses petits-enfants pour reprendre le contact avec sa mère qui a eu raison de notre réticence. Son petit-fils n'a pas pu s'associer à la recherche inaugurée par sa sœur, tant qu'il ne s'est pas rendu compte que nous étions en mesure d'intégrer la grand-mère dans le système thérapeutique. Cette grand-mère a fait transmettre à sa belle-fille son désir de lui pardonner d'avoir abandonné les enfants, en inaugurant ainsi la possibilité d'une réconciliation familiale.

- Les raisons officielles de la disparition devront être explicitées autant que celles imaginées par le patient ou les autres membres de la famille, ce qui conduit à une évaluation des possibilités de pardon⁴ et à la conjuration par anticipation d'une rencontre avec le personnage du revenant, pouvant passer pour un «Diable» ou pour le «Père Noël». Lorsque le disparu est l'objet d'une telle idéalisation, il faut prendre soin de ne pas disqualifier le parent qui a dû assumer seul les charges éducatives.
- Il faut enfin, avant que la famille ne rencontre le revenant, savoir si le groupe familial accepte que la première rencontre se produise à l'hôpital. En général la réponse va dans ce sens, ce qui nous semble cohérent avec la fonction de contenant propre au service hospitalier.

La rencontre avec le revenant se produit donc après plusieurs entretiens avec la famille nucléaire (en moyenne entre 5 et 10 entretiens élargis éventuellement aux travailleurs sociaux). C'est dire l'importance du travail de «préparation».

k) Avec le revenant: savoir si celui-ci accepte cet entretien. Les relais ont pour fonction de nous en informer. Lors de la rencontre, le revenant est amené à exprimer ce qu'il a ressenti pendant cette séparation. Avait-il gardé l'espoir?

Le pardon est la forme ultime du processus attestant du retour du disparu dans la famille. Ce pardon ouvre probablement sur la possibilité d'un changement de régime relationnel de la famille et des lionées à venir.

Au fil des entretiens, le thérapeute doit avoir en tête que l'expérience de la famille s'appuie notamment sur des sentiments (de colère, d'injustice, de trahison, sur la peur d'avoir à rendre des comptes au disparu) qui s'opposent à des règles familiales très lourdes, très rigides, et qui prescrivent le silence.

Avait-il tenté des démarches de son côté? A quel stade? Quelles ont été les oppositions à ses recherches? Qu'éprouve son environnement actuel? Est-il favorable? Est-il hostile? Quels sont ses liens actuels avec sa famille d'origine? Y a-t-il d'autres enfants?

V. Quelques repères

La seule lecture privilégiée en termes de jeux relationnels, annonce le choix délibéré des thérapeutes. Au moment de tirer des leçons de l'expérience (intégrer des feed-backs), nous devons nous interroger sur nos intentions et surtout sur leur efficacité.

Proposer des règles valables pour d'autres, c'est adopter une démarche praxéologique, atteindre une théorie de la pratique, s'expliquer à soi-même. On se trouve bien là dans l'auto-référentiel aux prétentions (paradoxales) d'objectivation. De plus, l'ensemble du processus: action thérapeutique-réflexion-traduction écrite et publication, se présente comme une totalité au sein de laquelle chacune des lignes d'action se boucle récursivement à toutes les autres dans un mouvement dont la question est de savoir s'il est créatif ou stérile.

De ce point de vue, nous devons situer les limites de ce travail⁵ où plusieurs boucles n'ont pas eu le temps ni l'énergie pour se constituer. Il en va ainsi des retours critiques vers la cohérence épistémologique, le discernement des niveaux de description, les écrits antérieurs.

C'est pourquoi, ce que nous souhaitions prématurément présenter comme une ébauche de théorisation, se limitera à l'énonciation de quelques repères, de quelques questions ou hypothèses.

1. La position de relais

Tout d'abord, nous voulons souligner le fait que de nombreux services sociaux chargés de l'Aide à l'Enfance contribuent souvent à exclure, à leur insu, dans une véritable conspiration du silence, l'un des membres d'une famille et à le traiter comme un disparu.

A ce propos, un exemple.

M. a 16 ans. Elle avait 9 ans lorsque sa mère a été emprisonnée pour avoir tué son mari, le père de M.

M. est la dernière d'une fratrie de 5. Les enfants se sont scindés en 2 camps: ceux favorables à la mère, ceux favorables au père. L'hostilité des fils à l'égard de la mère est très grande. Ils ont refusé tout contact, même épistolaire, avec la mère, emprisonnée depuis de longues années. Sa sortie de prison est probable dans les 2-3 ans qui viennent. M., en remettant en

Il s'agit typiquement - comme nous l'a obligeamment signalé D. Masson - d'une I.D.M., ou Idée Demi Mûre (Roland Moreno, Théorie du Bordel Ambiant, Belfond, Paris, 1990).

cause le tutorat exercé par les frères et sœurs aînés, les conduit en premier lieu à s'entendre à son sujet, à montrer progressivement à son égard une autorité conjointe digne de parents, ce qui amende les conflits de la fratrie et prépare aussi des réponses moins contradictoires à l'égard de la mère.

Une reprise de contact entre les enfants et la mère, peut s'amorcer. L'épisode psychiatrique de M., sa violence, sa délinquance ont eu pour fonction essentielle de ramener à l'intérieur de la fratrie la présence psychologique de la mère par les soucis que M. montre pour elle, et de préparer son éventuel retour dans le cercle familial lors de sa sortie de prison.

La famille est ainsi amenée à ne plus traiter l'absence de la mère comme une mort, ainsi qu'elle l'a fait au sujet du père. C'est pourquoi il s'agit d'une opportunité thérapeutique pour rompre avec les symétries qui ont probablement engendré la violence et le meurtre du père de famille.

Dans cette situation, l'assistante sociale – sans doute parce qu'elle avait pris beaucoup de précautions pour maintenir des liens (échanges de dessins, lettres...) entre M. et sa mère – avait bloqué la crise jusqu'à l'épisode psychiatrique. Ainsi la position des autres membres de la fratrie par rapport à la mère, n'avait pas été abordée. M. devenait donc la déléguée de la demande de sa mère à l'intérieur de la fratrie et le relais de la demande « cachée » de ses frères et sœurs.

Le processus thérapeutique conduit à considérer le patient désigné comme un relais de la demande familiale et installe à un autre niveau le travailleur social ou tout autre agent dans une fonction similaire entre la famille et le disparu.

L'intervenant systémique est ainsi en position de régulateur de l'action de ces deux relais. L'un interne à la famille nucléaire, le patient désigné; l'autre extérieur à la famille: l'ami, le travailleur social, etc...

L'hypothèse sous-jacente à cette lecture est la suivante: le groupe familial s'organise en distribuant de façon préventive des rôles.

- celui de relais: ce qui permet de remonter la piste du disparu;
- celui de mémoire: qui relance la recherche (ou, en clair: «on ne peut progresser sans confier à certains la mission de cacher et protéger en lieu sûr, une partie du patrimoine (trop encombrante) pour pouvoir continuer»).

Nous assistons parfois à des interprétations inadaptées des rôles prescrits: laissées en route par la tribu en migration, ces sentinelles peuvent voler le trésor, en faire leur profit, en se transformant en gardiens du musée qu'ils font visiter. Mais ils peuvent aussi rendre tout retour impossible en exagérant leur fonction préservatrice.

2. La coalition patient/disparu

Comme nous l'avons écrit plus haut, le patient se montre étrange. Les autres membres de la famille ne le reconnaissent plus. Son expérience hallucinatoire

contient probablement aussi la colère qui s'exprime sous forme d'injures, le désir de vengeance (équivalent du contentieux accumulé) qui anime le disparu à l'égard des autres membres de la famille. Il semble exister une véritable coalition cachée entre le patient désigné et le revenant.

Le patient et le revenant laissent l'impression d'être interchangeables, ce qui renvoie autant à la complémentarité qu'à la symétrie de leurs interactions. Ce mécanisme relationnel (l'un pour l'autre) est si intimement perçu par les équipes soignantes que, pour désigner entre nous ces patients, une métonymie s'est imposée: nous les appelons des «perdus de vue» alors que ce terme devrait s'appliquer plutôt aux disparus.

Ne pourrions-nous pas employer le terme «d'hyper-complémentarité symétrique» qui évoque – pour nous – le processus démentiel? (Colas, Greppo)

Dans une autre situation, celle de F., la synergie mystérieuse, peu de temps avant leur rencontre, entre les troubles psychiatriques du disparu et ceux du fils – hospitalisé en même temps à plus de 500 km – ne manque pas non plus de nous étonner.

Vu sous l'angle de la réactivation des structures de communication familiale, le patient désigné semble donc fonctionner comme un relais dont le registre d'expression, d'émission, se limite à l'évocation (c'est au thérapeute de lire – dans la symptomatologie dite psychotique, dans l'étrangeté – l'appel lancé au disparu). Mais, cet appel se formule dans l'équivalent d'une possession comme si, par magie, le revenant s'exprimait lui-même à travers le patient. La démarche métonymique suggère ainsi une équivalence des deux personnes. Comme si elles étaient des points nodaux du fonctionnement relationnel de la famille, à ce moment-là de son évolution critique.

Les conflits de loyauté

L'histoire de F. est d'ailleurs exemplaire. Elle s'illestre par une suite de décès accidentels, manifestation d'une apparente fatalité à deux générations successives qui donne au patient l'impression d'être, à la troisième génération, le troisième sur la liste. La mise au jour de ce risque, inscrit comme une fatalité dans la grammaire transgénérationnelle, a libéré le patient d'une obéissance à la loyauté fraternelle. En effet, la provocation a consisté à définir la trajectoire suicidaire du patient comme un sacrifice pour protéger son frère de la mort «puisqu'il en faut toujours un à chaque génération». Ce recadrage a valu comme preuve de la loyauté parfaite du patient à l'égard des règles de sa famille et lui a donné un rôle privilégié presque héroique pour les siens.

C'est probablement la requalification de l'héroisme de celui qui pouvait passer pour fou, toxicomane, délinquant, qui autorise la réception, par sa famille, de la demande du patient comme demande, déléguée au patient par son père. Au fil du processus thérapeutique, le comportement du patient prenant sens pour sa famille, entraîne aussi une clarification de ce qui était encore inconcevable avant l'épisode psychiatrique. Comme si, «l'invisible» (ici l'héroïsme) devenant « lisible », la famille devenait capable d'accéder à ses propres demandes – y compris celles qui se manifestaient d'abord sous le masque de la folie.

Dans toutes les situations que nous avons eu à traiter, les conflits de loyauté sont extrêmes. Loyauté à l'égard de celles et ceux qui sont au dedans (à l'intérieur de la famille nucléaire), loyauté – jusqu'à en devenir le porte-parole – avec celui ou celle qui est en dehors (de la famille nucléaire).

L'ambiguïté des frontières entre le dedans et le dehors de la famille (Boss et Greenberg), en même temps qu'un intense conflit de loyauté entre ce qui est dû par le patient aux règles de ceux de l'intérieur et aux règles supposées dans lesquelles fonctionne celui ou celle de l'extérieuré, contribuent très probablement à l'éclosion des manifestations psychotiques qui envahissent le patient.

Le jeu entre le patient et ceux de l'intérieur prend la forme d'un pari. Dans le fond, le patient ne sait jamais trop à quoi s'attendre dans sa recherche du parent disparu. Il joue un peu à quitte ou double.

- S'il gagne: cela permet la réintégration du patient perdu dans le système interne et la reprise du processus co-évolutif de la famille.
- S'il perd: il peut être frappé de la même sanction que le disparu; l'éviction du système;
- physique sous forme de tentatives de suicide préventives, et/ou
- psychique sous la forme de l'interdit et du secret qui frappent tout discours sur le – et du – disparu.

Pour le patient, le cycle absence-manque/présence-représentation hallucinatoire peut reprendre sa rotation, dans le cas où sa recherche risque d'aboutir soit à la réapparition d'un parent dont l'image est très éloignée de celle qu'il s'en est fait, soit à la découverte d'un disparu dont les valeurs sont fondamentalement opposées à celles des membres «de l'intérieur». Il nous semble qu'on peut lire ce fonctionnement en miroir dans la famille argentine de Serafin (G. Prata). Par son retour, Serafin fait scandale, il dérange les nouvelles valeurs familiales.

Jouant les trois rôles à la fois (disparu, patient désigné et relais par force). Serafin, dans «L'enfant qui suivait des yeux le bateau», (G. Prata, 11) correspond à un cas qui n'est probablement pas sans analogie avec notre étude.

Serafin est un «desaparecido» torturé en Argentine au moment de la dictature. Sa famille l'avait cru mort. Quand il était réapparu, sa place, nous dit Prata, «était occupée, il n'existait plus» et «il aurait été préférable pour sa famille qu'il fut mort» parce que la vie s'était désormais réorganisée d'une façon satisfaisante. Sans l'intervention thérapeutique, le processus psychotique aurait continué.

Ce qui renvoie aussi aux règles propres à la famille d'origine du disparu, bien que nous n'ayons pas d'informations pertinentes dans notre travail sur les règles de cette famille.

On ne peut s'empêcher d'évoquer ici un scénario semblable, celui du fils prodigue (A. Gide). La forme particulière des réarrangements du système parental, ou du système fraternel, dans les textes sacrés, dépasse la seule dimension du pardon. On pourrait alors se poser quelques questions sur les démarches originales de la pédagogie édifiante lorsqu'elles énoncent en termes paradoxaux des méthanionnetions, de la parabole de l'enfant prodigue – disparu fameux – à celle de l'ouvrier de la dernière beure

La coalition du parent éducateur avec un grand-parent

F. avait 20 ans et n'avait pratiquement pas connu son père. La dernière rencontre entre le père et le fils date d'il y a plus de 15 ans. Notre hypothèse de travail nous amène donc, comme nous l'avons expliqué, à considérer que le père, par son fils, demande son retour. La mère aussi, par son fils, demande le retour de celui qu'elle a aimé et continue d'aimer. La séparation ancienne entre les conjoints ne pourrait-elle être considérée comme la manifestation extrême d'un amour paradoxal: «si nous nous aimons il faut nous séparer»?

La prise en compte réciproque des trois demandes, père, mère, fils, a pu aboutir non seulement au retour du père mais à la reprise de la vie commune des parents (comme dans «L'histoire de Z». – Greppo et Colas, 9). Cette transformation de la configuration familiale s'est produite au moment où le père de la mère sombrait dans la démence et se trouvait placé en institution, comme si la prise de distance du grand-père à l'égard de la famille nucléaire permettait ainsi le retour du disparu dans une sorte d'équilibre des forces familiales.

Le retour du disparu, lorsqu'il se produit au moment où l'un des grand-parents du patient désigné prend des distances à l'égard de ses propres enfants, renforce l'impression d'une coalition entre le parent restant – éducateur du patient désigné –, et l'ancêtre. Ceci atteste aussi de l'incapacité pour le parent restant, d'avoir pu créer dans le passé un lien conjugal durable, et témoigne de la place prise dans les références éducatives du patient désigné par l'ancêtre, mis au même niveau que le parent restant.

5. Les mythes familiaux

Dans les deux situations de T et de F, les parents restants ont été amenés à leur corps défendant, à se séparer de leur conjoint. Ils ne savent pas en donner de raisons précises.

C'est dans la cascade de loyautés sur 3 (probablement 4) générations que le processus de disparition prend son importance.

Pour F., à chaque génération, comme une règle implacable, l'un des membres de la famille devait disparaître d'une mort accidentelle (qui s'est produite dans les mêmes conditions matérielles à deux générations successives). La famille fonctionne comme si la règle familiale prescrivait «quelqu'un doit mourir». On peut alors penser que la disparition a pour fonction de conjurer un risque ou une menace de mort à l'une des générations. Le disparu passe pour mort comme le patient désinant passe pour fou. Dans ce jeu avec la mort, la famille «choisit» le «canada-dry de la mort», la disparition. Ça ressemble à la mort, mais ce n'est pas la mort puisque le disparu peut revenir, par exemple sous le masque du patient désigné, ou sous une forme moins symbolique en tant que personne lorsqu'on mène le processus thérapeutique à son terme.

6. L'échec révélateur

L'angoisse du patient quant à l'efficacité de sa fonction peut se vérifier lorsque l'échec du rappel se manifeste par le non-retour du disparu. Les relais n'ont pas joué. Le patient s'interroge à juste titre sur sa propre loyauté à l'égard du rôle que le mythe familial lui avait donné. S'il ne part pas physiquement (anéantissement suicidaire), il peut s'absenter sans que l'on sache jamais s'il s'est attribué la fonction relais (il part chercher lui-même le disparu) ou s'il cherche à expérimenter le rôle de disparu (ce que d'autres appelleront identification).

L'effet produit est le passage de N-1 à N-2. Il confirme la prophétie auto-vérificatrice qui tient lieu de mythe: «faute de pouvoir quitter normalement ses parents, on part complètement de cette famille (comme Gribouille) mais en disparaissant à la manière d'un «disparu/revenant.» En somme on ne peut jamais partir. Et, plus on part, plus on demeure.

7. Le potentiel évolutif

Nous considérons la pathologie ci-dessus comme un indice encourageant, parce que nous faisons l'hypothèse complémentaire suivante:

Lorsqu'un avatar relationnel – généralement lié à une faible différenciation (Bowen, 2) – conduit à la mise à l'écart d'un partenaire familial, le conflit de loyauté dont cette éviction constitue la moins mauvaise solution, se pose nécessairement un jour en termes moins menaçants. Du fait de l'âge du parent mis en balance avec le fuyant/rejeté, par exemple. Mais aussi parce que les idées et coutumes ont évolué (pression morale du supra-système social).

Dès lors, plusieurs formes évolutives paraissent possibles, du plus homéostatique au plus créatif.

- Le grand-père meurt, emportant le secret du conflit évité par la disparition.
- Les conflits, le mauvais choix générationnel (disparition) sont tellement «indicibles», (la conséquence pour un des petits-enfants est tellement insupportable d'après nos hypothèses), que la démence apparaît, sorte de mort de l'esprit.
- Une maladie du corps survient.
- Les choses sont rendues manifestes, peuvent se dire et se pardonner.

VI. A la recherche d'une théorie

«Au moment où, chers téléspectateurs, nous nous apprêtons à commenter le reportage de ce soir sur l'étape de la tribu des X..., nous vous devons quelques explications. Lorsque nous avons visionné ce document, force nous a été de reconnaître que notre cameraman a sélectionné les angles de vue. Certains nous semblaient bien pompeux et inutiles.

Nous appelons parent éducateur celui qui, dans la famille monoparentale, a assumé toutes les charges éducatives au risque de nourrir une représentation de mauvais parent du fait de l'existence du disparu – d'autant plus idéal qu'inaccessible (Syndrome de Cendrillon).

sodes précédents - avaient suscité le plus d'intérêt de votre part. dire la sidération - que montrent à l'évidence certains de ceux qui - dans les épi-A y regarder de plus près, vous noterez les yeux rougis et la peine - pour ne pas

tagnes hostiles en rejoignant Siegfrid, vous avait émus. Mais il n'est pluz là, lui non La façon dont Maria, tenant tête à ses parents, avait failli s'égarer dans les mon-

plus, et le patriarche veille sur le fruit de leurs amours.

d'entre eux, ou le plus vieux, a dû être enterré. D'ailleurs, dans leur pérégrination, certains élisent domicile là où le plus faible n'existe pas de cartes permettant de savoir le pays vers lequel ils se dirigent, Ce n'est pas sans sacrifices que la tribu se prépare à la traversée des monts. Il

l'utilisation même de ces fardeaux qui a été entièrement repensée. Parfois aussi, la des solutions inattendues et heureusement surprenantes nous montrent que c'est reconditionnement de leur bagage: les dieux et leurs images, les provisions. Parfois, Nous ne nous attendions pas à ce niveau de connaissance de leur part pour le

solution est moins heureuse, le colis plus encombrant.

sion de Siegfrid? Nos reporters n'en ont rien su et visiblement, personne n'a voulu Quant aux hommes, au terme de quelle scène dramatique s'est décidée l'exclu-

le temps? N'est-ce pas une confiance bien risquée? Mais, que pouvaient faire d'une valeur, et l'occasion d'une réputation dans cette fonction. Qu'en sera-t-il avec butin à ceux qui ont été bienheureux de trouver là un emploi, mais aussi l'insigne quittée, des pactes ont été conclus confiant la surveillance et l'entretien du précieux dans la nouvelle terre. Nous croyons savoir cependant que, dans la région qu'ils ont partie de l'or et quelques-uns des plans et des graines qu'ils avaient pensé exploiter cation sur l'emplacement où se trouvent stockés les dieux les moins influents, une Il n'a pas été possible non plus - et on le comprend - d'obtenir la moindre indi-

empêcher d'y voir les indices de ce que nous savons maintenant. En vous présentant ce soir ces séquences déjà anciennes, nous ne pouvons nous

sans doute Maria qui fait cela, les nuits où elle parcourt en hurlant les rues du nouet qu'il a tout oublié de leur voyage. Le nom de Siegfrid est écrit sur les murs. C'est cette troupe. On dit même qu'il confond parfois le nouveau territoire avec l'ancien fertile et son climat favorable, raison n'est pas rendue au patriarche qui menait veillée. Mais, Maria a défrayé la chronique. Alors que la terre d'accueil s'est avérée La traversée des monts fait partie des souvenirs que les vieux racontent à la

effigie est remerciée pour cette aide. Et qu'il faudrait apprendre aux enfants que voyage. Ils disent aussi que s'il revenait, ils devraient détruire les autels où son du départ, Siegfrid avait beaucoup aidé à décharger les véhicules et à faciliter le Maria, et que Siegfrid est parti de lui-même. D'autres rappellent enfin que, lors garde et son entretien. D'autres disent que tout s'est passé entre le patriarche et émissaires pour négocier avec des autochtones, l'enfouissement du butin, sa disent que, dans l'attente du départ, le patriarche avait nommé secrètement des evince ne les met pas en bonne place pour revenir sur ce jugement. D'autres pensent que Siegfrid n'est pas mort. Mais leur participation au conseil qui l'a Au conseil, ce point n'a pu être éludé. Il empêche trop de dormir. Certains

> pas mariée il y a peu. ce dieu mineur n'est en fait qu'un homme. Et puis, Maria ne s'est-elle fir.alement

chant, elle était ensuite passée au travail plus obscur du classement et de la reliure amour un nouvel emploi, auquel tous s'étonnaient de n'avoir pas pensé plus tôt. Du s'était opéré. D'un commun accord, ils avaient finalement trouvé à son premier employait à la chorale de l'établissement». A chaque concert, le rapprochement autour d'un verre pris au foyer du théâtre de la ville. Certains, oubliant que son avoir longuement pesé le pour et le contre, ils avaient finalement décidé de renouer théâtre avait décelé dans ses lamentations bruyantes, un véritable don musical qu'il Pourtant, la folle «ne troublait plus leur sommeil depuis qu'un maître de chant du départ les avait tous bien soulagés, le considéraient comme l'enfant prodigue. tageant seulement la couche d'une de ses filles. Cela s'était fait progressivement, avec celui qui avait cru pouvoir porter les couleurs de son pays d'émigration en par-Lors du dernier conseil, un voyageur est venu dire qu'au village voisin, après

n'était pas mort- avait dû vieillir et oublier... véritable sorcière. On décida que sa voix était trop laide. Et puis, Siegfrid - s'il inquiétantes, on la disait possédée, certains pensaient qu'elle pourrait bien être une Pendant ce récit, sous les fenêtres du conseil, Maria hurlait des prophéties

et que les maris ne seraient pas très fidèles... d'adeptes. Que la tendance aux fugues d'adolescents inquiète le sergent recruteur Le bruit court que dans ce village l'école buissonnière a de plus en plus

VII. Conclusions

cliniques. Elles ont été évoquées plus haut. Le phénomène des «Disparus, Revenants» comporte certaines particularités

- Le fort potentiel de changement relationnel dont la triade: troubles de la personnalité/réactions suicidaires/rupture familiale, est porteuse, impose de ne pas confondre deuil et disparition.
- ou la mère, il peut s'agir du frère, de l'institution, du juge. Les relais sont des points nodaux de l'intervention thérapeutique qui ne peut se hiérarchique la plus haute. Ce parent n'est d'ailleurs pas nécessairement le père dérouler sans l'accord du parent éducateur. Celui-ci se trouve dans la position
- L'évolution du processus thérapeutique peut aboutir à une réconciliation famifamille, occasion d'un changement de régime relationnel (type 2). hale ou, au minimum, à un pardon libérateur pour tous les membres de la

L'évolution du processus thérapeutique peut donc être schématisée ainsi:

- Disparition
- Retour (physique)
- Réintégration (symbolique).

 C'est la réintégration qui restaure le potentiel de croissance du groupe familial où peut à nouveau se manifester le phénomène de co-évolution de ses membres.

B. Greppo, Y. Colas 13, rue Victor-Hugo F-69002 Lyon

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Boss P. (1984): «Family Boundaries Ambiguity», Family Process, 23, pp. 535-546.
- 2. Bowen M. (1984): La différentiation du soi, ESF, Paris.
- 3. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1965): Invisible loyalties, Harper and Row, New York.
- Colas Y. et coll. (1985): «Hypothèses à propos de la démence, crise du vieillard, de la famille, de la société», Psychologie médicale, 17, 8, pp. 1125-1129.
- Colas Y. (1987): «Approche systémique des démences ou hygiène de la lignée», Psychologie médicale, 19 (8), pp. 1337-1339.
- Colas Y., Greppo B. (1991): «L'approche systémique, une autre approche de la démence», Gérontologie et Société, 46, pp. 153-160.
- 7. Du Marsais (1981): «Traité des Tropes», Le nouveau commerce, Paris, supplément au n° 38.
- 8. Gide A. (1978): Le retour de l'enfant prodigue, Folio n° 1044, Gallimard, Paris.
- Greppo B., Colas Y. (1994): Une histoire de réseau L'histoire de Z., Thérapie Familiale, Genève, vol. 15, n° 3.
- Mélèse J. (1977): Approches systémiques des organisations. Vers l'entreprise à complexité humaine.
- 11. Prata G., Vignato M., Bullrich S. (1994): Interventions systémiques dans les jeux familiaux «L'enfant qui suivait des yeux le bateau», ERES Ed., Collection: Relations, Toulouse.

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 77-85

LE SYNDROME AFFECTIF CONJUGAL: UN REGARD SYSTÉMIQUE SUR LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE

Guy AUSLOOS

Résumé: Le syndrome affectif conjugal: un regard systémique sur la psychose maniaco-dépressive. L'approche systémique s'est peu intéressée à la psychose maniaco-dépressive parce qu'il s'agit d'une maladie considérée souvent comme héréditaire. Nous proposons un regard systémique sur cette affection en formulant l'hypothèse que «les patients maniaques disent en manie ce qu'ils n'osent pas dire en phase normale et qui les culpabilise en phase dépressive ». Sur le plan thérapeutique, nous travaillons avec ces patients et leur conjoint à diminuer le contrôle externe et à favoriser l'expression de ce qui ne pouvait être dit.

Summary: Affective Conjoint Syndrome: a Systemic View on the Manic-depressive Psychosis. – System's approach has neglected the manic-depressive psychosis because this disease is often considered as hereditary. We propose a systemic view on this disease with the hypothesis that «manic patients say when they are manic what they cannot say when in normal state and for which they feel guilty when depressed». On the therapeutic level, we work with these patients and their spouses to diminish the external control and to implement the expression of what could not be said.

Mots-clés: Psychose maniaco-dépressive – Troubles affectifs – Thérapie systémique – Syndrome affectif conjugal.

Key-words: Maniac-depressive psychosis – Affective disorders – Systemic therapy – Affective conjoint syndrome.

L'approche systémique s'est beaucoup intéressée à la schizophrénie, mais a longtemps négligé la psychose maniaco-dépressive (que l'on appelle aujourd'hui maladie affective bipolaire). Si l'on excepte les travaux d'Arlette Seghers à l'Université Catholique de Louvain (1), on ne trouve pratiquement pas de recherches s'étant intéressées à la dimension familiale de la psychose maniaco-dépressive, pas plus en Europe qu'aux Etats-Unis. Sans doute y a-t-il à cela plusieurs raisons.

Tout d'abord, on considère le plus souvent qu'il s'agit d'une maladie génétique et héréditaire et, quand on s'intéresse à la famille du maniaco-dépressif, c'est en

Psychiatre systémicien, professeur agrégé à l'Université McGill et à l'Université de Montréal, clinique Jeunes Adultes, 106 – 6070, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) HIN ICI, Canada.

général pour repérer parmi les ascendants et les collatéraux les autres membres de la famille qui sont atteints de la même affection. Il ne semble donc pas y avoir grand intérêt à étudier la dynamique familiale à proprement parler puisque le déclenchement des épisodes maniaques ou dépressifs semble être d'origine essentiellement biochimique. Ensuite, 70% des patients maniaco-dépressifs sont notablement améliorés par l'usage du lithium, du tégrétol ou de l'acide valproïque. Dans la mesure où l'on dispose d'un traitement efficace, on s'intéresse peu à la dimension familiale. Enfin, les différents épisodes de cette maladie sont caractérisés par le fait qu'il est prévisible qu'il y ait des rechutes mais que le moment de ces rechutes est imprévisible. On a de ce fait tendance à considérer que ce ne sont pas des facteurs psychologiques ou encore moins la dynamique familiale qui provoquent les rechutes.

Un climat particulier

Quand je suis arrivé au Québec, j'ai travaillé à Rouyn-Noranda, en Abitibi, au nord-ouest du Québec. Il s'agit d'une région de colonisation récente puisque la ville elle-même n'existait que depuis soixante ans à mon arrivée en 1986. Dès l'abord, j'ai été surpris par l'importance et la fréquence des épisodes maniaques en général, chez les femmes en particulier. Bien sûr, depuis Esquirol on sait qu'il y a deux femmes pour un homme qui présentent des psychoses maniaco-dépressives. A Rouyn, il ne se passait pas de semaine sans qu'un homme ou une femme soit hospitalisé en phase maniaque. Ce fut là ma première constatation.

La deuxième chose qui m'a intéressé est la réflexion d'un psychologue de l'éc, sipe, Gilles Bruneau, né à Rouyn et descendant d'un des premiers émigrants de l'Abitibi. Il me confiait: «Je suis frappé de voir que ceux qui ont émigré en Abitibi, il y a une cinquantaine d'années ont, d'une certaine façon, joué le tout pour le tout. Ils savaient qu'en quittant Montréal ou Québec, ils s'en allaient à 600 kilomètres au moins de tout centre de civilisation avec tous les risques que supposaient le défrichement d'une terre jusque-là inhabitée, l'éloignement de leur famille qui ri quait bien d'être définitif, l'incertitude quant à la possibilité de survivre sur des terres que l'on ne connaissait pas. A l'époque en effet, les moyens de communication étaient tels que la majorité des colons n'ont jamais pu revenir dans leur ville d'origine. Ceux qui ont osé, ont tout abandonné dans une potte de processus de tout ou rien qui rappelle un peu le fonctionnement des pattents atteints de psychoses maniaco-dépressives.» (Bernard Clavel a bien évoque le climat de cette époque dans «Harricana», «L'or de la terre» et

A partir de là, des questions commençaient à se poser: est-ce que ce mode de colonisation particulièrement risqué n'a pas favorisé une concentration inhabituelle de gens fonctionnant sur un mode bipolaire? Est-ce que l'on n'a pas regroupé accidentellement des types de famille ayant des fonctionnements du style tout ou rien? Serait-ce l'éloignement qui favorise le trouble ou un certain mode de peuplement qui favorise une sélection de familles présentant un certain type de fonctionnement?

Quelques histoires

J'en étais là dans mes réflexions lorsqu'une patiente fut hospitalisée dont l'évolution suffisamment particulière m'amena à me questionner sur le trouble maniaco-dépressif. Je présenterai d'abord son histoire avant d'aller plus loin dans mes considérations.

Il s'agit d'une patiente de 37 ans qui avait depuis quatre ans présenté quatre épisodes maniaques et était traitée au lithium. Elle suivait bien son traitement et était prise en charge par un généraliste. En janvier 87, elle fut hospitalisée une cinquième fois, après avoir fait un épisode dépressif léger au cours de l'été précédent. On l'avait alors traitée avec un antidépresseur, l'amitryptiline. Elle avait continué à prendre ce médicament en plus du lithium, ce qui pouvait éventuellement être considéré comme un facteur déclenchant de l'épisode maniaque. Dès l'admission, j'avais rencontré la famille de la patiente; ils disaient qu'ils ne voyaient pas très bien ce qui avait pu, ou la déprimer, ou la faire passer en phase maniaque. Le seul facteur déclenchant qu'ils pouvaient éventuellement identifier était que la fille de 16 ans de la patiente avait un ami, qu'elle avait quitté cet ami, et que la patiente avait été assez déçue que sa fille abandonne ce garçon qui lui plaisait bien.

La première semaine d'hospitalisation fut vraiment pénible. La patiente était en état maniaque caractérisé, avec hyperactivité, logorrhée, déambulations, insomnie totale, agitation et, malgré des doses relativement élevées de neuroleptiques, son état maniaque ne cédait pas. Ce qui était particulier, c'est que, de jour comme de nuit, cette patiente chantait des chansons «western», avec une voix de plus en plus empâtée au fur et à mesure que les neuroleptiques luis asséchaient la bouche. Elle chantait avec une conviction remarquable mais brodait des paroles différentes de celles des chansons. Elle remplaçait les textes bien connus par des phrases comme: «Quand on en prend trop, ça finit par craquer; puis quand ça craque, ça coûte bien trop cher» ou «L'amour, c'est une belle chose, mais ça peut faire mal», etc.

Quand cette patiente passa en phase dépressive, elle présenta des sentiments de culpabilité excessifs à l'égard de son mari, de ses enfants, de ses propres parents. Quand on lui rapportait ce qu'elle chantait en phase maniaque et qu'on lui demandait s'il y avait quelque chose qui n'allait pas dans la famille ou dans le couple, elle niait farouchement: «J'ai un mari tout à fait extraordinaire; heureusement d'ailleurs, je ne sais pas ce que je ferais sans lui. Quant à mes enfants, ils m'aident beaucoup, me déchargent des tâches ménagères et je ne pourrais pas rêver d'avoir de meilleurs enfants.» Elle refusait en particulier que l'on mette un sens aux paroles qu'elle brodait pendant son chant maniaque. Son état s'améliorant, elle finit par pouvoir rentrer chez elle.

Je n'entendis plus parler de cette patiente qui était suivie par son généraliste jusqu'au mois de mai 87. A ce moment, elle est de nouveau hospitalisée en urgence, avec cette fois-ci un facteur déclenchant tout à fait évident: son mari venait de demander le divorce. J'avais rencontré le mari lors de la précédente hospitalisation et il n'avait pas du tout fait mention de problèmes conjugaux. Tout au plus avait-il montré une certaine froideur. Lors de ce nouvel épisode maniaque, la patiente devient beaucoup plus agressive dans les paroles de ses chansons «western» qui sont son moyen d'expression favori: «Alors là, on verra ce qu'on verra; ils n'ont

qu'à bien se tenir » ou encore «cette fois-ci je ne me laisserai pas faire et il arrivera ce qui doit arriver ».

Après une quinzaine de jours, le mari retire sa demande de divorce. Il semble bien qu'il n'avait pas de maîtresse, mais que simplement il ne supportait plus de continuer à vivre avec cette femme qui faisait des épisodes maniaques à répétition. A ce moment, Madame passe en phase dépressive avec changement de tableau: elle ne manifeste pas les sentiments d'indignité qu'elle montrait précédemment en phase dépressive, mais dit qu'elle n'est pas sûre de vouloir recommencer la vie commune avec son mari, qu'il y a certaines choses qui devraient changer, que son mari a une attitude beaucoup trop contrôlante avec elle, qu'il ne la laisse pas sortir, que pour avoir la voiture, elle doit s'y prendre quinze jours à l'avance, que surtout elle voudrait pouvoir aller à des soirées «western» (c'est son obsession et elle nous confiera qu'elle aurait voulu être chanteuse) et qu'en plus elle s'est beaucoup trop dévouée pour sa famille, mais qu'au fond, tout cela elle n'ose pas le dire en face.

Lors de l'entretien de couple suivant, elle est incapable d'exprimer ses reproches et dit que tout va bien. Le mari par contre dit très clairement qu'il ne veut pas la quitter, qu'il l'aime et que c'était l'impuissance face à la maladie qui l'avait amené à envisager le divorce. Il promet un certain nombre de changements dans la relation conjugale, changements qui semblent satisfaire la patiente.

Juillet 87: rechute. Toujours un épisode maniaque, toujours les chansons « western », toujours de l'agressivité et une irritabilité de plus en plus grande. Les trois entretiens de couple qui vont suivre auront une tonalité bien différente des précédents. La patiente se prépare aux entretiens avec son infirmière de référence qui assistera à l'entretien selon la technique de la cothérapie scindée (2). Elle décide d'annoncer son intention de divorcer à moins qu'il n'y ait des changements majeurs dans sa vie. Elle dit que son mari avait promis que les choses changeraient, mais que rien n'a changé et que ce n'est plus possible.

En fait, lors du premier entretien elle ne dit absolument rien. A nouveau, je ne tente pas de brusquer les choses pour lui laisser le contrôle sur le déroulement des évenements. Mais bien sûr cela est repris avec l'infirmière de référence après l'entretien et renforce sa décision d'en parler la fois suivante.

Au cours du deuxième entretien, elle dit un peu plus clairement qu'elle voudrait être moins contrôlée, qu'elle souhaiterait pouvoir sortir plus souvent, mais disqualite presque immédiatement ce qu'elle dit ou en minimise la portée. Cette fois je décide d'intervenir en ouvrant la crise: « Je ne comprends pas ce que vous dites: ce n'est pas du tout ce que vous aviez prévu de dire. J'ai l'impression qu'il y a deux discours un discours quand votre mari est là et un autre discours quand il n'est pas là; et tant qu'on ne mettra pas les deux ensemble, je ne vois pas très bien à quoi cela sert de continuer ces entretiens.» La patiente continue à atermoyer et reste bien en deçà de ce qu'elle avait prévu de dire.

Au troisième entretien enfin, elle commence avec son mari une négociation assez serrée sur ce qu'elle estime être les conditions nécessaires pour que la vie commune puisse reprendre. Le mari accepte assez bien les demandes de sa femme et le couple souhaite continuer un suivi en consultation externe. J'ai par la suite rencontré également les enfants et cette fois un certain nombre de changements importants se sont réellement produits dans la vie conjugale. Pendant les deux ans qui ont suivi, il n'y a

pas eu de rechute et la patiente nous disait en 1989: «Il y a quinze ans que je n'ai pas vécu comme je vis maintenant parce qu'enfin, quelque chose a vraiment changé.»

J'ai fait un compte rendu détaillé de cette situation pour montrer les différentes étapes qui ont permis le changement. Ce qui m'est apparu le plus frappant était le contrôle que le mari et les enfants exerçaient sur la vie de la patiente, et la tendance spontanée que nous avions comme thérapeute de contrôler la situation. Dans le cas de la psychose maniaco-dépressive, ceci est renforcé par le fait que la médication nécessite des contrôles sanguins réguliers et une grande fidélité au traitement pour être efficace. Ceux qui s'occupent de ces patients savent que c'est un des problèmes majeurs et une des causes de rechute. Pour cette raison, je crois nécessaire d'insister sur le fait que la patiente puisse elle-même garder le contrôle sur le processus.

Je pourrais donner de nombreux autres exemples. Je n'en citerai que deux. Celui de cet homme qui se prenait pour le frère de Jésus-Christ et, en pleine phase maniaque, était allé trouver l'évêque de Rouyn pour lui demander de prévenir son collègue Jean-Paul II que la capitale de la chrétienté allait être déplacée de Rome à Rouyn. Ce patient ne chantait pas mais émaillait son discours de citations bibliques bien dans la logique de son délire. A nouveau cependant, certaines citations étaient déformées et parlaient de la beauté d'une vie sans sexualité. En entretien de couple, sa femme nous expliqua que trois ans auparavant, elle avait décidé de quitter son mari étant donné son alcoolisme. Après six mois où il avait réellement vécu à la dérive, elle avait accepté sa demande de le reprendre à la condition qu'il cesse de boire et qu'ils vivent comme frère et sœur, sans relations sexuelles.

sode maniaque, le premier qu'elle ait présenté dans sa vie. Son délire est centré sur pitalisée à chaque fois et reçoit des électrochocs. La dixième fois, il s'agit d'un épien quatre ans neuf épisodes de dépression mélancolique pour lesquels elle est hoscesse d'appeler les plus hautes instances comme le Secrétaire Général des Nations ainsi son internement faute de pouvoir la tuer. Pendant sa phase maniaque, elle ne le fait que son mari, étant très riche, a pu acheter les juges et les médecins, et obtenir n'avait jamais réalisé l'importance que cela prenait pour sa femme, parce qu'elle considerait pratiquement comme normale. Lors des entretiens de couple, le mari souper. Jusque-là, elle ne s'était jamais plainte à personne de cette situation qu'elle recevoir un coup de téléphone de son mari qui lui demande de préparer un grand n'avait pu planifier une journée pour elle-même, étant toujours dans la crainte de avait été la servante de son mari, qu'elle n'avait cessé d'être en représentation pour maniaque fut enfin contrôlé, la patiente commença à raconter que toute sa vie elle enfance, bien qu'elle-même estimât ne pas avoir été traumatisée. Quand l'épisode qui venaient de quitter la maison et les traumatismes qu'elle avait pu vivre dans son dents avaient travaillé avec cette femme le deuil qu'elle devait faire de ses enfants Unies, la Ligue Internationale des Droits de l'Homme, etc. Les thérapeutes précésemblait toujours d'accord. Cette patiente non plus n'a pas fait de rechute pendant reconnut facilement qu'il devait changer quelque chose à son attitude mais qu'il les clients que celui-ci ramenait à la maison, souvent sans prévenir, que jamais elle lui arrivait encore très fréquemment de se sentir coupable lorsque son mari lui les deux ans qui suivirent. Lors d'un contrôle cependant, elle faisait remarquer qu'il Je pourrais aussi raconter l'histoire de cette femme d'industriel qui, à 48 ans, fait

proposait de l'accompagner à une réception ou de recevoir des clients et qu'elle n'en avait pas envie. Elle était cependant capable de combattre cette culpabilité et de dire réellement à son mari ce qu'elle était prête à faire.

Le syndrome affectif conjugal

C'est sous ce terme que j'ai regroupé une série de situations dans lesquelles alternent des épisodes de dépression et/ou de manie, raison pour laquelle je l'ai appelé affectif. Je parle de syndrome parce qu'il y a plusieurs facteurs qui agissent en même temps pour produire le syndrome. Enfin je parle de conjugal parce que c'est essentiellement dans le couple que se manifeste ce type de syndrome même si le patient désigné a des comportements analogues dans d'autres situations. C'est aussi au niveau du couple que l'intervention est le plus souvent pertinente. Les caractéristiques de ce syndrome sont les suivantes:

- Il s'agit de femmes ou d'hommes dont l'âge est le plus souvent compris entre 35 et 50 ans (les épisodes de psychose maniaco-dépressive d'origine génétique se manifestent en général avant 30 ans)...
- 2. ... ayant 10 ans ou plus de vie conjugale (les symptômes ne se manifestent en effet le plus souvent qu'après un certain nombre d'années d'un jeu conjugal que je décrirai plus loin), ...
- dans la famille desquels il n'y a pas d'antécédent psychiatrique de maladie affective bipolaire,...
- 4. ... qui sont décrits comme des femmes ou des hommes soumis, infantiles, dépendants, silencieux. (Le conjoint d'une patiente maniaque disait: «Elle a toujours aimé jouer la petite fille, ça choquait parfois un peu les amis qui venaient à la maison quand elle venait sur mes genoux pour sucer son pouce, mais moi je n'y voyais pas d'inconvénients». Ou encore cette femme d'industriel dont je viens de parler qui disait: «Pendant 25 ans je n'ai rien dit, mais maintenant il faut que je parle».) Il s'agit donc le plus souvent d'une complémentarité extrême, et l'on retrouve de fait...
- tuire. (Je n'ai pas rencontré de situation de violence conjugale dans les cas que l'ai connus, mais au contraire j'ai pu constater que c'était le comportement protecteur qui prédominait. Ils pouvaient dire par exemple: «Comme tu n'es pas capable de t'assumer toi-même et de prendre tes responsabilités, il faut bien que je le fasse à ta place. Mais je serai toujours là pour te protéger».)...
- 6. ... avec une relation de contrôle prédominante, dans laquelle l'un est le contrôle leur et l'autre le contrôlé. Cette situation risque de se reproduire avec les thérapeutes qui reprennent la position de contrôleur du traitement.

Lorsque ce syndrome affectif conjugal s'installe, dans la plupart des cas il ne s'agit pas d'une affection héréditaire, comme en témoigne l'absence d'antécé-

dents psychiatriques. Je pense au contraire qu'il s'agit de ce que l'on peut appeler en terme intra-psychique une défense maniaque, qui apparaît dans un jeu interactionnel où la complémentarité tend à s'exacerber. Ceci ne veut pas dire que des facteurs biologiques n'entrent pas en ligne de compte sous forme d'une vulnérabilité ou d'une prédisposition à développer ce type de pathologie. Je pense cependant que la transmission intergénérationnelle d'une dynamique familiale où prévaut la loi du tout ou rien joue un rôle fort important comme je le disais dans mon introduction.

Je me résumerai en disant que dans le syndrome affectif conjugal, les patients maniaques disent en manie ce qu'ils n'osent pas dire en phase normale et qui les culpabilise en phase dépressive.

Quelques problèmes posés par ce syndrome

Le premier problème a déjà été abordé: le fait que ces femmes et ces hommes nient habituellement lorsqu'ils sont en état normal ou en phase dépressive ce qu'ils ont dit, clamé, chanté durant les épisodes maniaques. Non seulement, ils nient avoir dit cela, mais disqualifient leur discours en disant: «Ça, c'était quand j'étais malade, mais ce n'est pas vrai du tout, il n'y a pas de problème». Pour cette raison, comme les conjoints, nous avons tendance à les croire et à les suivre lorsqu'ils prétendent que ce qu'ils nous ont dit n'était pas pertinent. Que peut-on faire de ces discours qui sont à la fois inutilisables et déniés?

Autre problème lié au traitement spécifique des psychoses maniaco-dépressives: comme l'instauration d'un traitement médicamenteux nécessite des contrôles sanguins réguliers et que les rechutes ne sont pas prévisibles, le discours habituel est: «Votre conjoint est atteint d'une maladie affective et aura probablement des rechutes. Il est donc important qu'il prenne son lithium régulièrement. Il est possible que lorsqu'il se sentira bien il voudra abandonner le traitement. Il sera alors nécessaire d'insister pour qu'il continue à prendre sa médication». Ce discours est tout à fait raisonnable sur le plan médical, mais ne tient pas compte du fait qu'il va réactiver un pattern communicationnel déjà présent et vraisemblablement pathogène. Par ce discours, le thérapeute confirme le conjoint ou la conjointe dans son rôle de protecteur d'une conjointe ou d'un conjoint infantile, soumis, silencieux et que l'on définit en plus comme malade.

Un dernier problème, et non des moindres: les protecteurs finissent par se lasser de leur rôle, commencent à mal supporter la situation d'impuissance à laquelle ils sont journellement confrontés, rêvent d'une relation plus égalitaire, même s'ils sont partie prenante dans l'établissement de cette relation complémentaire. Tous ceux qui travaillent avec les patients maniaco-dépressifs savent qu'il n'est pas rare que le conjoint finisse par demander le divorce après plusieurs années de vie conjugale. Tous ne font pas comme celui dont j'ai parlé qui a fini par revenir sur sa décision. Lorsque la séparation se fait, le conjoint maniaco-dépressif se voit soudain privé de son protecteur, d'autant plus incapable de s'occuper de ses affaires qu'il est souvent à ce moment-là en situation de rechute. C'est souvent l'hôpital et ses thérapeutes qui vont reprendre le rôle de protecteur avec un

risque sérieux de chronicisation pour le patient dont les rechutes confirmeront à la fois le diagnostic et l'incapacité à s'assumer ou à continuer à vivre une vie conjugale satisfaisante. Quand on protège quelqu'un, on l'empêche bien souvent d'apprendre à se protéger.

Quelques pistes thérapeutiques

- 1. Il importe d'abord d'être attentif au discours des patients maniaques dont on dit trop souvent qu'il n'est qu'une logorrhée pleine de coq-à-l'âne et qui n'a pas de sens. Ce sont particulièrement les bizarreries du discours qui sont intéressantes dans la mesure où elles sont souvent révélatrices de la problématique qui voudrait se masquer.
- 2. Lorsqu'on a pu se faire une hypothèse sur le sens caché que peut contenir ce déluge verbal, il est important de le reprendre avec le patient lorsque son état s'est amélioré. Il ne faut pas se laisser rebuter par les négations qui sont très fréquentes. Il faut enfin éviter le piège de se mettre dans la position du porteparole du patient qui va dire au conjoint ce que le patient n'est pas capable de dire. Ce faisant, on reprendrait à notre compte le rôle du protecteur et l'on ne ferait que faire plus de la même chose. Il faut au contraire prendre le temps qu'il faut pour que la patiente ou le patient soit capable d'exprimer lui-même ce qu'il a à dire. On ne facilite pas l'expression d'un silencieux en s'exprimant à sa place.
- 3. Comme on l'a vu, les entretiens de couple sont très nécessaires dans toutes les situations de pathologie maniaco-dépressive. Tout d'abord parce que le conjoint vit lui-même une situation difficile et qu'il est important qu'il puisse lui aussi s'exprimer. Ensuite, parce que dans ces entretiens il est possible pour le patient d'amorcer les changements qui lui permettront de sortir de son rôle complémentaire.
- tenir compte du discours du conjoint. on va vivre une situation plus normale, plus égalitaire, où l'on pourra et devra antérieure à l'épisode maniaque était une situation anormale et que, à l'avenir donc une espèce d'inversion de la polarité lorsque l'on définit que la situation conjoint normal, a condition que le traitement au lithium soit efficace. Il y a cipation, non pas comme un thérapeute associé qui doit nous aider à soigner sa Comme je l'ai mentionné dans l'une des situations, il est très utile de faire une lemme, mais comme quelqu'un qui va devoir réapprendre à vivre avec un Dans cette position, ce que je dis au conjoint, c'est qu'on aura besoin de sa partide faciliter la parole des deux conjoints, d'assumer le suivi médicamenteux sontir qu'il est supporté par celui à qui il a fait confiance. L'autre thérapeute, le évidemment être présent lors des entretiens de couple pour que le patient puisse thèmes qu'il a envie d'aborder sans oser réellement le faire. Ce thérapeute doit plus souvent le médecin, s'occupera plus spécifiquement de mener l'entretien peut s'occuper individuellement du patient désigné pour travailler avec lui les prise en charge à deux sous la forme d'une cothérapie scindée. Un thérapeute

Conclusion

En parlant de syndrome affectif conjugal, je veux souligner que la position maniaque a pu être utilisée comme une défense dans une situation interactionnelle complémentaire (voir aussi l'article «Individu – Symptôme – Famille »). La phase maniaque permet à certains patients d'exprimer dans un état d'agitation ce qu'ils ne pourraient dire autrement. Ils peuvent se donner cette permission, cette liberté, mais courent le grand risque de voir renforcer le mécanisme préexistant, tant dans le couple que lors de l'intervention thérapeutique. La pathologie disqualifie en effet le discours et le rend inaudible. D'où l'importance d'entendre ce discours maniaque, de l'utiliser, de rencontrer le couple et souvent la famille pour que cette parole puisse être entendue et que le système puisse effectuer les changements nécessaires. Ce que je résume en formulant l'hypothèse que «les patients maniaques disent en manie ce qu'ils n'osent pas dire en phase normale et qui les culpabilise en phase dépressive».

Docteur Guy Ausloos Clinique Jeunes Adultes 106-6070, rue Sherbrooke Est Montréal (Qc) H1N 1C1 Canada

BIBLIOGRAPHIE

- Seghers A. (1991): «An Original Study of 89 Recurrent Major Mood Disorders Treated with a Combined Approach of Family Therapy and Biological Treatment», Présentation au Congrès International: The End of Grand Designs and the Flowering of Systemic Practice, Heidelberg, 3 au 7 avril 1991.
- Ausloos G. (1983): «Délinquance et thérapie familiale: le double-lien scindé thérapeutique»,
 Bulletin de Psychologie, XXXVI, pp. 217-225.
- 3. Ausloos G. (1990): «Individu Symptôme Famille », Thérapie familiale, 11(3), pp. 273-279.

JOURNAL OF FAMILY THERAPY

Edited by John Carpenter and Bebe Speed

of the authors; there is little of the knee jerk, reflexive adoration of the astute work." differences (for example, between 'schools' of therapy) and to understand the clarity. And third, more of the authors seem genuinely both to respect Journal maintains the highest academic standards, somehow the writing often happens without disrespect, disparagement or hostility. Second, while the therapy journals, with concomitantly more open thinking. And yet, this all I find especially refreshing. First, I admire the candor and directness of many bases for those differences, often leading to the presentation of clinically very seems more informal and conversational without compromising on depth or "There are several characteristics of the Journal of Family Therapy that 'masters' and of 'accepted truths' that I see so often in many other family

Alan S. Gurman, Professor of Psychiatry & Co-editor, Handbook of Family Therapy

Institutions £75.50 UK/Europe, \$129.00 N America*, £83.50 Rest of World ORDER FORM Subscription Rates, Volume 17, 1995 Published quarterly Address Name Signature Please charge my American Express/Diners Club/Mastercard/Visa account number Please enter my subscription/send me a sample copy I enclose a cheque/money order payable to Basil Blackwell *Canadian customers please add 7% GST Postcode JOURNAL OF FAMILY THERAPY Expiry Date Date ISSN 0163-4445

(Please include the name of the journal, E-Mail Address: jnlsamples@cix.compulink.co.uk

Payment must accompany orders

Please return this form to: Journals Marketing, Blackwell Publishers, 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF, England. Or to: Journals Marketing, JOFT, Blackwell Publishers, 238 Main Street, Cambridge, MA 02142, USA.

Blackwell Publishers Oxford, UK and Cambridge, USA

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 87-97

LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE **ENTRE CONTRÔLE ET ANTICIPATION**

L. CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX

adultes, les auteurs, thérapeutes systémiciens appartenant à une unité de thérapie familiale, sont amenés à de l'épistémologie systémique, et de celle de leur pratique de secteur de psychiatrie publique pour Résumé: La Psychose Maniaco-Dépressive entre contrôle et anticipation. — Au fil de l'évolution actuelle d'une illustration clinique, la réflexion de l'équipe s'est organisée autour d'une interrogation sur l'apport envisager leur place dans la prise en charge de patients atteints de troubles maniaco-dépressifs. A partir questions posées, l'article décrit le cheminement de cette réflexion. théorique du constructivisme et des modèles de la complexité. Sans pour autant proposer de réponses aux

our experiments while describing the evolution of our thoughts through the past years. and complexity in patients' cares. Our paper would not like to offer definitive conclusions but try to bring tice of manic-depressive patient cares. Our practice leads our team to the importance of constructivism are related to recent modification in systemic epistemology. Therefore they induce changes in family pracmic unit are presently modifiying their practice. Such changes which are appearing in the past ten years Summary: Manic-depressive Illness: control and/or anticipation. — Systemic therapists working in syste-

Modélisation - Psychose maniaco-dépressive - Système thérapeutique - Temps Mots-clés: Anticipation - Auto-organisation - Complexité - Constructivisme - Contrôle - Curiosité -

- Manic-depressive Illness - Therapeutic system - Time. Key-words: Anticipation - Organization - Complexity - Constructivism - Control - Curiosity - Modelling

les preuves de son efficacité, et dont notre propos n'est évidemment pas la remise mement bien codifiée, consensuellement reconnue par le corps médical, qui a fait Maniaco-Dépressive (PMD) qui semblent inscrits dans une lignée médicale extrêtemps de nous interroger sur le devenir potentiel des patients atteints de Psychose Dans une perspective constructiviste, il nous a paru intéressant de prendre le

ment par son caractère endogène, troisièmement par son traitement spécifique, en et des accès d'excitation alternant avec des périodes d'humeur normale, deuxièmemièrement par son profil clinique, associant de façon variable des accès dépressifs en cause. particulier prophylactique. En témoigne cette définition classique de la PMD: affection caractérisée pre-

Psychiatres, Thérapeutes Familiaux, Unité de Thérapie Familiale: U.T.F. Boulogne 92, C.H. Paul Guiraud, Villejuif

L'interrogation qui se pose alors au psychiatre systémicien est celle du risque d'un «blocage» dans l'élaboration de sa réflexion à propos du suivi de ces patients.

En effet, leur parcours nous apparaît tout tracé, pour ne pas employer le terme de prédéterminé qui pourrait paraître excessif. Ce parcours peut être lapidairement résumé en ces étapes: plusieurs épisodes dépressifs ou maniaques, plus ou moins typiques, se succédant en alternance avec des «intervalles libres» jusqu'au moment ou le diagnostic va être posé. A l'énoncé du diagnostic succède un certain nombre de corollaires qui s'enchaînent les uns aux autres. Parler de PMD implique les facteurs héréditaires. La famille se profile au regard de la génétique, comme en témoigne le nombre des recherches effectuées dans ce domaine. Parler de PMD fait aussi envisager obligatoirement les régulateurs de l'humeur (lithium ou carbamazépine) et donc l'observance du traitement.

"Est-ce que le projet thérapeutique va devoir se résumer à la mise en place d'un dispositif tendant uniquement à obtenir l'observance du traitement par le patient?" C'est la question qui se pose à tout psychiatre, quelle que soit sa référence épisté-mologique. En ce qui concerne un travail avec la famille, la revue d'une littérature essentiellement américaine nous apporte peu de réponses. L'attitude des thérapeutes consiste en effet à centrer leurs efforts sur l'obtention de la régularité de la prise de la chimiothérapie par le biais d'un travail d'éducation du patient et de sa famille (Gent-Zwart (9), Spurkland-Vandvik (12).

Pour un systémicien, l'attitude à envisager est certes plus difficile dans la prise en charge d'un patient atteint de PMD que pour certains autres patients. Il y a en effet peu de craintes à essayer d'aborder la problématique familiale dans l'espoir de favoriser la reprise d'une évolution positive chez un psychotique. Mais faut-il continuer à intervenir auprès de la famille du patient atteint de PMD lorsqu'apparemment tout est rentré dans la «normalité»? Notre intervention ne risque-t-elle pas d'aggraver la situation, voire de provoquer une rechute, ce qui serait contraire au principe du «primum non nocere». Et la question se pose aussi en termes plus radicaux: faut-il intervenir sur un mode psychothérapique auprès de ces familles?

1. Le blocage du système

Devant une pathologie telle que la P.M.D., le thérapeute est confronté au paradoxe de devoir à la fois contrôler le maintien de la «normalité» à l'issue de l'accès et en même temps de tenter d'être l'activateur du potentiel évolutif du système. La question du contrôle se pose en effet ici de façon particulière. Il ne vise pas à maintenir la «folie» à un niveau supportable comme dans la psychose chronique, mais à paradoxe: l'intervalle libre sous-entend la menace indéfinie d'un prochain accès. L'efficacité du traitement préventif par le lithium, loin de signer la guérison, renforce ce paradoxe en authentifiant la réalité de la menace même si celle-ci ne survient pas. Lithium et menace d'un prochain accès deviennent alors des organisateurs relationnels du système thérapeutique: patient, famille du patient et soignants. La finalité du système thérapeutique est définie dans ce cas par l'évitement d'un nouvel accès. Cette organisation s'autovalide par renforcement positif:

le traitement et son contrôle sont justifiés par l'éventualité d'un nouvel accès, mais la non-apparition de l'accès ne signe ni évolution favorable ni guérison. Elle représente la justification du contrôle exercé et sa poursuite dans le temps.

Ce modèle de l'alternance entre accès et intervalle libre, sous-tendu par l'efficacité du traitement, organise donc le système thérapeutique sous la dimension du contrôle réciproque des différents participants:

- → le patient contrôle sa famille par la menace de l'accès;
- → le thérapeute contrôle le traitement;
- → la famille contrôle le thérapeute... etc

Les protagonistes finissent par surveiller tout signe pouvant faire suspecter l'imminence d'un accès. Toute exagération d'émotion perd ainsi sa fonction d'indicateur de la tonalité des relations pour devenir indicateur de pathologie dans le cadre de relations qui deviennent de plus en plus figées. Nous détaillons ceci dans l'exemple clinique ci-après.

Une certaine optique familialiste peut à l'occasion amplifier ce phénomène. Par exemple les modèles éducationnels d'origine américaine sont axés sur l'apprentissage de l'évitement des expressions émotionnelles négatives (Goering-Lancee-Freeman (10). Le concept de l'«Emotionnalité Exprimée» et son application à la thérapie familiale comportementale concerne en effet plus les violences relationnelles (psychologiques et autres) que les émotions structurantes à encourager (Chambon- Marie-Cardine (7). Ces modèles conduisent à un soutien ambigu à la famille et au patient, risquant de bloquer une possible évolution si les émotions finissent par être perçues comme dangereuses pour la stabilité relationnelle. De leur côté, les modèles éco-systémiques ont plutôt pour ambition de joindre les différents niveaux impliqués: génétique, pharmacologique, individuel, familial, social.... Certes, ils peuvent par leur globalisme accroître ce contrôle qui ne vise en fait qu'à une meilleure observance du traitement. Toutefois, ils incitent à la création d'un partenariat triadique plus évolutif car plus attentif à la place du sujet.

2. Anticipation: le temps retrouvé

Face à cette prégnance du contrôle, nous voudrions poser la question de la possibilité d'un retour à l'«anticipation». Nous opposons **anticipation** et **prévisibilité**. Un patient maniaco-dépressif exprimait ainsi sa capacité à anticiper de nouveau – capacité à être sujet de son destin personnel – en disant à propos de son couple: «Maintenant, on vit au jour le jour, on est aspiré par un mouvement qui nous entraîne.»

On le voit, l'anticipation n'est pas une préfiguration exacte des événements tels qu'ils vont se dérouler. C'est un état du système qui permet d'accueillir l'imprévisible individuel pour s'engager dans un processus de créativité. Elle implique une capacité de «laisser échapper» sans expliciter ni contrôler pour « accueillir » l'expérience dans sa nouveauté créatrice, et sa valeur d'échange avec l'autre.

Ceci suggère une modification du rapport au temps. Dans l'accès, qu'il soit maniaque ou dépressif, l'anticipation est impossible car le temps est arrêté (Sutter,

Berta (13, 14). Il en est de même dans l'«intervalle libre» qui est défini comme un retour à l'état antérieur de la même façon que les accès sont définis comme identiques aux précédents. Le mot d'ordre fige le temps. «Rien n'arrive» dans l'accès, «Rien ne doit arriver» dans l'intervalle libre.

C'est bien là l'inverse de l'ouverture sur l'événement que suppose l'anticipation. En ce sens, l'anticipation implique l'histoire comme un déroulement d'événements signifiants et irréversibles, tandis que le modèle que nous appelons de l'intervalle libre implique une sorte de réversibilité des événements qui perdent leurs statuts d'inscription dans un historique de vie. Le système thérapeutique risque d'être confiné dans une répétitivité fermée à une évolution historique porteuse de changements et, qui sait, de guérison.

Quelle peut être alors la position du thérapeute dans le système thérapeutique?

S'il obéit strictement au modèle médical, le risque est grand pour lui d'assumer un rôle en collusion directe avec la dimension de contrôle déjà appelée par les accès. Le thérapeute peut devenir un «contrôleur contrôlé», privé lui-même de toute capacité d'anticiper.

Peut-on imaginer qu'il puisse jouer un rôle différent, plus conforme à sa vocation de thérapeute sans contrevenir à son éthique médicale?

Est-il possible de réintroduire l'anticipation?

Le thérapeute peut-il «laisser échapper» pour permettre aux événements de jouer leurs rôles de réorganisateurs systémiques?

3. Systèmes artificiels et systèmes naturels

Pour tenter de répondre à ces questions, nous reprendrons le modèle de la complexité d'Atlan.

Il oppose la complication qui correspond aux situations où l'on peut admettre que tout peut être connu, même si cette connaissance nécessite une description qui peut être très longue, à la complexité où cette description n'est pas possible. En d'autres termes, c'est parce qu'il reconnaît qu'il persiste une incertitude que le thérapeute peut accéder à la complexité.

Apparaît donc la différence entre un système compliqué qui peut être analysé et décomposé en éléments identifiables, et un système complexe où cette analyse est impossible. On ne peut comprendre un système complexe, on ne peut que le modéliser. Ceci laisse toujours une part d'incertitude dans la connaissance que l'on aura de ce système. En cela, l'observation que l'on en fait mesure notre ignorance.

Cette description rejoint la différence apportée par Atlan entre systèmes artificiels et systèmes naturels. Un système artificiel est un système qui a un but fixé a priori, et finalisé dans ce but. Il n'a pas la possibilité de se modifier lui-même dans son organisation et donc de changer de finalité.

Un système naturel n'a pas a priori une finalité déterminée. La finalité du système naturel est elle-même un objet de recherche. Les systèmes naturels sont spécifiques dans leur capacité à s'auto-organiser. Ils résistent au bruit et ont la capacité de l'utiliser jusqu'à le transformer en facteur auto-organisateur qui lui confère une

compétence supérieure. La condition de l'intégration du bruit comme information est que le système possède un nombre suffisant de circuits redondants, garants de sa fiabilité. Redondances et fiabilité d'un système complexe lui permettent de réagir à des agressions aléatoires par une désorganisation rattrapée suivie d'une réorganisation à un niveau de complexité plus élevée. Celle-ci est mesurée par une richesse plus grande en possibilités de régulation, qui permet une adaptation à des nouvelles agressions de l'environnement.

Le détail de cette organisation échappe à l'observateur-participant qu'est le thérapeute. Tout en restant garant du cadre de son intervention, et donc de la fiabilité du système thérapeutique, le thérapeute s'interroge sur la pertinence de ce cadre et par là-même sur la finalité du système. Par là, il tente d'ouvrir le système à sa complexité, génératrice d'auto-organisation.

Les systèmes naturels sont donc des systèmes organisés et complexes, qui se fondent sur les caractéristiques de répétition / régularité / redondance d'une part et de variété / improbabilité d'autre part, ces ingrédients coexistant mais ne s'excluant pas.

Cela s'applique aux systèmes biologiques, dits systèmes naturels. Mais peut-on utiliser cette analogie en ce qui concerne les systèmes humains?

En d'autres termes un système humain est-il un système naturel ou non?

Si nous poussons l'analogie encore plus loin, un système thérapeutique patientfamille-thérapeute, peut-il être un système naturel possédant des capacités autoorganisatrices, et à quelles conditions?

C'est la question que nous nous proposons d'aborder maintenant à partir d'une observation clinique.

4. Illustration clinique

Cette observation reprend le cas d'un de nos patients, que nous appellerons Monsieur F., suivi au Centre Médico-Psychologique de notre secteur de psychiatrie publique adulte depuis trois ans.

Les événements d'ordre biographique ou thérapeutique seront intentionnellement repris dans leur chronologie.

Nous commencerons donc naturellement par les éléments de son histoire tels que le patient les a livrés.

« Mon enfance a été une période blanche, dit-il, les conflits n'étaient pas exprinés,» Il décrit son père comme plus conciliant que sa mère, mais secret et distant.

més.» Il décrit son père comme plus conciliant que sa mère, mais secret et distant. A onze ans, Monsieur F. perd dans un accident son frère de huit ans son aîné. Ce frère plus turbulent posait des problèmes aux parents. De ce drame, il ne garde pas de souvenir, sinon qu'après ce deuil, ses parents positiveront les qualités de transgression du frère disparu, marquant là une certaine indifférence pour le cadet qui,

Jeune adulte, il rencontre sa femme. «Elle m'a fait prendre conscience de la nécessité de quitter ma famille.» Elle-même, d'origine allemande, est en rupture avec sa famille. «Elle a été la source d'eau fraîche après les eaux tièdes.» Madame F.

iui, donne satisfaction.

vaises relations avec les autres membres de la famille. établira un lien affectif réciproque avec le père de Monsieur F, en dépit des mau-

dans une clinique. Dès ce moment, sa femme investit beaucoup pour qu'il guérisse. Elle devient «sa canne», dit-il. alors un épisode dépressif grave, tente de se suicider et reste hospitalisé un mois moment d'élation. Peu après cette naissance, il subit un échec de carrière: il fait intense de son activité professionnelle, et vraisemblablement lui-même dans un Lorsque le deuxième enfant du couple naît, Monsieur F. est dans une phase

établit une prise en charge particulière: pas d'arrêt de travail, Monsieur F. doit rester le médecin-chef du service, au centre médico-psychologique. Ce médecin, le Docteur R., « paternel ». Madame F. devient vigilante à ce que les consignes soient bien respectées avec laquelle le Docteur R. s'allie en lui offrant un soutien, que le couple qualifie de ment normo-thymique modéré est bien expliqué au couple, en particulier à Madame actif et maîtriser les passages à vide. La psychothérapie est déconseillée. Un traitequelques jours dans un hôpital psychiatrique, en état d'agitation. Il est alors suivi par avec le Docteur R. sont très espacées, tous les six mois puis tous les ans. et surveille les excès émotifs de son mari, potentiellement annonciateurs de rechute: les doses de médicaments étant alors automatiquement doublées. Les consultations Trois ans plus tard, alors qu'il connaît un accès maniaque franc, il est hospitalisé

nue cependant à souffrir d'une dysthymie grave, bipolaire (oscillations quelque peu efforts du couple pour «mettre entre parenthèses» les mois de crise renforcent s'auto-entretient par une efficacité certaine et une menace certaine qui persiste. Les rise une délégation du contrôle au sein du couple. Le processus est répétitif et chaotiques de l'humeur). L'extrême limitation des rencontres avec le médecin autopeu absent de lui-même. S'il ne connaît plus de nouvel accès dramatique, il contil'image combattive qui les caracterise. Madame F. se voue à ce mari qu'elle contrôle et lui s'appuie sur elle, comme un

sive des deux adolescents, qui souffrent des accès du père. La carrière de Monsieur F. traitement est prescrit par le généraliste. Les difficultés sont toujours là. Le couple suit: les rendez-vous avec le Docteur R. sont devenus téléphoniques, et le même Monsieur F., la famille déménage et change de ville. Le même protocole se pourevenements, pourtant marqueurs de temps sont-comprimés dans cette date: surviennem des perturbations très agressives pour ce fragile équilibre. Monsieur F. moment de très faible évolution. L'improbable est insupportable. C'est alors que paut également de ses enthousiasmes et de ses abattements. La famille est dans un parental, tout occupé à négocier avec le temps, supporte mal l'ingérence progresparle d'une époque de durée vague, de date flottante: « C'était il y a cinq ans...» Les Dix ans après l'épisode maniaque, lors d'un changement professionnel de

- Les enfants quittent la maison.
- contre un effondrement. père, intériorisé, n'est-il pas devenu plus proche? - Madame F. ressent par Le père de Monsieur F. meurt. Si le patient supporte assez bien ce deuil - ce
- Le Docteur R. prend sa retraite. Il tente à trois reprises d'adresser Monsieur F. à un confrère. Le patient ne va pas au-delà du deuxième entretien. Il dit s'être

senti en danger. Il associe par la suite ce danger à la question « Ne faudrait-il pas conseil de quitter ma femme...?» une méthode plus violente?» et plus précisément: «Où pourrait être donné le

suspendu dans une boucle toujours recommencée. La famille ne peut plus faire face aux événements, car jusqu'alors le temps était

Finalement, le Docteur R. adresse Monsieur F. dans notre CMP, où le théra-

peute systémicien le reçoit début 1991, pour la première fois.

de son couple pour lequel, dit-il, il faudrait trouver un nouveau « modèle ». demande de psychothérapie. Et puis, il y a sa propre inquiétude : il parle beaucoup un peu à son tour. Cette demande est aussi un bruit car il la formule comme une ne peut plus assumer son rôle. Son mari devrait se montrer responsable, «rendre» Docteur R. pour ce patient sont perceptibles. D'autre part, celui de son épouse : elle crire le traitement et continuer le travail accompli. La confiance et l'espoir du thérapeute deux messages. D'une part celui du Docteur R.: un psychiatre doit pres-La demande de Monsieur F. est très ambiguë. Et il semble qu'il transmette au

cothérapeute ne pouvait être tenu qu'avec les soutiens paternels. Son mari, dit-elle, initiative. Madame est très déprimée et confirme qu'elle s'est épuisée. Ce rôle de des enfants, tout en minimisant l'affect lié à ce changement de vie doit maintenant « construire l'avenir du couple ». Elle évoque en pleurant le départ Après ce premier entretien, le thérapeute rencontre deux fois le couple, à son

Le thérapeute leur propose des entretiens de couple avec un thérapeute diffé-

rent, ce qu'ils refuseront, après un certain temps.

ger. Monsieur F. vient régulièrement. Cette fois, il ne s'est pas enfui, peut-être parce pu venir et être écoutée. qu'il s'agit du même cadre institutionnel que celui du Docteur R. et que sa femme a Les rencontres sont toujours l'occasion d'une discussion sur leur nature et leur danrendez-vous. Il ne s'agit pas d'une «psychothérapie». C'est une période d'attente. Le thérapeute continue à voir Monsieur F., sans prescrire et sans rapprocher les

après, amélioré. Pourtant, dit-il, sa femme est très inquiète. Quelques jours plus passe les limites qu'il s'était fixées et qu'il lui prescrit un antidépresseut, Monsieur s'enfonce dans un moment dépressif très invalidant. Lorsque le thérapeute outretard, le couple se présente en urgence. Monsieur F. vient de présenter un bref état dangereux. «Le Docteur R. n'en donnait jamais». Le thérapeute le revoit peu F. est soulagé. Mais il lui indique que sa femme considère ce produit comme très Docteur R. qui a rétabli l'ancien traitement. maniaque ayant nécessité l'intervention d'un confrère au domicile, et l'appel au Malgré tout, un an plus tard, Monsieur F. souffre toujours des mêmes accès. Il

naissant le bien-fondé des modalités thérapeutiques antérieures, dont il devient garant. Le projet thérapeutique est perfectible même s'il reste imparfait. D'une certaine façon, le thérapeute accepte le contrôle de l'épouse, en recon-

son impossibilité d'assumer seul un projet, devant être le «liant entre tous les Monsieur F. reconstitue son histoire. Il perçoit son rapport particulier au temps et périodes marquées par un trouble de l'humeur ont disparu. Très progressivement Néanmoins un changement s'opère. Depuis plus de deux ans maintenant, les

Pendant quelques temps, il rapporte le vécu douloureux de son couple décrit comme à la dérive. Les repères de la maladie ne rythment plus le temps de bornes prévisibles. Beaucoup plus récemment est apparue pour le couple la possibilité d'une négociation sur l'avenir. Imaginant des menaces futures (par exemple: «comment feraient-ils si Monsieur F. perdait son emploi») ils réaffirment, mais cette fois de façon ludique, la nécessité de se constituer en tant que couple face à l'adversité. Cette interrogation leur évoque des choix multiples. Le présent peut alors se dérouler: les projets concernant la vie familiale jusque-là bloqués parce qu'enjeux de la survie du couple sont repris par Monsieur et Madame F. sans difficulté particulière.

Nous ne chercherons pas à expliciter a posteriori cette longue évolution. Il nous apparaît plus intéressant de relever que les « erreurs » du thérapeute ont été liées à la conception préétablie d'un projet thérapeutique. Les informations peu claires perçues par le thérapeute représentent une gêne à éliminer : la souffrance du couple est à traiter ailleurs, ou l'inefficacité du traitement est à corriger. Ces erreurs perturbent la conception que se fait le thérapeute de son rôle et sa finalité. Il se voit abandonner les solutions opérationnelles servant un but défini. Il doit se projeter dans un devenir, se «finalisant », sans perdre de vue ce sur quoi il se fonde, c'est à dire la demande – la rencontre – et les éléments de fiabilité et de redondance qui sous-tendent cette demande.

5. Position du thérapeute dans le système thérapeutique

Un système humain est à la fois naturel et artificiel selon la définition envisagée plus haut: *artificiel* puisqu'organisé par l'homme et finalisé (une institution par exemple), *naturel* puisque constitué d'êtres humains en interactions et donc possédant un potentiel auto-organisateur.

Cette observation nous semble mettre en lumière le mouvement dialectique qui existe entre les deux modèles possibles. D'un côté un système artificiel organisé autour de la seule finalité du contrôle des accès, de l'autre l'émergence fugitive d'un système à plus grande potentialité auto-organisatrice se finalisant.

Et ce à l'occasion de la conjonction fortuite de deux facteurs:

- des remaniements contextuels: mort du père, départ des enfants, départ à la retraite du thérapeute précédent, vécus à priori par les membres de la famille non pas comme des informations stimulantes et éventuellement enrichissantes, mais comme des «parasites» (événements aléatoires perturbant les voies de communication habituelles) et donc à effacer du registre relationnel;
- la spécificité de la rencontre entre les membres de la famille et le thérapeute (énième thérapeute rencontré après plusieurs tentatives infructueuses d'accrochage thérapeutique).

La famille est en difficulté, et ne peut s'en sortir qu'au prix d'une réorganisation Mais cette réorganisation ne peut se faire que par une remise en cause de ses moda-

> lités de fonctionnement. Or elle continue à utiliser ces modes redondants de fonctionnement qui la conduisent à une impasse.

Le thérapeute, par une attitude faite de souplesse, se modélisant ainsi, en tant que thérapeute, comme individu en interaction avec les membres de la famille, crée un nouveau système qui semble plus proche d'un système naturel aux capacités auto-organisatrices, c'est-à-dire un système capable d'utiliser l'imprévisible pour se complexifier, s'enrichir, et où le temps reprend donc son statut.

En ne remettant pas en cause l'idée que se fait la famille de la maladie et l'organisation des soins qu'elle a motivée, il se porte garant de la redondance des circuits interactionnels et donc de la fiabilité du système. Néanmoins, et simultanément il se montre curieux de l'histoire individuelle et familiale du patient permettant de réintroduire d'une part une temporalité (un passé, un présent, un avenir) et par là même le «bruit» (l'histoire récente par exemple) comme source possible d'information pour ce nouveau système.

Pour nous, l'indice de cette curiosité et donc de l'ouverture du système à la complexité, c'est que ce système n'est plus organisé autour de la seule finalité du contrôle des accès. Il acquiert un questionnement constant sur le pourquoi et le comment de ces rencontres. Proposer une thérapie de couple, prescrire des antidépresseurs, le «bruit» en quelque sorte, (ou les «erreurs» du thérapeute) deviendront des informations que le système utilisera pour s'organiser et non des artefacts que le thérapeute chercherait à tout prix à éliminer, à la recherche du contexte thérapeutique idéal.

Les membres du système évoluent ensemble à le recherche d'une finalisation. En témoignent les errances du thérapeute, signes de sa curiosité à la recherche d'une anticipation des phénomènes rendue possible de nouveau. Errances sur la question du cadre, du setting, de la place qu'il a à occuper dans le système.

Comme le dit Atlan: «Si le système nous apparaît comme plus complexe à cause des effets du bruit, c'est que nous l'observons à un niveau d'organisation plus général que celui des voies de communication perturbées par le bruit.» Le thérapeute parvient alors à un niveau où les enjeux de croissance, progression, anticipation du devenir du patient, peuvent trouver un espace où se poser.

Conclusion

Les informations non congruentes laissent le thérapeute perplexe quant au modèle préétabli qu'il peut avoir. Ce thérapeute est tenté de les corriger s'il les perçoit comme le signe d'une résistance, voire comme « une manipulation », et il reste fidèle à sa finalité première. C'est d'autant plus vrai dans la P.M.D. où une telle « manipulation » se situe au niveau du contrôle. Employer les termes de manipulation et de résistance est, en fait, déjà une projection révélatrice de la conception que le thérapeute peut se faire de sa tâche qui serait de contrôler les événements et les protagonistes.

La façon dont une famille peut se montrer résistante au changement représente autant d'informations pour le thérapeute sur le système thérapeutique et sur la façon dont celui-ci est bloqué. En effet, il nous parait impossible dans une perspective

phénomène P.M.D. comme organisateur des relations. modélisation du système formé par tous les protagonistes en interaction autour du rapeutique aboutissant à un partenariat triadique, le seul outil pertinent est la constructiviste de décrire une famille bloquée et rigide. En dehors d'un système thé-

pour s'auto-organiser. place, il puisse faire en sorte que le système ait le moyen d'utiliser l'information vaut pour le système, et le thérapeute doit se modéliser dans un système où, de sa peute ayant le savoir » et l'utilisant pour mieux contrôler la situation. L'information Pour cela, il faut accepter que l'information ne prenne pas sens pour le «théra-

telles situations, il lui faut envisager que puissent coexister des significations difféne sont pas une explication, mais permettront de maintenir la complexité. Dans de La démarche du thérapeute est de chercher et de proposer des significations qui

rentes, voire contradictoires.

patient, il atteint le niveau de «l'apprendre à apprendre ». Le thérapeute accueille l'information et, avec la famille autant qu'avec le

Marie-Françoise Poulain, Brigitte Waternaux Laurent Cabanel, Lysiane. Lamantowicz, 41, rue Saint-Denis F-92100 Boulogne UTF Boulogne 92

54, avenue de la République C.H. Paul-Guiraud F-94800 Villejuif

BIBLIOGRAPHIE

- Atlan H. (1979): Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant, Seuil, Paris
- Atlan H. (1994): A tort et à raison. Intercritique de la science et du mythe, Seuil, Points, Paris.
- Ausloos G. (1993): «Expressed Emotion, thérapie familiale comportementale et systémique Questions et réponses à l'article de Chambon et Marie-Cardine ». Thérapie Familiale, 14 (4) pp. 395-
- Benoît J.-C., Berta M. (1987): La Pénombre du double. L'anticipation par les images positives et néga-
- Benoît J.-C., Malarewicz J.-A. (1988): Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, ESF.
- Calle P. (1985): Familles et thérapeutes. Lecture systémique d'une intervention, ESF, Paris.
- Chambon O., Marie-Cardine M. (1993): «Emotionnalité, Exprimée Familiale et schizophrénie approche comportementale et interactions familiales». Thérapie Familiale, 14 (4) pp. 379-393.
- Foerster H. von (1988): «La construction d'une réalité», In L'invention de la réalité. Seuil, Paris
- of Affective Disorders, 21, pp. 15-18. Gent E.M. van, Zwart E.M. (1991): «Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients». Journal
- Goering P.N., Lancee W.J., Freeman S.J.J. (1992): « Marital Support and Recovery from Depression» British Journal of Psychiatry, 160, pp. 76-82.

- 11. Hardy-Bayle M.C. (1992): «Le Conjoint du Bipolnire: Les Risques d'une Alliance Thérapeutique» L'Encéphale, XVIII, pp. 703-705.
- Spurkland I. Vadvik I. H. (1989): "Rapid cycling depression in adolescence. A case treated with family therapy and carbamazepine ». Acta Psychiatrica Scandinavia, 80, pp. 60-63
- Sutter J. (1990): L'anticipation, P.U.F., Paris.
- 14. Sutter J., Berta M. (1991): L'anticipation et ses applications cliniques, P.U.F, Paris.

Aux Editions ERES,

avec la collaboration de

THERAPIE



La Collection

Familles, Institutions, Eco-systèmes

RELATIONS

dirigée par: Guy AUSLOOS, Jean-Claude BENOIT, Yves COLAS, Daniel MASSON et Maggy SIMÉON, présente

G. PRATA, M. VIGNATO, S. BULLRICH: Interventions systémiques dans les jeux famillaux. Cet enfant qui voyait le bateau s'éloigner. Prix: FS 54, 10 / FF 165.—+ port

Jan SCHOUTEN, Siegi HIRSCH, Han BLANKSTEIN: Garde ton masque. Prise en charge d'adolescents difficiles en structure d'hébergement.

Prix: FS 57.70 / FF 178.--+ port

Jay HALEY: Stratégies de la psychothérapie

Prix: FS 57.70 / FF 178.--+ port

Carole GAMMER et Marie-Christine CABIE: L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases.

Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jean-Claude BENOIT: Patients, familles et soignants. La recherche d'un système thérapeutique institutionnel en psychiatrie. Préface de Jacques-Antoine Malarewicz

Sous la direction de Donald A. BLOCH: *Techniques de base en thérapie familiale*. Sorte d'ABC des thérapies familiales, ce recueil nous conduit de l'entretien individuel jusqu'aux thérapies multifamiliales, de la crise familiale à la rencontre thérapeulique à domicile, de la sculpture aux techniques audio-visuelles, etc. Quatorze témoignages concrets retracent l'image du savoir-faire et celle du talent didactique de leurs auteurs.

Un prix de souscription sera réservé aux abonnés de THÉRAPIE FAMILIALE. Les commandes devront être adressées à l'éditeur de la revue:

Editions Médecine et Hygiène Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

Tél. (022) 346 93 55
Fax: (022) 347 56 10

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 99-118

LE PARTENARIAT EN TRIO

Notre «pierre de Rosette» pour décrypter les doubles liens psychotisants

Jean-Claude BENOIT*

«L'hypothèse du double lien – c'est-à-dire la description de la schizophrénie en tant qu'être mental | the mental description of schizophrenia | était en soi une contribution à l'épistémologie, et la jauger | evaluate it | était, si vous le voulez bien, un exercice en forme de méta-epistémologie. L'epistémologie elle-même est en train de devenir un sujet récursif, une étude récursive de la récursivité elle-même. Ainsi quiconque rencontre l'hypothèse du double lien rencontre ce problème que l'épistémologie était déjà modifiée par l'hypothèse du double lien, et que cette hypothèse elle-même devait ainsi être approchée avec le mode de pensée nouveau que cette hypothèse avait proposé.

[...] De temps en temps, on se plaint à moi de la densité de mes écrits et de la difficulté à les comprendre. Si cela peut mettre à l'aise ceux qui trouvent la matière difficile à comprendre, je leur dirai que je me suis moi-même conduit, au fil des ans, en un «lieu» où les affirmations dualistes conventionnelles sur les relations corps-esprit – les dualismes conventionnels du darwinisme, de la psychanalyse, et de la théologie – sont absolument inintelligibles pour moi.»

G. Bateson – Afterword, in Brockman J., Ed.: About Bateson. Dutton, New York, 1977, pp. 235-236.

Résumé: Le partenariat en trio. Notre « pierre de Rosette » pour décrypter les doubles liens psychotisants. —
La description de la théorie du double lien, à l'hôpital psychiatrique de Palo Alto par Bateson et son équipe, constitue une base essentielle dans la réflexion sur les interactions familiales et institutionnelles dans les psychoses, en particulier de type schizophrénique. La difficulté des soins chez de tels patients tient à la transmission permanente des doubles liens familiaux, fusionnels et conflictuels, dans les univers soignants. Suivant l'exemple des entretiens conjoints («conjoint family interviews») utilisés d'emblée par ces chercheurs, l'auteur suggère que le but à atteindre est un partenariat en trio entre patients, familles et soignants et il décrit, à ce propos, la création d'un système thérapeutique institutionnel individualisé.

Summary: Three-party partnership. Our « Rosette's stone » in decoding the psychotogenic double binds. — The double bind theory has been initiate by Bateson and his co-workers in the Palo Alto Veteran Mental Hospital and it gives the crucial basis for family and institutional care of schizophrenic and psychotic patients. Psychotherapeutic attemps face the interactional reality of those double binds, brought anytime by the families in the work of staff, with conflicts and fusion. The method of «conjoint family interviews», which was the first way, may be easely used for trying to get a three-party partnership, that remains patient centered.

Mots-clés: Double lien - Institution - Partenariat en trio - Psychose - Système thérapeutique.

Key-words: Double Bind - Institution - Three-party partnership - Psychosis - Therapeutic system.

C.H. Paul Guiraud, 54, avenue de la République, F-94806 Villejuif-Cedex.

Notre difficulté à comprendre Bateson équivaut à notre difficulté à concevoir que notre perception du monde doit abandonner l'image naïve d'un dialogue possible entre d'une part l'homme expliquant le monde et d'autre part ce monde luimême. Bateson nous dit que cette dichotomie est impossible ou pathogène, inhumaine. Ma conception du monde est saisie dans la suprématie totale du monde sur moi, homme qui est soumis à l'évolution du monde, et qui sait ceci: «je suis jeté dans le monde».

Ici, le terme «monde» équivaut à l'ensemble des faits biologiques («la vie») et des faits culturels («la civilisation», ou société actuelle) irrémédiablement intriqués dans une évolution. Chacun de nous n'est qu'un être humain perdu dans l'être humanité, un mental («a mind»), un humani perdu dans le mental monde.

La philosophie existentielle dit que l'être humain doit tenter malgré tout de poser son faible regard à la fois sur lui-même en tant qu'être et sur ce monde où sa «déréliction» le jette. Gaston Bachelard, Maurice Merleau-Ponty, ou encore Edgar Morin... choisis presque au hasard parmi tant d'autres... ont travaillé à traduire cette complexité logique d'une pensée qui valorise l'émotion et le drame humains, malgré le choc rationaliste écrasant des sciences exactes qui triomphent depuis deux siècles.

Bateson permet au clinicien de tirer un parti maximum de «la position basse». Ce savant pluridisciplinaire a fondé la théorie éco-systémique des communications concrètes, vivantes, quotidiennes. Ceci doit nous suffire, après tout, pour notre travall soignant. Les dix années passées avec son équipe de recherche au contact direct de la psychiatrie institutionnelle à l'hôpital de Palo Alto, auprès de nombreux sujets schizophrènes, lui ont fait découvrir l'hypothèse du double lien. Il est d'un intérêt exceptionnel pour nous que, plongé dans ce contexte que nous connaissons aussi, il ait ouvert là une voie aux thérapies de l'environnement, cette forme de psychothérapie éthologique (8). Nous acceptons sa leçon basale: à partir de la situation existentielle critique du double lien partent en divergeant les deux voies de l'évolution, soit la voie vers le blocage évolutif ou la pathologie, soit la voie de la créativité et vers la croissance (4, II, pp. 47-49). Le double lien devient ainsi notre modèle fondamental d'une théorie générale de la croissance existentielle.

Au centre de ce grand livre «Steps to an ecology of mind», le clinicien peut consulter la troisième partie, «Form and pathology in relationship», véritable livre dans le livre, d'une inépuisable richesse pour nous, avec ces chapitres, parmi bien d'autres textes consacrés à son expérience psychiatrique:

- The epidemiology of schizophrenia (1955).
- Toward a theory of schizophrenia (texte princeps sur le double lien double bind rédigé avec Don Jackson, Haley et Weakland, 1956).
- The groupe dynamics of schizophrenia (1960).
- Minimal requirements for a theory of schizophrenia (1960).
- Double bind 1969.

Retenons pour l'instant ces dernières phrases du troisième texte: «Je pense que voilà l'essence de ces faits: la famille du schizophrène est une organisation d'une

extrême stabilité permanente, dont la dynamique et les manœuvres internes sont telles que chaque membre est continuellement en train de vivre l'expérience de la négation de soi.»

Au passage, précisons que bien des cliniciens préférent aujourd'hui employer le terme psychose pour ce que d'autres nomment schizophrénie, le bon sens choisissant en effet un terme moins lourdement définitif. Comme le disait Haley: il vous sera difficile d'être le thérapeute d'une maladie que vous étiquetez a priori comme incurable...

Deuxième remarque: le choix par les traducteurs français de «contrainte» pour bind brouille les cartes. Il nous maintient dans la première cybernétique. Le mot lien, concret et affectif comme bind, nous ouvre la porte vers l'émotionnel, la souffrance et la création. L'ambiguïté humaine, seconde cybernétique si vous préférez, nous impose de choisir double lien.

C. Sluzki et D. Ransom ont présenté avec beaucoup de pertinence l'ensemble 1 thème (19).

L'article de Weakland, dont la traduction figure dans ce même fascicule de Thérapie Familiale, reprend la description du double lien et décrit particulièrement les situations institutionnelles concernées (20). Il est naturel de renvoyer à ce texte. Parfaitement clair quant aux interactions en trio, il décrit bien le contexte quotidien de nos actions les plus difficiles, au sein même de l'institution, de l'hôpital ou du service de psychiatrie, et aussi sur le terrain confus des soins ambulatoires prolongés. Il définit bien l'effort de Bateson par rapport aux travaux de Bowen, de Lidz et Fleck, ou de Wynne, à cette date de 1960 où s'ébauchait la clinique familio-systémique des psychoses.

Rappelons encore l'apparition des médicaments psychotropes en 1952, changement radical dans la thérapeutique de tous ces malades graves ou gravissimes et le développement rapide des sociothérapies, fut-ce dans la conceptualisation floue de la «thérapie institutionnelle», élargissant rapidement l'impact de ces médicaments dans l'environnement soignant.

En 1995, le «triomphe chimiothérapique» semble développer, sans limites l'hubris pharmaco-biologique. Mais il nous fait buter sur les frontières étriquées de son modèle médical, lequel lamine les tentatives d'approche psychologique individualisées. Vaguement compensée par le cognitivisme et ses essais pédagogiques, cette insuffisance du modèle neuro-psychiatrique devient criante dans les efforts désordonnés de la «désinstitutionnalisation» actuelle. Pour sa part, l'apport des thérapies familiales proprement dites – à savoir contractuelles – paraît malheureusement lui-même ambigu, à propos de nos contextes où les soins sont, qu'on le veuille ou non, imposés. Nos recherches doivent atteindre une spécificité technique plus congruente avec une approche familiale et institutionnelle simultanée, caractéristique des contextes où nous rencontrons les sujets psychotiques et leurs proches.

L'œuvre de Jay Haley, dans ce domaine, mérite déjà depuis longtemps un hommage tout particulier (13, 14, 15).

Egalement très attentifs aux apports de Mara Selvini et de Giuliana Prata, dans leurs travaux fondamentaux sur ces malades gravement atteints et leurs familles, nous ne pouvons qu'admirer et étudier leurs écrits nombreux et convaincants, en particulier sur le thème des jeux psychotisants (18, 17).

chercheurs. Ils ouvrent des portes longtemps interdites, mais leur travail clinique exige tout d'abord la coopération de l'ensemble familial concerné. Ainsi, l'utilisation de leur méthodologie est-elle réservée à des centres spécialisés, qui obtiennent un contrat initial avec la famille.

ce partenariat en trio, patient-famille-soignants, est une structure relationnelle d'une direct, sans doute plus complexe encore que la situation hospitalière. Dans la cité chotique devient possible, une phase nouvelle s'ouvre, dans le contact ambulatoire conjoint» centré sur le devenir du/de la patient/e, ou disons: «entretien collecti et des familles, mais des équipes elles aussi (9). Nos actions se fondent au mieux, me niques facilitent nos efforts de désaliénation systémique, non seulement des patients du/de la patient/e. très grande complexité, du fait de l'élargissement des capacités autonomisantes de cures ambulatoires. En effet, quand la prévention de l'hospitalisme du/de la psytuelles de ce type de soins selon qu'il est appliqué en cours d'hospitalisation ou lors de l'institution psychiatrique. Il faut également distinguer les différences contexrègles de base, nécessaires à l'organisation et à l'efficacité de ces échanges au sein familio-systémique». J'ai souligné les exigences foncières, voire rigides, de quelques semble-t-il, sur l'emploi de la technique utilisée à Palo Alto, celle de l'«entretien collectifs que nous conduisons nos psychothérapies. Certaines procédures techmandatés par le médico-social. C'est à partir de notre inclusion dans ces contextes dans des lieux soins imposés d'une façon ou d'une autre, nous avons accepté d'être Pour notre part et, comme la plupart des intervenants institutionnels, situés

La démarche clinique vers un partenariat en trio

La pratique assidue des entretiens collectifs familio-systémiques reste le modèle de travail clinique qui, depuis bientôt vingt ans, s'est précisé pour moi. A la règle de loyauté vis-à-vis du patient sur laquelle j'ai beaucoup insisté – recevoir uniquement en sa présence tout membre ou toute communication de la famille – il faut ajouter celles-ci: 1) laisser gérer par le/la patient/e ces rencontres avec les siens et 2) faire participer à celles-ci les soignants les plus concernés par son évolution affective. Par sa simplicité, ce modèle s'adapte souplement à l'infinie diversité des situations et par exemple aux interventions parallèles, institutionnelles ou issues du monde social (7).

J'ai conscience de ma dette constante vis-à-vis des patient(e)s qui ont réagi positivement à cette démarche globale, éco-systémique, lentement affinée grâce à leurs réponses positives – et grâce à certaines réponses négatives de l'environnement, aussi! Depuis le vécu initial dramatique, ces réponses nous ont conduits souvent, en groupes de soignants, vers le sourire dans des visages jusque-là fermés par l'angoisse psychotique, partagée par une famille et par nous.

Dans de telles situations collectives nous incluant, la sémiologie de la psychose est originale, car elle se rapproche d'attitudes névrotiques. Souvent évolutive et toujours plus abordable, cette clinique va s'élaborer dans un travail de réflexion à propos de certains cas, tel celui qui suit, ou tels autres présents dans ce fascicule de

Thérapie Familiale. Elle devient tout naturellement une recherche en pathologie mentale, ayant pour but, ou ambition, une réflexion sur la désaliénation. Celle-ci s'obtient par compréhension, aux multiples sens de ce mot: prendre avec, empathie, conceptualisation. Pour sa part, l'empathie systémique a récemment été décrite (21). Le «prendre avec» va ici de soi, dans ces situations d'emblée collectives. La tâche psychothérapique consiste à percevoir les valeurs et les contre-valeurs des individus et des groupes rencontrés dans leur crise, considérant celles-ci comme des codes de communication auxquels il nous faut nous adapter de façon appropriée (2). L'aspect familial conflictuel de ces codes nous est apporté par cette nouvelle vision, éco-systémique, des situations psychotisantes (5). Ces interventions nécessitent l'emploi du modèle du double lien batésonnien. L'observation de Jeanine H., cidessous, peut illustrer comment progresser dans cette recherche psychothérapique.

Une hospitalisation en province

Un collègue d'une ville du Nord m'appelle pour me signaler la présence dans son service d'une malade de notre secteur. Agée de 56 ans, Jeanine H. présente un accès délirant et a été placée en hospitalisation sous contrainte par un membre de sa famille locale auprès de qui elle résidait depuis quelques semaines. Elle vit habituellement dans la région parisienne, seule avec son fils qu'elle a élevé. Il a 21 ans aujourd'hui, en deuxième année d'études supérieures.

Jeanine H. présente une psychose chronique, depuis l'âge de trente ans environ. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises à Paris pour des épisodes aigus, et elle a suivi par périodes un traitement neuroleptique retard, tout en continuant à travailler régulièrement comme secrétaire trilingue dans une grande entreprise, assurant ainsi la vie de ce duo familial.

Une mise en invalidité avait été décidée, organisée par l'assistante sociale de l'entreprise qui semble avoir joué un rôle essentiel d'accompagnement de la situation.

Jeanine H. a été mariée, puis a divorcé. Elle délire actuellement sur le thème d'une vengeance en cours de son ex-mari et sur le préjudice que lui cause son employeur en la mettant en retraite anticipée. Le fils a été conçu avec un autre malade pendant un séjour de la patiente en hôpital psychiatrique, ce qui a déterminé à l'époque la demande de divorce du mari.

Le collègue demande le transfert dans le service, ce que nous préparons avec lui.

2. Entretien avec Tanguy H., le fils de Jeanine H.

Dans l'attente de cette arrivée dans le service, je convoque et reçois le fils de Jeanine H., Tanguy H., au Centre médico-psychologique (C.M.P.) du secteur, avec Nicole Miot, assistante sociale, ayant une formation familio-systémique. Jeune homme en bonne condition physique et tout à fait concerné par la situation, il paraît soulagé de nous rencontrer. Son teint est métissé. Il dit que sa mère présente « un comportement fugueur depuis deux ans ». Cela fait cinq ou six fois qu'elle part impulsivement dans le Nord, chez sa propre mère: « Sa mère (de la malade) ne veut

pas comprendre que ma mère est folle». Pour Tanguy H., sa grand-mère est «irresponsable», protégeant de façon abusive Jeanine H. Là-bas vivent également
d'autres proches, mais «qui se désintéressent de la situation». Sa mère part là-bas
sans le prévenir et ils ne le lui font même pas savoir. Il doit garder pour lui son
inquiétude. Depuis plus d'un an, cela l'angoisse et l'irrite. Le souci de cette situation lui a fait rater sa deuxième année d'études supérieures et il se demande s'il
réussira cette année ses examens.

Sa mère fait des dettes. A la maison «elle parle tout le temps aux murs», parfois «elle boit beaucoup», ou «fume trop».

Quant à lui, une partie de son enfance s'est passée en placements. Puis il a vécu régulièrement avec elle. Elle était mariée à un ingénieur, qui avait une situation aisée. Mais au cours d'un séjour à l'hôpital psychiatrique, elle a donc rencontré le futur père de Tanguy, qui «feignait la folie». Lorsque Tanguy est né, le mari a divorcé. Le futur père de Tanguy «était un noir, non accepté par la société ». A partir de 15 ans, Tanguy a cherché ce père. Il l'a retrouvé l'an dernier et le voit une fois par semaine: «Lui, cela lui fait quelque chose, mais pas à moi. Ma mère m'avait fait croire qu'il était mort.»

Le médecin du service de psychiatrie dans le Nord, où elle est actuellement internée, a demandé une tutelle pour sa mère, en accord avec l'assistante sociale de son entreprise parisienne. Tanguy a pu obtenir une photocopie du certificat médical, mais « on ne le tient pas assez au courant ».

Finalement, il exprime le souhait de visiter notre service, où sa mère doit être transférée dans quelques jours. Malgré notre accord, il ne viendra pas.

Durant cette rencontre, nous faisons avec lui le génogramme. Sa grand-mère a 83 ans. Le grand-père est décédé il y a deux ans. Jeanine H. est la benjamine d'une fratrie de cinq, génération déjà âgée avec laquelle Tanguy s'entend mal, malgré une tentative de rapprochement avec une tante, la seule qui habite la région parisienne. Il va demain dans le Nord assister à un conseil de famille qui décidera la mise sous tutelle des biens de sa mère, et en particulier du capital et de la pension d'invalidité que l'entreprise a décidé de donner à sa mère comme fonds de retraite anticipée.

3. Jeanine H. est transférée dans le service

Après quelques retards administratifs, Jeanine H. arrive, en hospitalisation libre.

Un traitement neuroleptique retard a été mis en route par notre collègue et nous le poursuivons. Femme triste, le visage assez bouffi, repliée et peu loquace, l'aspect figé mais extrêmement attentive, Jeanine H. évoque, dans son style bizarre, des faits récents: elle a été hospitalisée là-bas à la suite de « discussions graves avec sa mère », « le jeune homme est difficile et violent », « la piqure à retardement toutes les trois semaines doit lui permettre de retrouver son logement ». Elle paraît mal accepter l'hospitalisation, sans la contester vraiment. Elle évoque des difficultés financières et dit devoir absolument trouver un nouveau travail, « parce que le jeune homme doit faire des études ». La visite du fils est prévue pour le lendemain, avec un entretien collectif.

4. Une rapide décision de sortie

L'entretien collectif (la malade, son fils, le psychiatre, une infirmière) apporte peu d'éléments informatifs nouveaux. Il est question de la sœur parisienne avec qui la patiente et son fils s'entendent assez bien. Des histoires antérieures apparaissent. Il semble y avoir eu conflit. Jeanine H. dit: « Mon père tenait à ce qu'on soit très attaché à mon beau-frère et ma sœur de Paris.» Nous n'apprenons rien sur la relation actuelle entre mère et fils. Les tensions qui ont été évoquées séparément des deux côtés sont traitées comme de petits problèmes.

A la demande de Jeanine H., une date de sortie est fixée pour la semaine suvante, avec un rendez-vous au C.M.P. dix jours plus tard, où sera poursuivi le traitement neuroleptique retard. Manœuvre classique, le fils essaie de rester après la fin de l'entretien collectif pour donner un avis séparé. Nous le lui refusons et il part contrarié.

5. Les services sociaux

Nicole Miot, au C.M.P., obtient de sa collègue de l'entreprise des informations concernant la situation matérielle de Jeanine H., qui va donc toucher un capital et une pension confortable et définitive. Cette collègue, qui semble suivre depuis long-temps cette situation, a déclenché cette procédure de tutelle, de type «gestion du quotidien» (paiement du loyer et des charges, retraits du chéquier, versements mensuels de fonds). Elle avait fait initialement le projet de rapprocher Jeanine H. de sa mère, avec l'achat d'un appartement dans le Nord. Elle émet des doutes quant à l'honnêteté du fils, qu'elle considère « comme dépensier et qui pourtant bénéficiait d'une protection non négligeable de sa part depuis des années ». Une rencontre est organisée entre les deux assistantes sociales et le fils. Là, le fils se plaint que sa mère est mal soignée, «elle n'est pas guérie et ne doit pas sortir de l'hôpital, elle doit être prise en charge en permanence par la psychiatrie ».

Le dossier de tutelle va être transféré du Nord sur notre secteur.

Sortie contre avis familial»

Le matin de sa sortie, Jeanine H. se montre claire dans son but: revenir chez elle dès que possible. Elle a une présentation soignée et a mis un pull assez chic. Le fils n'est pas là à l'heure prévue. Elle demande un taxi et quitte l'hôpital, avec un rendez-vous au C.M.P., à l'occasion duquel sera faite l'injection mensuelle du neuroleptique retard. Le fils apparaît avec sa tante parisienne en début d'après-midi. Ils avaient prévenu, disent-ils, un membre du personnel de l'heure à laquelle ils viendraient chercher la patiente. Ils s'insurgent contre son départ. Ils font le siège de l'administration jusqu'à 17 heures et sont reçus par un directeur-adjoint à qui ils manifestent leur mécontentement. Ils lui demandent d'intervenir contre la sortie de la patiente. L'administratif leur dit de déposer leur réclamation par écrit et qu'il la transmettra au médecin.

7. Premier rendez-vous manque

La patiente ne se présente pas au rendez-vous prévu au C.M.P. Pas de contact, pas d'injection retard. Après plusieurs tentatives au téléphone sans résultat, la secrétaire envoie une convocation fixant un nouveau rendez-vous, quatre jours plus tard.

8. Réponse positive

La patiente vient à ce deuxième rendez-vous, apportant les médicaments prescrits pour l'injection. Elle est reçue au C.M.P. avec Marie-Thérèse Legret, infirmière chaleureuse et expérimentée qui va dorénavant faire l'injection mensuelle, s'intégrant à notre petite équipe, avec Nicole Miot. Jeanine H. paraît moins inhibée. Sa tenue vestimentaire est convenable. Elle accepte le dialogue. Son premier propos: «Je voudrais passer quelques temps chez ma mère pour me reposer.» Puis: «Je suis préoccupée par l'enfant. Mon divorce fait châtier l'un par l'autre.» Ce type de phrases allusives semble toujours avoir une signification précise dans le contexte. La malade évoque sa vie quotidienne, et ses difficultés relationnelles avec son fils, qui est «rudoyant»... Elle exprime son intention d'aller passer deux semaines chez sa mère, dans le Nord. Deux rendez-vous ultérieurs sont fixés. Si son fils veut l'accompagner au C.M.P., il sera le bienvenu. Il est prévu que ce message lui sera aussi donné par la secrétaire du C.M.P. au cas où il téléphone.

Les trois mois suivants

La patiente est reçue par les mêmes soignants à un rythme mensuel. Ponctuelle, elle accepte la chimiothérapie. Nos échanges s'améliorent peu à peu. Ils portent souvent sur le thème de l'argent. La tutelle se met lentement en place. Jeanine H. nous aide par sa patience, en exprimant peu à peu plus précisément ses besoins, et corrigeant nos erreurs de décodage.

Un refus indirect de la situation de contrôle de ses biens semble s'exprimer dans non idea discordante de chercher du travail, ou dans la contestation de sa pension qui atteint en realité un salaire de cadre moyen. Ceci est proche de ses thèmes déliranta infunux de préjudice financier. Elle exprime des préoccupations plus précises qui nous font mieux entrer dans son univers. Ses visites à sa mère se ritualisent, quanze jours par mois: « A 83 ans, elle dirige tout, elle est très jeune de caractère.» Les propos concernant le fils conservent leur accent psychotique, thème sensible: « S'il travaille, j'arrête l'aide au jeune garçon. C'est pas une exclusion du jeune homme, mais il n'y a pas que l'argent sur la terre. Il mange beaucoup.» Elle ne peut pas parler facilement de lui, « Il pourrait lui en faire le reproche». La relation semble cependant meilleure: « Je suis malade; donc il se domine. Ce serait le rôle de ma famille de l'aider. Mais ma sœur de Paris n'est pas une famille (ceci évoque peut-être le projet antérieur fait par l'assistante sociale de l'entreprise de séparer la mère et le fils). Elle peut faire beaucoup pour lui, l'aider à faire son curriculum vitae (ambivalence

ou autre projet de Jeanine H.?). Il continue son chemin comme ça.» Nous lui proposons encore de demander à son fils de venir avec elle au prochain entretien.

10. Au bout des six premiers mois

Tanguy H. n'est pas venu, et nous n'avons donc eu aucun contact avec lui depuis notre rencontre à l'hôpital. Nous sommes à la fin de l'été. Jeanine H. continue à accepter sa chimiothérapie, contact mensuel au C.M.P. avec Marie-Thérèse Legret. Elle semble un peu triste. Elle a passé deux semaines chez sa mère, selon un rythme mensuel qu'elle tend maintenant à espacer. Son frère, le tuteur peut-être, est venu la voir. Nous ne lui avons pas demandé de précisions, craignant qu'elle réagisse en le refermant face à toute intrusion directe. Tanguy H. a réussi ses examens. Leur relation reste tendue: « Il lui demande constamment des comptes, dit-elle, il ne veut pas parler d'emploi et elle sent des scènes possibles où il sera méchant.» Habillée de noir et interrogée sur ce point, elle répond: « Cela se fait beaucoup.» Notre hypoposition de son carnet de chèques actuellement entre les mains du tuteur. Une nouvelle phase s'ouvre, notre projet est de l'aider à retrouver plus de liberté intra-familiale, par une négociation tant avec le tuteur qu'avec son fils.

Un mois plus tard, un dialogue plus positif s'installe sur le thème de son autonomisation financière. Les deux assistantes sociales se sont accordées pour que nous demandions une limitation de la tutelle au seul capital versé par l'entreprise, laissant à la patiente la libre disposition de son chéquier et des revenus du capital. Jeanine H. demande que le tuteur continuer à régler son loyer, ses factures E.D.F. et téléphone, et les impôts. Elle semble ainsi reconnaître ses limites. La lettre en ce sens pour le juge est dictée devant elle. Sa relation avec Tanguy H. paraît se simplifier. Dans son propos, il reste «l'enfant», «le jeune homme». Elle s'occupe matériellement de lui, propos, il reste «l'enfant», «le jeune homme». Elle s'occupe matériellement de lui,

Ainsi, tous les triangles sont au repos et la patiente accepte l'injection et l'entretien mensuel. Notre partenariat en trio semble seulement implicite et pourtant réel, avec le fils, la famille élargie, le service social. Nous nous attendons encore à quelqu'autre dégel.

La présentation de cette observation a tenté de transmettre le caractère analogique prévalent des échanges, très limités sur le plan verbal et pourtant riches en informations contextuelles. Notre projet de rencontre triadique s'organise lentement, comme si la base très consolidée de la relation prioritaire avec Jeanine H. était indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio était indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio etait indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio etait indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio etait indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio etait indispensable à la venue matérielle et assouplie des messages clairs communications avec Jeanine H. est compensée par l'intensité signifiante de ses messages métaphoriques et paraverbaux: «La particularité du schizophrène n'est pas qu'il emploie des métaphores non signalées pas qu'il emploie des métaphores, mais qu'il emploie des métaphores non signalées comme telles / unlabeled metaphors /.» (6, II, p. 13.) Si nous acceptons l'absence – psychotique – d'une métacommunication congruente, nous ne trouvons là nul

elément pathologique ou délirant, mais des informations sur des thèmes essentiels pour l'autonomisation de la patiente: relation avec le fils et avec la famille élargie, avec son entreprise, liberté financière. Nos gestes s'intègrent, en fait, dans un plus vaste contexte, concernant implicitement tous les participants autrefois et récemment impliqués dans la crise de Jeanine H. Dans cette nouvelle réalité, celle-ci ne retourne plus impulsivement dans le Nord, notre collègue n'en entend plus parler, l'entreprise tolère notre nouveau projet, Tanguy H. se fait discret, etc.

Les messages verbaux de la patiente, malgré leur bizarrerie «classiquement» schizophrénique, peuvent être décodés et utilisés dans un dialogue avec elle, progressivement enrichi. Il en va de même pour les signes comportementaux et aussi bien vestimentaires, chez cette femme si figée. Il s'agit de gestes réalisés ou d'objets présents devant nous. Le décodage correct de leurs allusion éco-systémiques est validé immédiatement par la patiente, qui poursuit alors des échanges plus clairs. A mes yeux, cela n'est pas sans rapport avec la reformulation efficace propre à la relation d'aide de Carl Rogers et à son processus de clarification des sentiments latents.

Du décodage des triades jusqu'au décryptage des doubles liens

L'étude détaillée de telles situations s'impose comme recherche sur la démarche familio-systémique dans les psychoses. Elle doit respecter la complexité confusionnante, que compromet l'habituelle volonté de simplification médico-technique. Notre étude s'appuie sur la place donnée au thème triadique, dévoilant la part prise pur les trois instances concernées, familles et environnements sociaux, patients et soignants. Comme l'ont dit précisément Haley ou Bateson, une lutte à mort pour le pouvoir et pour une tentative de reconfirmation de soi s'organise de façon figée sur le territoire de chaque situation psychotique. Ce caractère dramatique de la psychose crée toujours un pessimisme a priori des intervenants. Répétons, avec Haley: "Comment savoir guérir une maladie qui serait dite, d'emblée, incurable?"

L'expérience éco-systémique apporte la compréhension des manipulations réciproques, en nos lieux soignants où *l'on ne peut pas ne pas manipuler*. Elle peut
transformer le drame en un problème de décodage relationnel qui diminue la
confusion des intervenants et des patients et de leur environnement. Nous voyons
même apparaître une note d'humour, ou au moins de tolérance réciproque. Son
propre sentiment de confusion devient pour l'intervenant *l'indice précieux* de son
autre dans un système de doubles liens.

utiliset ces intuitions latentes ou ces évaluations si justes surgies au cours de ces rencontres, et verifiées en commun, qui tracent le « portrait » de tel ou tel participant. Simultanement, ils accroissent leur connaissance contextuelle du patient. Levant la cécité angoissée de l'intervenant, cette participation-observation, explicitée en equipe, incite d'une part à la patience et à la prudence. De plus, elle diffuse alentour vers une compréhension élargie à plusieurs. Celle-ci à son tour évite ou atténue les pseudo-consensus, quasi-constants dans nos systèmes soignants. Pour que ce décryptage des doubles liens deviennent une sorte de deuxième nature chez l'intervenant, il lui faut donc apprendre à accueillir et à décoder sa confusion. Ce qu'après

Bateson, je pourrais dire: apprendre à apprendre les syndromes transcontextuels (4, II, pp. 47-49).

La perception des triades: un décodage rapide et abrégé

Les cliniciens de l'approche éco- et familio-systémique constatent l'importance des relations triangulaires dans les dysfonctionnements familiaux et institutionnels. Cette reconnaissance de la triade fait partie des premières leçons que donnent les formateurs, et font de même nos patients et leurs familles. Enfin c'est ce que nous apprennent nos coéquipiers institutionnels! L'incertitude provocatrice des relations triangulaires a trouvé sa modélisation assez aisément, dans l'ouvrage de Théodore Caplow, tout à fait utilisable pour nous, en institution (12, 10).

On doit à Murray Bowen les recherches les plus approfondies sur ce thème (11). Son article paru récemment dans cette revue comporte une richesse d'observation et des précisions auxquelles chacun de nous consacrera un moment d'attention, «émotionnelle», selon le terme préféré de Bowen (1). Dès qu'un système familial approche d'une crise, ou plus encore lorsqu'il plonge en celle-ci, des triangles de communication s'exacerbent et se rigidifient. S'étendant rapidement au-delà de la cellule familiale, ils recrutent des outsiders, tiers disponibles, le conjoint, l'enfant, le grand-parent, le généraliste, le psychothérapeute ou le psychiatre, ou enfin l'institution «spécialisée». Les disqualifications et les boucs-émissaires se succèdent. Lors de la crise psychotique, Jeanine H. va participer intensément à de tels triangles avec sa famille élargie (mère, puis frère), l'assistante sociale de son entreprise, des psychiatres et leurs institutions, le juge des tutelles, etc., sans oublier les liens que ces participants créent avec son fils. Le déterminisme de chacun de ces alourdissements du système est multiple et indécidable, de même que les conséquences ultérieures.

Jan Haley a décrit les triangles pervers, comportant des alliances transgénérationnelles illégitimes qui disqualifient les hiérarchies naturelles (13). Salvador Minuchin a montré des triades rigides qui figent l'évolution du groupe familial (16).

Bowen voit dans le conflit conjugal un des problèmes essentiels de bien des dysfonctionnements familiaux. Ceci est mieux perçu encore quand le duo conjugo-parental fusionné s'exprime caricaturalement, dans nos rencontres avec le psychotique et les siens. Bien des auteurs l'ont noté: d'une même voix et apparemment d'un même cœur, ceci se dit dans les formules: «on», «nous», «ton père (ta mère) et moi pensons que », etc. Ce duo est en fait la proie d'une très forte tension interne, lien fusionnel-conflictuel entre les conjoints-parents, qui existe dès que la pathologie de l'enfant est marquée. Ceci fut dit «pseudo-mutualité» par L.C. Wynne (10). On peut imaginer que lorsque le duo fondateur est brisé (divorce, etc.), le parent isolé recrute à l'extérieur un partenaire avec qui fusionner, plus ou moins conflictuellement.

Les modèles ci-après schématisent certaines étapes marquant l'aggravation d'une triangulation. Ils dessinent de façon quelque peu caricaturale ce qui a été dit plus haut, mais les modèles ne sont que des modèles, des aides figuratives utiles à notre travail mental lors de la plongée dans les séances, ou même dans la vie institutionnelle quotidienne.

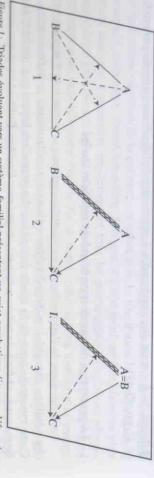


Figure 1: Triades évoluant vers un système familial présentant un sujet psychotique (images déformées dans le but d'indiquer « une vision du dessus »).

1. Modèle schématique d'un état relationnel normal

La prégnance des relations triadiques dans un système familial sain tient à cette caractéristique: chucun des participants a des informations claires sur la relation entre les deux autres. Dans un cas idéal et artificiel, les relations sont sereines et fiables. On sait que tout changement «émotionnel», selon Bowen, apporté par exemple par une étape normale du cycle de vie, va induire des mises au point plus ou moins brièvement difficiles, des alliances nouvelles. Ces triades sont variées et variables, souples et utiles grâce à la clarté de l'information réciproque.

2. Modèle schématique de la crise conjugo-parentale

L'évolution d'un duo conjugo-parental vers une forte tension peut conduire à un risque de rupture. Classiquement, celui-ci est compensé par le recrutement d'un enfant. Voilà qui apporte un apaisement dans le duo, mais crée aussi la manipulation émotionnelle de l'enfant par chacun des parents. Si cette solution est utilisée au-delà du bénéfice de celui-ci, cette évolution l'entraîne classiquement vers la position de patient designé, avec le recrutement éventuel d'un autre tiers à l'intérieur ou a l'exterieur de la famille. Ceci met en repos apparent le conflit conjugal mais correspond à une fusion conflictuelle chronique chez les parents, sur laquelle l'attention de famille avec une acuité permanente. Le conflit parental sera souvent dénié au anche tors d'une evolution psychotique éventuelle.

3. Modèle schematique de la crise psychotique

ment à l'entrée du patient, lorsque s'accroît l'intensité de ses symptômes. L'institution est alors induite à reproduire les comportements pathogènes des parents, par exemple: un mélange ambigu d'hyper-amour et d'hyper-autorité, à tonalité fortement anxieuse l'un ou l'autre. Le patient est le témoin des discordances – ici encore à base de fusion et de conflit – qui s'établissent au niveau de la relation entre l'institution

et sa famille, et que tous cherchent à lui cacher. Le cercle vicieux des doubles liens se crée alors automatiquement dans l'institution. De plus, on peut penser qu'il existe une règle relationnelle selon laquelle à chaque sommet d'un triangle tend à figurer un seul individu, au moins selon les moments, les lieux ou les réalités. On connaît par exemple le fait de la délégation à l'un des membres de la famille de la relation à l'institution qui, de son côté, paraît souvent faire de même. Ceci constitue un des obstacles à l'évolution vers le partenariat en trio. Le délégué n'a aucun pouvoir de décision, car il cache d'autres partenaires. Ceci est à la base de nombreux pseudoconsensus et de faux projets qui échouent à répétition.

mais rejeté comme étranger aux valeurs du groupe. Et entre Jeanine H., si passive ment émouvoir, en ce cas. L'assistante sociale de l'entreprise se laisse recruter pour tante, parisienne, pour se plaindre au directeur de l'hôpital - qui se laisse difficiletrique. Lorsque je mets fin à l'hospitalisation de sa mère, Tanguy H. va recruter sa complémentaires dans la famille élargie ou l'environnement social ou psychiamême tend à créer avec sa mère... Dès que la tension monte entre eux deux, ce duo retrouvé son père, ceci accroît simplement le duo fusionnel-conflictuel que luioù le parent est le malade, et où le rôle adulte semble joué par l'adolescent, avec montrent une dépendance entre elles qui est loin d'être claire. De telles ambiguïtés en apparence, et sa propre mère, si dynamique à 83 ans, les fugues de la première tème: Tanguy H. est accepté par la famille élargie comme compagnon de sa mère. témique... La conflictualité fusionnelle existe en d'autres points de ce grand sysritables à trianguler, si ce n'est un praticien avide de faire triompher sa mission syspart, dans son isolement psychotique, Jeanine H. trouve difficilement des âmes chaun projet dirigé contre l'«autoritarisme» de Tanguy H. ou sa «cupidité». Pour sa induisent facilement des triades dysfonctionnelles. parentification lors des symptômes maternels. Et même lorsque Tanguy H. a familial nucléaire stimule émotionnellement alentour et recrute des personnages Le cas de Jeanine H. illustre la difficulté particulière de ce couple mère-fils, isolé

Dans les tentatives de décodage rapide, nécessaires au clinicien plongé dans la séance collective, j'utilise des cartes institutionnelles, projetant sur un plan vu du dessus les relations entre les participants et leurs partenaires familiaux et soignants, et centrées sur les relations présentes du (de la) patient(e). Très couramment, je retrouve – en le cherchant! – ce double lien «fusionnel conflictuel conjugo-parental» qui s'est introduit à l'intérieur de l'institution (7). Parfois, il est en train de se déplacer d'une institution à une autre, comme ici entre des lieux de soins ou des services psychiatriques, de Paris au Nord puis du Nord à Paris...

Telle est la pression confusionnante directe à quoi chaque institution thérapeutique est soumise, si se multiplient par *n* patients et *n* familles les relations immanentes et les manipulations concrètes qui nous visent. Grâce à un tel décodage, je perçois l'urgence d'une «déshospitalisation» de Jeanine H., dès qu'elle arrive dans le service et que je fais sa connaissance. Alors, il me faut quitter la relation positive initiale avec Tanguy H., créée avant la venue de sa mère sur ma carte. Il m'adresse d'ailleurs un message significatif en ne venant pas visiter le service avant la venue de sa mère, comme il me l'avait initialement demandé. Puis ce sont les manœuvres entourant la sortie de sa mère qui manifestent son besoin d'emprise sur la situation. Je considère celles-ci comme inévitables, «automatiques» aurait dit Bowen.

Retrouver le jeu derrière le drame... nous permet à nous aussi de jouer. «Manœuvres » et «coups » successifs, «stratégies », etc.: ces guillemets rappellent que nous ne pouvons transformer magiquement en «partenaires » ni Tanguy H., ni sa mère, ni l'assistante sociale de celle-ci, entrés contraints et forcés sur notre carte institutionnelle. Pour dialoguer clairement avec eux, autour du cas, nous devons décoder à chaque moment leur jeu, avec les valeurs et les contre-valeurs qui inspirent les codes de celui-ci, que nous dévoilent surtout leurs métacommunications, en réponse à nos valeurs et nos contre-valeurs, à nos codes et à nos métacommunications qui leur transmettent des informations sur nos projets (2).

Un autre appui dans le décodage rapide nous est donné par Mara Selvini. La Magicienne de Milan – ressource connue dans nos complexités psychotiques – a consacré un chapitre de son dernier livre au phénomène interactionnel de *l'instigation* (18). Si j'abrège en une phrase, ce sera: A (irrité, ou trahi par C, ou lui en voulant quelque peu à mort) s'allie avec (séduit secrètement) B et dresse celui-ci (en coulisse) contre C, lequel reçoit douloureusement ce coup inattendu de B, et continue à se croire dans les meilleurs termes avec A. Nous savons – et Bowen nous le rappelle – que les cancans et les duos institutionnels calomnieux ou «diagnostiquants» constituent quotidiennement les instigations multiples et tournantes dans nos institutions, où Haley a décrit une lutte à mort, généralisée, pour le pouvoir ou au moins pour la survie, semblable à celle qui s'observe dans les familles de ces patients et dans leurs pressions sur nous.

La roue tourne. D'abord instigateur, A soulage son angoisse en dressant B contre C, puis il va être instigué par C contre B, mais deviendra sans doute leur victime à tous deux. L'étiquetage est le mode courant: « Quelle mère de schizophrène, n'est-ce pas! Le père est un grand obsessionnel... Machin est pervers... Le directeur est carriériste...», etc. D, E et F font de même et peuvent s'intéresser à leur tour à C, B ou A. Etiquetages, disqualifications, disconfirmations réciproques: dans l'institution psychiatrique on ne peut pas ne pas manipuler... à moins d'une très forte dose d'auto-conscience, c'est-à-dire d'humour.

Dans le cas de Jeanine H., plusieurs triangles essentiels sont perceptibles: grand-mère maternelle – Jeanine H. – son fils, assistante sociale – Jeanine H. – son fils, frère – Jeanine H. – son fils. Vivant sous le même toit, le couple d'une malade psychiatrique et d'un fils majeur, tout jeune adulte, forme l'étrange noyau central de ces triangles. Les thèmes des conflits de ce duo sont au niveau de la difficulté de su survie, morale et matérielle, voire de sa croissance vers un nouveau stade de son cycle de vie. Dans le délire de la malade non seulement son fils «coûte» trop et dépense trop, mais aussi il représente une vengeance de l'ex-mari, trompé lors d'un sejour qu'elle fit à l'hôpital psychiatrique. Et la pension donnée par l'entreprise condamner les «fugues» de sa mère auprès de la grand-mère maternelle, dont personne ne l'informe, lui qui assume une telle responsabilité de présence auprès de sa mère. L'assistante sociale instigue la famille d'origine de la patiente à couper celleci de son fils, etc., etc.

Lors de l'hospitalisation de la malade, dans le Nord, le projet de la tutelle est lancé, probablement selon l'idée de l'assistante de l'entreprise et c'est un frère de la patiente qui va d'abord l'obtenir. Tanguy H. va-t-il se retrouver sans ressources?

Notre institution reçoit un projet ébauché mais qui en même temps capote... Les triangles de ces manipulations se révèlent dysfonctionnels. Il faut revenir – mentalement – au point de départ de la crise. Cela sera difficile si nous ne comprenons pas mieux les communications – plus ou moins occultes – entre les partenaires de ce nouveau jeu qui nous inclut désormais.

Le décryptage des doubles liens

Souvent et de façon très précise, Bateson rappelle l'importance affective, pour l'être humain, de s'appuyer sur sa raison. Pour Bateson, raison a le sens de logique, de respect des niveaux logiques et des distinctions claires dans les communications. Parmi les plus significatives seraient par exemple la distinction des substances et des formes, comme des choses et des gens, la séparation des contraires et la conscience des différences, le respect des hiérarchies reconnues. Toutes ces démarches correspondent chez l'être humain à «une relative fascination et une relative terreur associées aux faits de typologie logique [...] Je suggère que c'est cette tentative de répondre à la vie en termes de logique et la nature compulsive de ce besoin qui produit en nous cette tendance à la terreur dès que l'éventuelle dégradation d'une telle approche logique est à peine évoquée » (5, p. 133).

Rappelons les six points de la définition princeps du double lien (6)

- «Deux ou plusieurs personnes», dont l'une pourrait être désignée comme la «victime».
- «Une expérience vécue répétée.»
- . «Une injonction négative primaire.»
- 4. «Une injonction secondaire en conflit avec la première au niveau plus abstrait, et comme la première renforcée par des punitions ou des signaux qui menacent la survie.»
- 5. «Une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime de quitter le champ.»
- «Finalement, l'ensemble complet des ingrédients n'est désormais plus nécessaire quand la victime a appris à percevoir son univers selon des schèmes de double lien. Presque tout élément d'une séquence de double lien peut être alors suffisante pour provoquer panique ou rage.» (On note que le mot victime a perdu ici ses guillemets: le patient n'est-il pas disconfirmé par son environnement.)

Cliniciens, nous nous occupons de la pathologie déterminée et entretenue par cette panique ou par cette rage. Selon le point 6 de la définition du double lien, nous devons prévoir d'entrer nous-mêmes dans cet effondrement de la confiance en soi, victimes de l'illogisme des patients que nous approchons et de la rigidité logique des modèles médicaux. L'aberrance schizophrénique naît et s'entretient dans les doubles liens familiaux passés et actuels et aussi dans nos doubles liens institutionnels. Cette aberrance et le désarroi qui l'accompagne chez nos patients, mais

chez nous aussi, ne peuvent-ils toutefois être évités grâce au travail éco-systémique que nous cherchons tous à élaborer?

A Palo Alto, le travail de recherche clinique fut conduit sur la base d'«entretiens conjoints», triadiques. Il a jeté les bases du décryptage nécessaire, engagé avec
le patient et des membres de sa famille, approprié aux messages paradoxaux apportés dans ces séances. Cette «pierre de Rosette», aux trois écritures différentes pour
un même message, apporte un ensemble d'informations explicites et implicites, verbales et non verbales, métaphoriques surtout, riche en allusions au contexte.
Participants et observateurs dans cette confrontation, à certains moments les cliniciens prendront de la hauteur par rapport à la séance elle-même. Alors, ils reformuleront les disqualifications et les disconfirmations ambiantes, les comprenant du
point de vue des différents partenaires du groupe, eux-mêmes inclus.

Au lieu de nous laisser pousser en aveugles vers la place même du patient – rôle de victime qui attend tout thérapeute institutionnel –, nous percevrons plus lucidement nos propres angoisses dans le groupe. Nous les identifierons comme un signal crucial, traduction intime en nous des manipulations apportées par les autres partenaires. Alors peut-être, dans nos post-séances, percevrons-nous l'humour dramatique du symptôme psychotique par lequel le patient traduit – trahit – de façon caricaturale les valeurs figées de sa famille. Car «le patient identifié se sacrifie lui-même pour maintenir l'illusion sacré que ce que dit le parent a un sens» (4, II, p. 59).

Or, sous les yeux de Bateson, le dauphin crée une danse lorsque le dresseur avec qui il s'entend bien le pousse au-delà de ses jeux habituels: dans les doubles liens, la créativité survient si la pathologie peut être évitée (4, II, pp. 47-49).

Nous allons utiliser notre exemple pour une tentative de décryptage détaillé de messages et de métamessages vécus dans notre tentative d'approche psychologique de Jeanine H.

Tableau I: Décryptage des doubles liens dans le triangle formé par Jeanine H. (J.H.), Tanguy H. (T.H.) et le psychiatre institutionnel (Psy. I).

- J.H. → T.H.: Mon fils qui n'est pas mon fils, ne pense pas que je veuille te rejeter.
- → Psy. 1: Thérapeute qui m'imposez vos soins, ne pensez pas que je ne veuille pas guérir de ma psychose chronique.
- T.H. J.H.: Ma mère qui fait n'importe quoi, tu ne dois pas être une mère malade mentale.
- → Psy. I: Psychiatre, vous ne devez pas vous occuper de nos affaires familiales mais guérir ma mère.
- Psy. 1 + J.H.: Vous, malade incurable, ne doutez pas que je sache guérir votre maladie
- → T.H.: Jeune homme, ne mettez pas en cause mes soins que je sais bons.

Ce tableau décode les éléments relationnels centraux de la notion de double lien, en ce qui concerne Jeanine H., Tanguy H. et le psychiatre institutionnel ayant la responsabilité soignante. Les points 3 et 4 du modèle du double lien sont présen-

tés ci-dessus, à savoir les injonctions primaire et secondaire que s'imposent réciproquement les participants.

La fusion conflictuelle dans l'institution psychiatrique fait que chacun des trois partenaires adresse aux deux autres des interdits discordants, selon ces point 3 et 4, partenaires des niveaux logiques différents. Notons: 1) que les injonctions issues de Jeanine H., ou celles qui la concernent, sont émotionnellement intenses, avec une disconfirmation réciproque («Je/tu n'existe(s) pas»); 2) que les injonctions échangées par Tanguy H. et le psychiatre institutionnel ont plutôt l'accent conflictuel de la disqualification réciproque; 3) enfin, que chacun des participants utilise son propre code de référence: le vouloir chez la patiente, le sens du devoir de la famille, le savoir du thérapeute. Dans les doubles liens, ces valeurs affirmées sont simultanément niées à un autre niveau: pseudo-vouloir, pseudo-devoir, pseudo-savoir (10).

Quand aux autres points du modèle du double lien – ou des doubles liens, puisque la participation est collective –, ils sont en fait les mêmes pour chacun des participants, puisqu'ils appartiennent à une même situation globale, les incluant également.

- Point 1: situation collective où existent trois «victimes», ou groupes de «victimes».
- Point 2: expérience déjà connue et répétée, puisqu'ils ont un contact épisodique ou constant – professionnel pour les intervenants – avec la zone de l'aliénation.
- Point 5: il est interdit aux uns comme aux autres de quitter cette zone (c'est-àdire qu'ils deviennent réellement victimes les uns des autres, sans plus de guillemets).
- Point 6: chaque allusion à de tels liens induit la panique ou la rage chez tel ou tel d'entre eux.

La question est: comment faire se rejoindre tous ces fragments épars pour leur donner le sens plus clair que nous souhaitons, celui d'un partenariat en tric? L'essentiel est de travailler à retrouver personnellement une certaine logique dans l'illogisme. Notre but thérapeutique sera alors d'utiliser cette modification de nousmêmes, induite par le vécu puis par le décodage des doubles liens, pour adresser des messages clairs au système humain qui nous inclut, vis-à-vis duquel nous aurons repris une certaine distance « émotionnelle » et ceci grâce à la réflexion en équipe, surtout. Compréhension et différenciation: ceci pourrait aussi se dire « transcontextualiser », avec Bateson (4, II, pp. 42 sq).

Cette solution existe donc au niveau du thème batésonnien du *contexte*, thème que nous devons maintenant étudier et dont il a découvert lui-même, a posteriori, la lente maturation dans son œuvre, ce qu'il commente brièvement en 1972 (4, II, p. 93). Bateson note là que, très couramment, le compte-rendu d'une action ou d'un propos, fait «en fonction de son contexte», est imprégné d'une analogie liée à la physique ou à la chimie. Ceci voudrait dire que ce fait ou ce propos sont des éléments isolables et qu'il est possible de *les disséquer dans* ce contexte. En fait, dans nos sciences humaines et cliniques, la démarche doit être absolument opposée: «Il

est important de voir le propos ou l'action évoquées comme partie du sous-système écologique et non pas comme l'effet ou le produit de ce qui reste du contexte après que le fragment que nous voulons expliquer a été détaché de lui.» En même temps difficile et fondamentale, cette phrase s'applique d'autant mieux à nos contextes psychotiques que ceux-ci nous enserrent nous-mêmes à l'évidence dans leurs fusions conflictuelles: nous sommes inclus en tant que partie participante du contexte où nous sommes inclus... De même, nous ne pouvons pas «isoler» le patient, ni omettre le coup de téléphone émis par la famille, ni abstraire de l'ensemble notre propre angoisse vécue dans ces rencontres. Aucun des personnages importants d'une telle histoire ne peut être découpé, comme on le fait d'une figurine dans une image, ou dans l'ordinateur, avec son message classique «copiez-coupez-collez».

Par principe, pour Bateson, un contexte est un ensemble co-évolutif – même quand il se fige ou se casse, lors d'un de ces drames psychotiques courants! C'est un écosystème doué d'un sens relationnel et de croissance, ou de non-sens et de stagnation à l'inverse. C'est une histoire qui se fait, bien ou mal. Le terme de contexte a donc pour nous une signification absolument opposée – deuxième cybernétique – à celle de l'élément, partie d'un ensemble. Ajoutons: même si cet ensemble est circulaire comme la chaudière et le thermostat, ce qui n'est que le paradigme de la première cybernétique.

Certes la psychose nous ramène constamment vers cette première cybernétique: automatismes déclenchés par des triangulations, des instigations et des messages confusionnants. Mais la vie et ce que l'on pourrait appeler aussi une volonté psychothérapique, nous imposent le franchissement de ces premiers liens cybernétiques vers une évolution plus souple, collectivement créatrice. Une formation familio-systémique entraîne donc les praticiens vers ce que Bateson nomme le transcontextuel, par un mouvement qui dépasse la logique des mots et des étiquettes, et les frontières entre les techniciens, pour garder la vie des images et des intuitions. Les apprentissages figés se cassent au profit de l'invention de relations nouvelles.

Voici un texte crucial qui nous est destiné: «La théorie du double lien affirme qu'il existe une composante expérientielle dans le déterminisme ou l'étiologie des symptomes schizophréniques et des schèmes relationnels proches, tels l'humour, la poésie, etc. Il est à noter que cette théorie ne différencie pas ces sous-espèces. Selon nes termes rien ne permet de déterminer si tel individu deviendra un clown, un poète, un schizophrène, ou telle combinaison de ceux-ci. Nous avons affaire non à un teul syndrome mais à une catégorie de syndromes, dont la plupart ne sont pas habituellement considérés comme pathologiques. Laissez-moi choisir le mot "transcontextuel" comme terme général pour cette catégorie de syndromes.»

L'hypothèse anthropologique et psychothérapique que nous propose Bateson serait donc que les systémiciens acquièrent une certaine congruence en accueillant la discordance de leurs clients et de leurs familles. Ils le peuvent à plusieurs, en s'engageant dans de petites équipes, à la fois soudées et ouvertes aux autres membres de leur institution. Ils apprennent peu à peu à réussir cet apprentissage. Ils apprennent simultanément les contextes familiaux et les contextes médicopsychologiques et sociaux, la vie immédiate des émotions et le décodage conceptuel de leur diffusion. Ils acceptent de vivre activement les syndromes transcontextuels,

fatras logiques de leur clientèle et de leurs institutions. Comme le disait une infirmière systémicienne d'une de ces équipes: «J'apprend à jouer la comédie.» D'ailleurs, ne faut-il pas être convaincu pour être convaincant: tel est paradoxe du comédien, et celui de la connotation positive aussi.

Que répond Bateson?

Voila: «Il semble qu'aussi bien ceux qui sont enrichis par des dons transcontextuels que ceux qui sont appauvris par des confusions transcontextuelles se ressemblent en un point: pour eux il existe toujours ou souvent une "prise double". Une feuille qui tombe, le salut d'un ami, "une primevère au bord de l'eau" ne sont "jamais cela et rien d'autre".» C'est dans ces même pages que Bateson apporte l'exemple de la danse du dauphin: le double lien apporte la bifurcation de deux chemins, celui qui mène à l'échec existentiel et celui qui offre la créativité pour la croissance existentielle. De plus, qui sait si les psy, concernés ne poursuivent pas leur croissance avec les patients et leurs familles, quand ils prennent en compte ces complexités relationnelles.

Le transcontextuel enrichira nos négociations tripartites, en présence du/de la patient(e). Chacun doit apprendre à sortir de son rôle défini dans le système rigide créé et entretenu par les doubles liens psychotisants actuels. Ce partenariat en trio a d'emblée été vécu comme nécessaire par l'équipe des chercheurs cliniciens de Palo Alto. Dans leurs séances psychothérapiques, ils assumaient clairement la confusion obscure de toutes ces manipulations duelles, réciproques et multipliées.

Le passage au partenariat en trio se précise avec la présence centrale du patient, affirmée et montrée dès que la famille prend contact avec l'institution. Cette règle de loyauté – générale en psychothérapie – va utiliser la présence reconnue du patient en tant que sujet. Tel est le point de départ nécessaire pour restaurer son rôle premier dans sa propre évolution. Ces progrès resteront fragiles aux premières étapes. Ils se consolideront d'autant mieux que le patient recevra dans l'institution un soutien personnel approprié à ses zones d'handicap spécifiques, héritées de ses conflits prolongés, dans sa famille, avant l'apparition de sa psychose, puis entretenus par elle puis par l'institutionnalisation (7). Ses progrès d'individuation dépendront alors du consensus d'équipe obtenu pour cette croissance.

Au foyer de tout cela, il se crée avec le patient, ce que l'on pourrait nomme «un système thérapeutique institutionnel individualisé». Par sa lourdeur même, cette expression indique la difficulté d'un tel projet. L'individualisation est un thème qui concerne, en effet, tous les participants de chaque situation, avec les aléas propres à chacun. Du côté du patient, ce ne sera plus «un schizophrène» ou «un psychotique», mais un sujet schizophrène et un sujet psychotique; du côté de la famille, ce ne seront plus des délégués, sans capacité évolutive réelle, mais des proches; quant aux soignants, ils auront eu eux aussi le courage de se différencier dans leurs pseudo-équipes à propos de projets précis, se créant en équipe ad hoc, vivante.

Ainsi, chacun s'engage pour soi, évitant le «on» et le «nous», ou «l'équipe pense que », c'est-à-dire le «non-je». L'expérience apprend alors aux participants à se confirmer réciproquement, leur apprend à apprendre ensemble. Telle est le bénéfice du partenariat en trio, comportant l'échange des compétences, des bonnes volontés et de l'estime réciproque, celles du sujet et de ses proches inclues. Cela demande beaucoup de patience et d'ouverture à autrui, et protège quelque peu chacun d'être burn out, flambé...

Nous saurons désormais qu'il ne s'agit que de triangles à décoder ou de doubles liens à décrypter. Bowen nous conseille de nous demander: « Que suis-je venu faire dans cette galère, dans cette institution?» Son hypothèse est que notre enfance et notre jeunesse, familiales, nous ont plongés parfois ou longuement dans ce type d'ambiance confusionnante et qu'il nous reste à utiliser au mieux le savoir précieux acquis de ce fait.

J.-C. Benoit C.H. Paul-Guiraud 54, avenue de la République F-94806 Villejuif-Cedex

BIBLIOGRAPHIE

- Anonyme (Bowen M.) (1972, 1994): «A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille. Thérapie familiale, 15 (2), pp. 99-148.
- 2. Bateson G., Ruesch J. (1951, 1988): Communication et société. Seuil, Paris.
- 3. Bateson G. (1961, 1975): Perceval le fou. Autobiographie d'un schizophrène. Payot, Paris.
- 4. Buteson G. (1972, 1978-1980): Vers une écologie de l'esprit. Tome I, II, Seuil, Paris.
- 5. Bateson G. (1979, 1984): La nature et la pensée. Seuil, Paris,
- 6 Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J. (1956): «Vers une théorie de la schizophrénie». In Vers une écologie de l'esprit, II, pp. 9-34, Seuil, Paris.
- 7. Benoit J.C. (1992): Patients, familles et soignants. ERES, Toulouse.
- 8. Benoit J.C. (1995): Le traitement des désordres familiaux. Dunod, Paris.
- 9. Benoît J.C., Roume D. (1986): La désalténation systémique. ESF, Paris.
- Benoit J.C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y., Kannas S. (1988): Dictionnaire des thérapies fumiliales systémiques, ESF, Paris (cf. Entretiens collectifs, Psychothérapie institutionnelle systémique, Schizophrénie et thérapie familiale, Triades et triangles).
- 11. Bowen M. (1978, 1984): La différenciation de soi. ESF, Paris.
- 12. Caplow T. (1968, 1981): Deux contre un. ESF., Paris.
- Huley J. (1967, 1981): "Pour une théorie des systèmes pathologiques". In Watzlawick P., Weakland J.,
 The interactional view, pp. 46-59, Norton, New York. Sur l'interaction, Le Seuil, Paris.
- 14 Haloy J. (1980, 1991): Leaving home. Quand le jeune adulte quite sa famille. ESF, Paris.
- 15. Haloy J. (1963, 1993); Stratégies de la psychothérapie. ERES, Toulouse.
- 16. Minuchin S. (1965, 1979): Familles et thérapie, Delarge, Paris.
- 17. Praist G. (1992, 1994): Interventions systémiques dans les jeux familiaux. ERES, Toulouse.
- Salvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988, 1990): Les jeux psycholiques dans la famille, E.S.F., Paris.
- Sluzki C., Ransom D.C. (1976): Double bind. The foundation of the communicational approach to the furnily. Grune/Stratton, New York.
 Weakland J. (1960, 1995): «Chypothèse du "double lien" de la schiege haction.
- Weakland J. (1960, 1995): «L'hypothèse du "double lien" de la schizophrénie et l'interaction en trio (three-party-interaction)». Thérapie familiale, 16, 1, pp. 3-16.
 Williams M. (1962, 1962).
- Wilkinson M. (1992, 1993). «Comment concevons-nous l'empathie systémiquement». Thérapie familiale, 14, 4, p. 367-378.

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 119-121

RECENSIONS

Jean-Paul Mugnier, L'identité virtuelle: les jeux de l'offre et de la demande dans le champ social. ESF, Paris, 1993.

Jean-Paul Mugnier est éducateur spécialisé dans un service d'action éducative de la région parisienne. Il est également thérapeute familial et superviseur de plusieurs équipes.

Dans son livre il nous invite à partager ses réflexions et ses expériences de suivi de familles rencontrées dans le cadre de mesures éducatives ordonnées par le juge d'enfants. Selon Jean-Paul Mugnier, l'application des outils et des techniques systémiques permet de procurer aux familles et aux intervenants une perspective «plus ouverte» dans l'évolution de ces familles dites à «déviance sociale».

Selon l'auteur, quand le juge prescrit une mesure éducative, il prescrit une relation entre l'intervenant et la famille. Ce «lien» est contraignant parce que judiciaire, non seulement pour la famille, mais aussi pour l'intervenant. La tâche de ce nouveau système étant de donner des informations au magistrat.

Le signalement est défini comme «un modèle que la famille a contribué à créer... en ne transmettant aucune information susceptible de le modifier». L'intérêt de l'intervenant n'est pas de vérifier la justesse de ce modèle, mais d'appréhender sa fonction.

Un autre processus finement analysé est la façon dont l'identité familiale peut se rigidifier autour d'une identité sociale: au moment où la violence est reconnue par le judiciaire, elle peut devenir fondatrice de l'identité familiale.

Dans ce contexte, la famille se présente à l'éducateur avec la question: «Pour vous, quelle famille sommes-nous?». L'objectif de l'intervention doit s'orienter vers la création d'un contexte qui permette de répondre à cette question par une autre question: «Quelle famille allez-vous décider de devenir?».

Pour que ceci soit possible – pour qu'il y ait affiliation – l'auteur insiste sur l'importance de créer «un espace cognitif commun»: moi qui suis l'éducateur et vous la famille avons tout intérêt à trouver un espace tiers commun et partagé, nous devons trouver un «objet de connaissance manifeste et commun».

Cette démarche n'est pas sans rappeler celle du Docteur Benoit sur «les objets métaphoriques négatifs inducteurs d'anticipation» dans les familles à transactions psychotiques. Ici, il ne s'agit pas d'objets, mais de l'explicitation d'un savoir partagé.

Il est encourageant de voir comment des thérapeutes passionnés arrivent à motiver leurs neurones dans des situations extrêmement difficiles et complexes. Ce livre qui traite de la rencontre d'un travailleur social, dans le cadre judiciaire, avec des familles maltraitantes depuis plusieurs générations, en est un témoignage.

Ignacio Garcio-Orad

Luigi Onnis et Walter Galluzzo, La terapia relazionale e i suoi contesti. La Nuova Italia Scientifica, 1994, ISBN 88-430-0253-8.

Si un livre qui paraît en septembre est introuvable un mois après et que l'éditeur est en rupture de stock, nous sommes amenés logiquement à imaginer un succès imprévu. L'éditeur prévoit une réimpression dans les meilleurs délais.

Le livre mérite toute l'attention, et des chercheurs et des intervenants qui se réclament de l'approche systémique et de la thérapie familiale. Il rend compte d'une expérience de travail d'une dizaine d'années réalisée dans la Province de Cagliari en Sardaigne par un groupe d'intervenants qui tous travaillent dans une structure d'assistance territoriale. La préface de Luigi Cancrini, et surtout le premier texte qui est de Luigi Onnis, rend compte de la complexité de cette action-recherche qui a permis de former sur dix ans 55 personnes à la thérapie familiale, alors que 16 sont encore en formation. Plus de 150 ont été initiées aux idées de base de la systémique et savent faire la part des choses entre ce qui relève d'une logique linéaire d'une part, et cette sensibilité qui fait que l'on appréhende la «réalité» par le contexte et la globalité.

Tout débutait en 1981, quand un groupe d'intervenants avait invité Luigi Onnis dans le but de démarrer une formation, projet soutenu par l'administration provinciale. L'objectif de ce training était d'offrir à ces intervenants une nouvelle clé pour la lecture des difficultés que rencontrent des personnes qui s'adressent à une structure d'aide et de développer chez eux de nouvelles compétences, de leur apprendre des techniques spécifiques à l'application de la systémique.

Pour Onnis, le démarrage d'une formation doit être subordonné à la réalisation de trois conditions:

- a) les participants sont des intervenants qui travaillent dans les services publics;
- b) l'administration de laquelle dépendent les intervenants doit être nécessairement partie prenante dans ce projet de formation pour en garantir sa durée;
- c) les lieux de formation sont à proximité des lieux de travail: le respect du contexte de travail exige que les formateurs se déplacent vers les intervenants et non le contraire.

Une notion qui revient souvent chez Onnis est celle de «culture»: éviter que les intervenants soient déracinés de leur culture, créer une nouvelle culture des services... Une autre piste de réflexion et d'action, c'est la recherche d'une convergence entre travail social et politique. Il est vrai que l'Italie, «pays qui va vers une mutation catastrophique» (Luigi Cancrini), est de par son histoire toute destinée à cette rencontre entre des niveaux que nous nous plaisons à séparer et à situer dans des mondes différents. C'est dans cette perspective que je pense que ce témoignage de Luigi Onnis, tout empreint de son respect et de son admiration pour ceux qui ont contribué à cette «histoire» est important.

La suite du livre est un recueil de textes rédigés par Luigi Onnis et Walther Galluzzo sur la formation, par Lieta Harrison, Philippe Caillé, Hakon Hartweit sur les couples, par Luigi Cancrini et Maurizio Coletti sur la toxicomanie, par Maria Grazia Cancrini et Lieta Harrison sur la schizophrénie, par Luigi Onnis sur la

psychosomatique, par Marisa Malagoli Togliatti sur les familles à problèmes multiples, par Stefano Cirillo, Adriano de Muro, Béatrice Farris, Luigi Onnis, Walther Galluzzo sur les mauvais traitements à l'égard des enfants, et par Alfredo Canevaro sur la thérapie familiale avec trois générations.

Après les niveaux de l'action, de la formation, du politique dans le texte introductif de Louis Onnis, cette deuxième partie rend compte du renouveau épistémologique du courant de la thérapie familiale sur ces dix dernières années.

Gilbert Pregno