

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

ANOREXIE



L'ENFANT, ACTEUR PRINCIPAL DU CHANGEMENT



L'EXPERTISE, ESPACE-TEMPS THÉRAPEUTIQUE



SUICIDE DE L'ADOLESCENT



COUPLE ET VIOLENCE

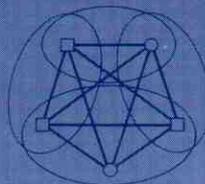


APPROCHE INTÉGRÉE EN DERMATOLOGIE

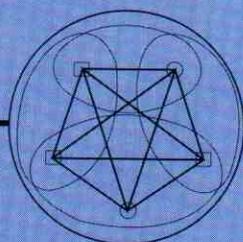


DU PÈRE MYTHIQUE AU PÈRE RÉEL

mh



Vol. XVI — 1995 — No 3



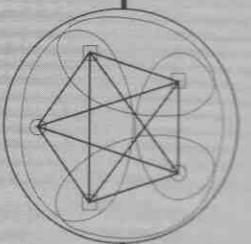
THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XVI — 1995 — No 3

SOMMAIRE

Présentation	233
G. PRATA, C. RAFFIN: Cohérence et plausibilité du «jeu familial» hypothétisé, conditions requises pour le virage thérapeutique	235
P. KAHN: Le rôle de l'enfant: de patient désigné à celui de guide du processus de changement	255
C. SACCU, G. MONTINARI: Les petits enfants: petit Ulysse entre Charybde et Scylla	273
D. SAMPAIO: Tentative de suicide dans l'adolescence: une perspective systémique	281
M. SILVESTRE, J.P. HEIM, M. CHRISTEN: Couple et violence	293
Fr. POOT, A. BOURLOND: Analyse systémique et dermatologie. Une autre lecture du symptôme et du traitement	303
Cl. EMERY: Du père mythique au père réel	311
Informations	323

CONTENTS

Presentation	233
G. PRATA, C. RAFFIN: Coherence and plausibility of the hypothetical «family game», conditions for the therapeutic change	235
P. KAHN: The role of the child: from the position of identified patient to that of guide in the process of change	255
C. SACCU, G. MONTINARI: The small children: Little Ulysses between the Frying Pan and the Fire	273
D. SAMPAIO: Attempted suicide in adolescence: a systemic view	281
M. SILVESTRE, J.P. HEIM, M. CHRISTEN: Couple and violence	293
Fr. POOT, A. BOURLOND: Systemic Analysis and Dermatology. Another reading about symptom and treatment	303
Cl. EMERY: From mythical father to the real one	311
Informations	323



THÉRAPIE FAMILIALE

Vol. XVI — 1995 — No 3

SOMMAIRE

Présentation	233
G. PRATA, C. RAFFIN: Cohérence et plausibilité du « jeu familial » hypothétisé, conditions requises pour le virage thérapeutique	235
P. KAHN: Le rôle de l'enfant: de patient désigné à celui de guide du processus de changement	255
C. SACCU, G. MONTINARI: Les petits enfants: petit Ulysse entre Charybde et Scylla	273
D. SAMPAIO: Tentative de suicide dans l'adolescence: une perspective systémique	281
M. SILVESTRE, J.P. HEIM, M. CHRISTEN: Couple et violence	293
Ft. POOT, A. BOURLOND: Analyse systémique et dermatologie. Une autre lecture du symptôme et du traitement	303
Cl. EMERY: Du père mythique au père réel	311
Informations	323

CONTENTS

Presentation	233
G. PRATA, C. RAFFIN: Coherence and plausibility of the hypothetical «family game», conditions for the therapeutic change	235
P. KAHN: The role of the child: from the position of identified patient to that of guide in the process of change	255
C. SACCU, G. MONTINARI: The small children: Little Ulysses between the Frying Pan and the Fire	273
D. SAMPAIO: Attempted suicide in adolescence: a systemic view	281
M. SILVESTRE, J.P. HEIM, M. CHRISTEN: Couple and violence	293
Ft. POOT, A. BOURLOND: Systemic Analysis and Dermatology. Another reading about symptom and treatment	303
Cl. EMERY: From mythical father to the real one	311
Informations	323

THÉRAPIE FAMILIALE

R e v u
Internation
d'Associatio
Francophon



Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal - M. DEMANGEAT, Bordeaux - A. DESTANDEAU, Menton - J. DUSS von WERDT, Zurich - J. KELLERHALS, Genève - S. LEBOVICI, Paris - J.-G. LEMAIRE, Versailles - A. MENTHONNEX, Genève - R. MUCCHELLI, Villefranche/Mer - Y. PELICIER, Paris - R.P. PERRONE, St-Etienne - F.X. PINA PRATA, Lisbonne - J. RUDRAUF, Paris - J. SUTTER, Marseille - M. WAJEMAN, Paris - P. WATZLAWICK, Palo Alto.

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

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

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

Recension de livre: B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456
CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 346 93 55 - Fax (022) 347 56 10

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 N° 103.377/01.08

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Société Générale, libellés en francs français. N° compte: 000 2 801045 6

Prix de l'abonnement annuel:

- Abonnements individuels:
FS 67.- FF 285.- FB 1670.-
- Bibliothèques et abonnements institutionnels:
FS 134.- FF 585.- FB 3440.-
- Prix au numéro: FS 35.-

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

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielle strictement réservés pour tous pays. Copyright 1995 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

PRÉSENTATION

Les 8^{es} Journées de Thérapie Familiale de Lyon s'ouvriront lors de la parution de ce fascicule et la Rédaction se réjouit de publier dans les prochains numéros un certain nombre de contributions de ce Congrès.

En nous présentant un cas d'anorexie issu d'un milieu socio-culturellement défavorisé, **G. Prata** avec la rigueur que nous lui connaissons, procède à une démonstration brillante. Elle démontre en effet que pour que la famille accepte le changement, il faut que l'hypothèse plausible du jeu, inscrite dans la cohérence épistémologique et méthodologique du thérapeute, soit aussi une hypothèse traduite dans le langage des patients et qui puisse représenter une vision alternative acceptable de la réalité.

Avec **P. Kahn**, nous allons suivre l'enfant, fil d'Ariane, petit Poucet qui guide le thérapeute dans les dédales du processus de changement. L'auteur illustre son approche thérapeutique, «codécidant» avec son guide des formes de définitions et réalisations des changements souhaités.

E. Bolssens, qui a traduit **C. Saccu** et **G. Montinori**, propose avec eux une réflexion intéressante sur la portée thérapeutique de l'espace et du temps de l'expertise. Ils créent une logique à l'intérieur de laquelle les personnages impliqués découvrent les potentialités constructives et positives de leur rapport mutuel, dépassant le conflit en s'ouvrant à une séparation consensuelle.

D. Sampato, développe à son tour une classification éclairante des types de suicide de l'adolescent (appel, défi, renaissance, fuite). Pour l'auteur, les T.S. appel et défi sont rattachées à une attribution externe du geste suicidaire où le contexte interactif familial et social est très important.

En revanche le geste grave des T.S. de reconnaissance et de fuite est en rapport avec une attribution interne du geste lui-même, et surgit dans les familles qui connaissent les ruptures affectives et/ou les actes antisociaux. L'auteur illustre par deux cas cliniques son approche thérapeutique.

Devant la violence des couples, **M. Silvestre**, **J.P. Henin** et **M. Christen** développent un système d'intervention visant à modifier les patterns d'interaction des protagonistes, tout en opérant au sein du réseau des intervenants sociaux par la concertation et la formation.

A travers leur projet de création d'un lieu d'accueil pour hommes, ils interrogent les formes d'aide sociale et psychologique et les procédures pénales en vigueur face à la violence au sein des couples.

L'approche thérapeutique systémique présentée par **Fr. Pool** est intéressante. Émergent dans le champ psychosomatique, elle décrit une forme de co-thérapie scindée que deux médecins ont permis par leur positionnement réciproque en face d'une patiente souffrant de pelade universelle.

Cl. Emery décrit le cadre solide créé par l'équipe de Chevrens qui a permis, par un douloureux processus psychothérapeutique, le passage du père mythique institutionnel au père réel. L'auteur relate ce moment grave de la rencontre du père et de son fils où se dénouent et se renouent dans cet éprouvé du contact premier, les interrelations et représentations des co-auteurs de la pièce.

M. Siméon

COHÉRENCE ET PLAUSIBILITÉ DU « JEU FAMILIAL » HYPOTHÉTISÉ, CONDITIONS REQUISES POUR LE VIRAGE THÉRAPEUTIQUE*

G. PRATA, C. RAFFINI²

Résumé: *Cohérence et plausibilité du « jeu familial » hypothétisé, conditions requises pour le virage thérapeutique* — Afin d'illustrer les conditions méthodologiques nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique correcte, les auteurs décrivent un cas « d'anorexie nerveuse » dans une famille de niveau socio-culturellement défavorisé. Dans chaque thérapie familiale – et notamment quand la famille se caractérise par la pauvreté du niveau culturel, il faut estimer si notre lecture systémique du « jeu familial » est plausible, cohérente et intelligible. Ces conditions doivent être remplies si l'on veut que la famille accepte le changement de perspective que le thérapeute lui propose afin de réorganiser son système d'une façon plus fonctionnelle.

Summary: *Coherence and plausibility of the hypothetical « family game », conditions for the therapeutic change* — Starting by the description of a case of anorexia within a family with low socio-cultural conditions, the authors describe the methodological questions they believe to be necessary in order to establish a correct therapeutic relationship. In every family therapy and particularly where the family is characterized by a low cultural level, it is important to evaluate if a systemic reading of the « Family Game » is plausible, coherent and if it presents an accessible level of difficulty. These requirements are necessary as for the family to accept the change of perspective that the therapist proposes and that will allow a reorganization of its system in a more functional way.

Mots-clés: Anorexie – Cohérence épistémologique.

Key words: Anorexia – Epistemological coherence.

Le cas

Les CANNÉ sont une famille calabraise qui se compose des parents, de deux filles: Tina, 32 ans et Carmen, 23 ans, d'un garçon, Ettore, 31 ans.

En juin 1983, après une énième hospitalisation, le psychiatre dit avoir fait pour Carmen, la patiente identifiée, tout ce qui était possible avec des médicaments. La seule chose à essayer encore, c'était une thérapie familiale.

* Article publié par la Revue *Casi Clinici*, No 1, pp. 85-104, 1995, Roma.

¹ M.D., Directrice di Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca, Via G. Frua 6, 20146 Milan, Italie.

² Ph.D., Chercheur associé du Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca, Via G. Frua 6, 20146 Milan et psychothérapeute systémique, Galleria Asquini 1, 33170 Pordenone, Italie.

Tina nous appela en septembre, quand sa famille fut revenue de la Calabre à Milan. Ce qui suit est le résumé de la fiche téléphonique (4).

Tina dit que, depuis un an et demi, Carmen mange très peu, seulement au biberon, et que, depuis six mois, elle déraisonne complètement. Son comportement est tellement despotique qu'elle bouleverse la vie de toute la famille.

A l'âge de 18 ans, Tina est venue à Milan travailler dans l'atelier de couture d'une cousine. Deux ans plus tard, elle épousa Rocco et ils achetèrent un appartement où ils vivaient avec leur deux filles de 11 et 9 ans. Après son service militaire, Ettore trouva un emploi à Milan, comme plombier. Il gagnait bien sa vie, mais il avait la nostalgie de ses parents. Tina leur chercha alors un appartement à côté de chez elle et elle les convainquit de la rejoindre à Milan pour être plus près et permettre à Carmen de fréquenter une bonne école. Contrairement aux autres membres de la famille qui avaient seulement suivi l'école primaire, Carmen réussissait bien dans ses études et voulait obtenir un diplôme. A Milan, le père, Salvatore, 60 ans, avait trouvé un travail à mi-temps et Rosa, la mère, 60 ans, était ménagère. Ettore, qui vivait à l'étage au-dessus de ses parents, avec sa femme Anna et avec Elda, 15 mois, contribuait aux frais d'étude de Carmen.

Mise à part la bronchite chronique de Salvatore et les rhumatismes de Rosa, les choses se passèrent bien à Milan pour la famille jusqu'en 1981. Ensuite, les rhumatismes de Rosa s'aggravèrent, et elle commença à souffrir d'une arthrose cervicale qui la tourmentait jour et nuit.

Salvatore dut être hospitalisé pour une grave broncho-pneumonie qui lui laissa une vilaine toux. Il venait de sortir de l'hôpital quand Carmen, en février 1982, passa d'un régime hypocalorique à un régime à base de produits homogénéisés pour enfants, qu'elle prenait au biberon. Au début, les parents acceptèrent qu'elle suive un régime, malgré sa ligne splendide : elle était belle, saine, et mesurait 1 m 70. Ensuite, en un mois, elle perdit dix kilos. Puis, plus lentement, dix encore ; jusqu'à peser 43 kilos. Déjà avant qu'elle ne commence à perdre du poids, Carmen n'avait plus ses règles.

Apparemment trop intimidés pour le faire eux-mêmes, les parents avaient prié leurs aînés de téléphoner. Tina semblait le membre le plus prestigieux de la famille : non seulement c'est elle qui nous avait appelés, mais elle avait un ton très autoritaire. Une fois terminée la fiche téléphonique (4), Prata lui expliqua sa façon de travailler (avec la supervision directe derrière le miroir sans tain et l'enregistrement vidéo des séances), elle lui précisa la durée et le rythme des consultations et lui dit que toute la famille nucléaire devait participer à la première consultation. Tina essaya immédiatement de s'opposer : un intervalle d'un mois entre les séances, c'était trop long, il fallait que nous rencontrions sa famille plus souvent, et aussi voir Carmen seule, parce que c'était elle qui était malade et qui avait besoin d'un soutien personnel. D'ailleurs, le médecin référent leur avait dit que nous recevions tous les membres de la famille sauf elle, Tina, puisqu'elle était mariée et qu'elle n'était pas du tout impliquée.

Finalement, à contre-cœur, Tina accepta de participer elle aussi à la consultation.

Trois semaines plus tard, en octobre 1983, la famille vint au rendez-vous. Bien qu'Anna, la femme d'Ettore, fut presque cohabitante, nous ne l'avions pas invitée

car elle ne savait pas à qui confier Elda, et elle en était au neuvième mois de sa deuxième grossesse. Quand Salvatore et Rosa entrèrent, ils avaient l'air de deux vieux, malades et psychologiquement détruits. Carmen était la plus grande de la famille, très maigre, plée en deux. Ettore et Tina devaient presque la porter. Les parents nous dirent que depuis 15 jours, elle ne quittait plus le lit et ne parlait plus à personne. En avril 1983, elle avait été hospitalisée d'urgence pour la troisième fois, mais après deux semaines, elle avait voulu rentrer à la maison et faire une cure de sommeil qui avait épuisé tout le monde. Depuis, elle ne s'entendait plus avec personne, même pas avec Ettore. Selon sa famille, la « maladie » de Carmen était provoquée par le fait qu'à 19 ans, après avoir obtenu son diplôme, toutes ses tentatives pour obtenir un emploi comme comptable, avaient échoué. Aucun de ses projets à la recherche d'un métier et d'un peu d'indépendance ne s'était réalisé. Les antidépresseurs et la psychothérapie individuelle avaient été un échec. La situation devenait de plus en plus pesante, car tout le monde devait s'occuper de Carmen, le jour et la nuit. Carmen disait qu'elle n'arrivait pas à dormir si sa mère ne restait pas à côté d'elle, penchée sur elle. Quand Rosa cherchait une position plus confortable pour soulager son arthrose, Carmen se mettait à crier si fort que même Ettore et Anna, qui habitaient au-dessus, étaient réveillés et devaient intervenir.

Une donnée de la fiche téléphonique avait attiré notre attention : Carmen semblait avoir réduit de façon draconienne son alimentation, en coïncidence avec la naissance d'Elda, et depuis elle ne se nourrissait plus qu'au biberon. La naissance de la petite fille avait-elle déplacé l'intérêt de Salvatore et de Rosa, de Carmen vers Elda ? ou mieux, de Carmen vers Ettore et Anna ? Cette hypothèse fut écartée lorsque Carmen, montrant enfin son visage d'une maigreur impressionnante, l'eut refusée avec dédain. Cette coïncidence ne signifiait absolument rien parce que, quand Anna découvrit qu'elle était enceinte, cela la désespéra et elle se mit à pleurer en disant qu'elle ne voulait pas mettre au monde un enfant et l'élever toute seule, puisqu'Ettore s'occupait plus de ses parents que d'elle. Elle menaça même d'avorter si les choses ne changeaient pas. Ettore confirma, disant que la réaction de sa femme avait eu un impact incroyable sur toute la famille. Il reconnaît avec Anna qu'il avait exagéré, et il essaya de vivre une vie plus autonome avec elle. Il put le faire jusqu'à la naissance d'Elda. La « maladie » de Carmen lui apporta une nouvelle charge de responsabilités, mais la crise entre Anna et lui était déjà surmontée.

Puisqu'Ettore se donnait tant de mal pour ses parents, nous avons supposé que, comme Carmen, il était lui aussi un « non-aimé » (11).

Avec le temps, Carmen devint tellement apathique qu'elle passait toute la journée au lit ; elle s'animait seulement quand quelque chose la vexait. Alors, elle devenait terriblement agressive. Ettore était forcé de lui rendre visite chaque jour, sinon elle se mettait à crier « qu'il y avait une force plus forte qu'elle qui l'empêchait de manger et de dormir ».

D'Ettore et Tina, c'est Ettore qui semblait le plus empêtré dans cette situation familiale, et notamment parce que ses parents lui demandaient toutes sortes de services, rejetant sur lui leur inquiétude pour le sort de Carmen et leur mauvaise santé. Ettore dit qu'il se sentait tiraillé de part et d'autre, entre Anna et ses

parents, et qu'il ne savait vraiment pas quoi faire. Les choses étaient difficiles, pour Tina et Rocco aussi, mais leur union avait résisté à l'épreuve, et leurs filles n'étaient plus des bébés.

Carmen, parlant avec une lenteur désespérante et exaspérante, dit qu'elle se sentait trop responsabilisée par ses parents et qu'elle était vexée de ne pas trouver d'emploi et de devoir vivre avec eux. A la fin de la consultation, la thérapeute invita toute la famille à une autre séance, pour décider de ce que l'on pourrait faire. En attendant, elle précisa : « Tout doit rester en l'état, car n'importe quel changement pourrait nous confondre et nous empêcher de comprendre le problème. La situation est tellement complexe, que Carmen, pour nous aider, doit se maintenir dans cet état de survie pure. »

Cette conclusion rendit Tina furieuse, Ettore l'accepta poliment, les autres se montrèrent surpris, mais personne ne réagit verbalement. Carmen sortit du centre sans s'appuyer sur qui que ce soit.

Un mois plus tard, quand ils se présentèrent à la deuxième séance, Carmen marchait lentement, mais toute seule. Elle avait grossi d'un kilo, ne se nourrissait plus au biberon, et mangeait des bouillies que sa mère devait lui donner à la cuillère. Elle avait pris la place de son père dans le grand lit, mais elle était moins exigeante avec ses parents maintenant, elle voulait seulement que sa mère dorme à ses côtés. Ainsi son père devait dormir dans le lit de Carmen.

Les informations que nous avions recueillies nous montraient que Tina, en famille, avait toujours joué le rôle de la « fugitive » et qu'elle était la confidente et la préférée de ses parents, surtout de sa mère. Le problème relationnel avait-il pris son origine, ou s'était-il aggravé, lorsque Carmen avait vu que ses parents ne l'écoutaient pas et ne se fiaient qu'à Tina ? Carmen confirma cette supposition : elle dit en effet qu'après avoir dû subir tout le jour les jérémiades de ses parents, elle était mortifiée lorsqu'elle les entendait répéter « nous parlerons de cela avec Tina, nous ferons comme elle dira ». Pour elle, en somme, c'était comme si ce qu'elle avait fait pour eux, ne comptait pas.

Vers le soir, ce « pauvre diable » d'Ettore rentrait et allait faire les courses pour ses parents. Tina venait moins fréquemment, mais ses visites étaient les plus attendues. Le moment le plus important de la journée était le soir, quand elle appelait. Sa mère s'asseyait près de l'appareil, écoutait, et prenait note de ce que Tina lui disait. Puis elle rapportait le tout à Salvatore. « Dans ces moments-là », dit Carmen, « maman parlait avec papa comme si je n'existais pas. Comme si je n'avais pas passé toute la journée à donner ces mêmes conseils qui ne devenaient importants que lorsque c'était Tina qui les suggérait. » Le problème prit des dimensions absurdes et insoutenables pendant l'hospitalisation de Salvatore, parce que Tina, son ménage terminé, courait à l'hôpital deux fois par jour. Ettore aussi y allait le soir. Mais c'était Tina, la personne que Salvatore attendait avec impatience. C'était elle qui parlait avec les médecins. La vraie « coïncidence » – si on en cherchait une – c'était le retour du père à la maison, car Tina était alors devenue l'oracle de ses parents.

La thérapeute demanda donc à Carmen si, au fur et à mesure qu'elle grandissait et devenait adulte, elle avait pu dialoguer davantage avec ses parents, ou si c'était toujours Tina qui parlait avec eux et qui faisait parler d'elle. Carmen répon-

dit en pleurant que Tina avait toujours été leur confidente, tandis qu'elle, Carmen, avait toujours été traitée comme une petite fille. Même ses résultats scolaires n'avaient rien d'extraordinaire, non plus que ses visites à l'hôpital, sa contribution à l'entretien de la maison, et tout le reste. Ses choix, qu'il s'agisse de copines, amis ou amoureux, étaient toujours critiqués, surtout par sa mère et sa sœur. Mais elle ne pouvait rien dire, car c'étaient eux qui l'entretenaient. Les seuls à l'écouter, étaient son père et Ettore. Puis son frère avait eu ses problèmes avec Anna. Et son père, au fur et à mesure que son état de santé et celui de sa femme s'aggravaient, s'était appuyé de plus en plus sur Tina ; ainsi, lui aussi, lui avait tourné le dos et elle s'était retrouvée toute seule.

Répondant à une question-reformulation de la thérapeute, Carmen avoua que « la force plus forte qu'elle » qui la poussait à faire « la grève de la faim », c'était une protestation contre les injustices affectives. Le fait que sa mère intervenait toujours en faveur de Tina, en prétendant « cette famille est unie, et tout le monde doit bien s'entendre », la rendait furieuse. « Ce n'est pas juste ! » D'accord, ce n'était pas juste. Mais, qu'avait-elle obtenu avec sa grève de la faim ? Physiquement, elle s'était réduite à l'état de cadavre ambulante et psychologiquement, c'était pire encore. A force de ne pas manger et de faire la folle, elle était devenue la « pauvre », à moitié rachitique, la « malade » de la famille. Elle avait tant voulu obtenir l'estime et la confiance de ses parents ! Mais sa protestation relationnelle s'était retournée contre elle, comme un boomerang. Grâce à elle, Tina était devenue indispensable à ses parents. Tandis qu'elle, Carmen, jouant le bébé, n'avait pas réussi à faire comprendre qu'elle en avait assez d'être traitée comme une petite fille. Ses parents n'avaient pas compris sa protestation parce que son message était effectivement difficile à déchiffrer, dès lors qu'il se manifestait comme une protestation *agie* plutôt que comme une protestation *exprimée*.

Cela, nous ne l'avons compris que parce que nous avons vu beaucoup de cas comme le sien, et parce que nous avons travaillé avec toute la famille. Elle voulait que ses parents la traitent comme une adulte, mais comment pouvaient-ils le faire ? Avec eux, il n'était question que de bouillies, biberons, poids, cacca, laxatifs, etc. Et avec elle, ses parents ne parlaient que de tout cela. Elle ne s'expliquait pas, et ils ne la comprenaient pas. Elle aurait pu continuer ainsi jusqu'à en mourir. Dans sa tombe, elle aurait eu le dernier mot. Mais ses parents n'en auraient pas moins continué à vivre, et leur remord n'aurait pas duré éternellement. Sa « grève » se retournait contre elle, car tout ce qu'elle parvenait à obtenir, ne lui était donné qu'au titre de « malade ». Donc, il s'agissait d'une conquête très aléatoire et très dévalorisante.

Carmen admit, en pleurant, qu'elle avait obtenu tout le contraire de ce qu'elle s'était fixé : estime et affection.

C'est alors que Tina chercha à disqualifier la thérapeute. Mais Carmen se révolta contre elle : « Tu veux toujours en savoir plus que les autres. Tu veux toujours avoir le dernier mot ! » A la fin de la séance, la thérapeute communiqua à tout le monde la décision de l'équipe d'entreprendre une thérapie familiale. Les trois enfants ne devraient pas participer à la séance suivante, parce que nous voulions voir les parents seuls. Tina s'opposa immédiatement à l'exclusion de sa sœur de la séance, au prétexte qu'ils étaient venus au centre pour Carmen, et que c'était

Carmen qui devait être soignée. La thérapeute lui répondit qu'elle, Tina, s'obstinait à ne pas considérer le fait que Carmen n'était pas « malade ». Et que, comme Carmen l'avait confirmé, celle-ci était en train de faire une protestation, une « grève de la faim » pour les injustices dont elle estimait avoir été victime dans ses relations familiales.

Le fait que Tina se fut opposée à la thérapeute, et que cette dernière l'eut remise en place, créa une complicité entre Carmen et la thérapeute, même si cela n'était que pour un temps. Par la suite, Salvatore et Rosa nous ont dit que Carmen aurait voulu participer à la troisième séance, mais qu'elle s'était résignée facilement. Elle protesta davantage quand elle fut également exclue des séances suivantes. Mais elle n'en fit pas une tragédie car « la thérapeute l'avait comprise et elle allait se charger de la défendre ». En réalité, la thérapeute cherchait à créer entre Salvatore et Rosa une entente de base pour qu'ils puissent s'appuyer l'un sur l'autre, comme couple et comme parents, au lieu de compter seulement sur Tina et Ettore; Prata voulait aussi qu'ils comprennent et responsabilisent davantage Carmen qui, même si elle était au chômage, était tout de même majeure.

Quand Salvatore et Rosa commencèrent à venir seuls aux séances, ils se montrèrent très différents de ce qu'ils étaient en présence de leurs enfants. Non seulement ils avaient l'air moins « déçus », mais ils parlaient davantage et se montraient bien plus intelligents que lorsque Tina jouait le rôle de porte-parole. Ettore le médiateur et Carmen s'opposaient à eux chaque fois qu'ils ouvraient la bouche. Leur vocabulaire était limité car ils n'avaient reçu qu'un enseignement primaire et avaient vécu dans un village de campagne. Mais, aux limitations culturelles, suppléait la volonté de comprendre et de se faire comprendre. Quand la thérapeute prenait la parole, Salvatore et Rosa étaient toujours très attentifs. Prata expliqua d'une façon très emphatique son hypothèse, pour leur faire comprendre le déroulement des événements et obtenir leur collaboration. Celle-ci augmentait au fur et à mesure que croissait leur connaissance mutuelle et que s'atténuaient les symtômes de la patiente identifiée.

L'hypothèse sur laquelle la thérapeute travaillait avec eux, et qui se révélait de plus en plus pertinente, était la suivante : l'émigration vers le Nord, qui les avait déracinés du village et isolés de leurs amis, toutes les maladies que ce Nord avait provoquées chez eux, tout cela les avait affaiblis et sensiblement effrayés.

Probablement, comme il arrive souvent à ceux qui émigrent dans une phase avancée de leur vie, ils s'étaient sentis tout d'un coup vieux et inutiles. Lorsque Salvatore et Rosa confirmèrent cette première partie du discours, en donnant beaucoup de détails sur leur souffrance et leur gêne, Prata leur dit que, dans une situation pareille, il était normal de s'être confiés à Tina, laquelle s'était bien intégrée et organisée dans le nouveau milieu. Ettore, d'autre part, tout en étant un garçon intelligent et sain, avait lui aussi beaucoup compté sur Tina. Ainsi, il était arrivé que, surtout après être tombés malades, ils s'étaient, peu à peu, trop appuyés sur leur fils pour les nécessités de chaque jour, tandis que Tina devenait la conseillère de la famille. Puisqu'ils avaient vécu d'une façon tellement angoissante leur émigration dans le Nord, ils pouvaient comprendre, mieux que quiconque, les sentiments de Carmen. A Milan, sa liberté s'était trouvée limitée, l'autonomie qu'elle avait conquise avait disparu, et c'est Tina qui l'avait pilotée dans ses choix

en ce qui concernait l'école, les vêtements, en somme, tout. Au village, depuis son adolescence, Carmen était restée seule avec ses parents et pendant plusieurs années, elle avait vécu comme si elle était fille unique; jolice, sociable, elle réussissait à l'école, et on pouvait compter sur elle. Alors, Salvatore et Rosa confirmèrent que Carmen leur avait donné beaucoup de satisfactions parce qu'elle était gentille et sage, et tout le monde les enviait. Ils lui permettaient de sortir volontiers, car le village était petit, et entre amis et parents, tous se connaissaient. A Milan, ils étaient tombés dans un monde complètement nouveau, ils avaient peur de la laisser sortir. Tina le déconseillait, et Carmen sortait peu car elle ne connaissait personne. De toutes façons, c'était vrai que Carmen avait été déçue. Elle leur avait bien dit qu'avant, ils avaient pleine confiance en elle tandis que depuis qu'elle s'était mise à pontifier, ils ne la croyaient plus et faisaient entrave à tous ses mouvements.

La thérapeute émit l'opinion selon laquelle, probablement, Tina la considérait encore comme la petite fille qu'elle était quand elle avait quitté le village pour venir à Milan, et que le fait de se baser plus sur les directives de Tina que sur leur expérience en tant que parents, devait chagriner et énerver Carmen.

Salvatore et Rosa admirèrent que Tina était un peu despotique et, peut-être en raison de ses responsabilités, traitait-elle Carmen comme si elle était une de ses filles. D'accord, mais elle ne tenait pas compte de ce que Carmen avait 23 ans et ses filles 11 et 9 ! Il y avait un autre élément que Prata voulait éclaircir. D'après ce qu'ils nous dirent, le diplôme de Carmen fut attendu et fêté par toute la famille. Mais comment réagirent-ils au fait que Carmen n'avait pas trouvé d'emploi ? Salvatore et Rosa admirèrent que tous avaient mal réagi, et continuaient à le faire. Les attentes, peut-être exagérées, de la famille et de Carmen, avaient engendré une grande déception à cause de son échec. Pouvons-nous donc imaginer, dit Prata avec empathie, qu'en raison de ce triomphe scolaire, Carmen pouvait s'attendre à ce que sa famille la considérât comme « majeure et responsable » ? Evidemment, on devait bien penser que le fait d'être au chômage et de dépendre économiquement de ses parents, de son frère et de sa sœur, avait pu l'humilier, parce que cela l'avait plongée à nouveau dans le rôle de « petite fille » dont on n'attendait plus grand chose, et qui devait obéir à tout le monde. Evidemment, Carmen pleura de douleur et de rage quand les firmes auxquelles elle s'était adressée ne lui donnèrent aucun engagement. Elle avait alors dit qu'elle se sentait inutile, « bonne à rien ». Et, ils avaient essayé de la reconforter. Mais, après tout, c'était bien vrai qu'elle était une fille à charge, et que leurs attentes avaient été déçues.

La thérapeute conclut donc en disant que beaucoup de choses avaient chagriné Carmen, lui faisant éprouver un solide sentiment d'injustice et de rage impuis-sante. Les relations en famille étaient déséquilibrées. Il y avait Tina, une fille « de première classe » et il y avait Carmen, une fille « de deuxième classe », elle-même presque au même niveau que leurs petites filles. Ne pensaient-ils pas que tout cela pouvait expliquer pourquoi la protestation de Carmen s'était manifestée par des refus d'aliments d'adultes et le recours au biberon ?

L'hypothèse de la thérapeute convint à Salvatore et Rosa qui ajoutèrent force détails sur les coïncidences entre l'apparition du comportement anorexique de Carmen et son échec professionnel. Ils tombèrent d'accord qu'il était urgent de

placer Carmen dans son rôle de fille, sur un pied d'égalité avec les deux autres enfants. Mais que devaient-ils faire ?

La thérapeute répondit qu'elle allait leur donner des prescriptions pour rétablir le rôle des parents, d'un côté, et celui des enfants, de l'autre. Salvatore et Rosa parurent effrayés, ils étaient vieux et peut-être ne seraient-ils pas capables de travailler comme il le fallait. La thérapeute les rassura. Leur prescrivit le « secret » sur le contenu des séances, à partir de la troisième (la première sans les enfants), et les parents, qui avaient touché le fond, respectèrent cette prescription.

Carmen comprit que le « secret » était vraiment le « même pour tout le monde », quand elle vit avec quelle rage Tina réagit à cette prescription et aux suivantes (19). Grâce au « secret », Carmen avait obtenu d'être placée sur le même plan qu'Ettore et que Tina et de ne plus être traitée par les autres membres de la fratrie comme une petite fille. Elle recommença à dormir dans son lit, permettant à sa mère de dormir avec son mari. D'un jour à l'autre, elle commença à prendre des aliments solides, cessa de vomir et de consommer des laxatifs.

Pendant la cinquième séance, les parents nous informèrent des trois kilos que Carmen avait pris. Elle mangeait peu et faisait encore beaucoup de caprices. Mais elle mangeait un peu de tout. Et c'est juste à ce moment-là qu'elle attrapa le ver solitaire.

– « Pauvre fille ! »

– « Pauvre ver ! » répartit la thérapeute, et elle éclata de rire.

Salvatore et Rosa la regardèrent stupéfaits, mais se mirent à rire eux aussi de bon cœur.

Dr Prata : Enfin ! Savez-vous c'est la première fois que je vous vois rire ? Que se passe-t-il ? Commencerez-vous à être d'accord avec moi ?

Salvatore : Quand on y pense, c'est ridicule qu'un ver solitaire s'attache précisément à notre fille à ce moment-là.

Rosa : C'est triste que, maintenant qu'elle ne prend plus de purge, elle attrape justement le ver solitaire. C'est peut-être lui qui lui donne des maux de ventre ? Mais maintenant, nous sommes moins effrayés, peut-être ses manies vont-elles disparaître ? Il y a aussi le fait que maintenant, nous pouvons dormir la nuit. On voit bien que nous avançons dans la cure. Bref, le ver c'est un problème, mais c'est bien vrai : c'est « un pauvre ver » !

Pour que la thérapeute ait ri parce qu'un ver solitaire avait eu le malheur de s'installer dans une « anorexique », c'est qu'alors elle pensait vraiment que Carmen n'était pas malade. Sinon, elle n'aurait pas éclaté de rire. Salvatore et Rosa rient avec elle, comme s'ils se libéraient d'un cauchemar.

A partir de ce moment, ils commencèrent à satisfaire celles des exigences de Carmen qu'ils jugeaient raisonnables et à s'opposer à celles qu'ils considéraient comme dictatoriales ou trop puériles. Ils la traitèrent de plus en plus comme une fille majeure. Et Carmen répondit d'une façon positive à ce changement. Ses parents comprirent qu'ils devaient rendre à leur fille la responsabilité de sa vie et de ses choix. Tout en obtenant peu de résultats dans leurs efforts à mettre en pratique les « prescriptions » de la thérapeute, les parents reprirent courage, et leur situation s'améliora également.

Cela peut paraître une folie que de prescrire à deux personnes âgées et mal en point de « disparaître » de leur maison pendant un mois. Mais la seule objection que Salvatore et Rosa firent à la thérapeute fut que, pour mettre en pratique les prescriptions précédentes – c'est-à-dire de « disparaître » de la maison pendant 5 semaines en 5 semaines à l'heure du dîner, et ensuite pendant 5 fins de semaine sur 8 semaines – ils durent dépenser tout leur argent. Comme la thérapeute jugeait indispensable de faire une « disparition prolongée » afin de secouer Carmen, apparemment décidée à rester inactive à la maison, elle dit qu'une fois chez eux, les parents auraient seulement annoncer qu'ils avaient un rendez-vous téléphonique avec elle, en septembre, pour la mettre au courant de la situation. Nous nous réitions pour la septième séance quand ils auraient trouvé l'argent nécessaire pour « disparaître ». Ils avaient en main le mémorandum avec la prescription secrète de disparaître pendant un mois et ils pouvaient commencer à s'organiser.

Quelques heures après la séance, Rosa appela la thérapeute pour lui dire que Salvatore avait obtenu un prêt d'un ami et qu'on pouvait déjà fixer la date de la septième séance, car ils avaient décidé de disparaître en septembre.

En novembre, les parents nous dirent qu'après avoir séjourné tout le mois d'août en Calabre avec Carmen, Tina et Ettore, en rentrant à Milan, tous deux étaient partis de chez eux en cachette pendant que les enfants déchargeaient la voiture. De retour à la maison après un mois d'absence, Carmen allait très bien. Elle avait trouvé du travail et même un fiancé qui semblait être un jeune homme comme il faut ; ils étaient très contents et optimistes pour leur avenir.

Au cours des années, des coups de fil confirmèrent que le « jeu » avait vraiment changé, que tous les membres de la famille vivaient mieux. La dernière catamnèse, trois ans plus tard, est positive : Carmen se porte bien, est mariée, elle travaille et a un petit garçon. Les membres de la famille se voient souvent, mais chacun a sa propre vie.

Réflexions théoriques

Le « jeu » anorexique

Du point de vue de la recherche sur les « jeux familiaux », le cas Canne n'a pas une grande valeur heuristique. L'histoire des relations, à l'intérieur de cette famille, découlait sous de nombreux aspects des typologies qui ont été mises en évidence dans d'autres études sur « l'anorexie ». Dans cette « famille anorexique », comme dans d'autres familles avec un membre ayant par exemple un comportement « psychotique » très perturbé, nous hypothétons également qu'il existe, à la base, une distribution inéquitable et sévère des rôles, avec un renversement de la hiérarchie. Malgré ce désordre, pendant une certaine période, la famille atteint un équilibre plus ou moins satisfaisant et personne ne s'allie avec des symptômes évidents, pour signaler son malaise.

Et cela, jusqu'à ce que quelque chose fasse pencher la balance, rompe l'équilibre fragile et – sur le plan des relations – fasse perdre du terrain au membre le plus démuné qui, ainsi, deviendra ensuite symptomatique.

Ceci se produit pour de nombreuses familles où une fille est « anorexique », par exemple, lorsque l'un des parents – disons le père – détourne son attention d'une façon manifeste (mais, minimisée ou carrément niée) de cette fille vers un autre membre de la famille.

L'alliance avec ce nouveau membre semble prendre beaucoup d'importance pour lui, au détriment des relations avec sa femme, celle-ci passant au second plan. Il en résulte un bouleversement et une confusion de la hiérarchie. Ce qu'on a pu prendre pour un rapport préférentiel – ou tout au moins solidaire – avec la future « anorexique » s'est révélé une alliance aléatoire, temporaire, plus montrée que réelle.

Par exemple, dans le cas Canne, il se peut qu'il y ait eu vraiment une alliance entre le père et Carmen lorsque les parents et la fille étaient au village, et Tina, à Milan, avec sa famille; mais, dès qu'ils se furent installés à Milan et que Carmen subit cet échec existentiel, voilà que l'alliance de base, la vraie, avec la fille préférée, redevenait plus importante que jamais.

Dans une structure rigide, tout changement de position trouve bien difficilement des compensations; dans une famille avec des rôles fixes et une hiérarchie inversée, la jeune fille qui, jusque-là, pouvait compter au moins sur son père, est soudainement mise à l'écart. Pour la patiente identifiée, il se peut qu'aurait choisi le père comme allié n'ait pas été un choix, mais une solution-remède, « faute de mieux », car la mère était déjà alliée à un autre enfant. Par un concours de circonstances défavorables, la patiente identifiée se retrouve non seulement isolée, mais doit reprendre un rôle infantile qu'elle pensait avoir dépassé pour toujours.

Il est compréhensible que ceci induise la patiente à une protestation qui, malheureusement, est rarement exprimée ouvertement. En effet, dans ces familles, la définition des relations entre les membres n'est jamais claire et explicite, mais seulement hypothétisée (20). Ainsi, on se sent facilement trahi. Il est difficile de trouver le courage de revendiquer manifestement ses « droits », car ces « droits » n'ont jamais été reconnus. Pour comprendre, il s'agit de familles où on obéit plus aux règles qu'aux personnes; des règles sévères dont, souvent on ne connaît même pas les origines, des règles qui se maintiennent immuables, alors que des années ont passé et que les situations se sont modifiées.

Ainsi, dans la famille Canne, au lieu de manifester son malaise en discutant les règles du « jeu » par des actions et des revendications précises, la patiente identifiée adopte un comportement allusif, dérangeant, qui a pour objectif de culpabiliser la famille, mais sans entraîner sa propre responsabilité. L'anorexie, jouée comme « maladie mentale », s'acquiesce très bien de cette fonction. Le statut de « malade » permet en effet à la patiente identifiée d'utiliser toute forme de despotisme envers ses proches, et de montrer souvent une attitude très vindicative. La qualification de « malade mentale », et le doute sur l'origine de sa maladie, donnent à toute la famille nucléaire et élargie, le sentiment d'être coupable et parfois, par l'utilisation de la génétique, mettent en cause jusqu'à l'arbre généalogique.

En même temps, l'inélicabilité qui accompagne le concept de maladie est désresponsabilisante. Aussi bien pour le patient identifié qui proteste sur le mode allusif, sans jamais se déclarer, que pour les autres membres de la famille, qui peuvent vivre cette « protestation » comme un problème personnel du patient identifié

et non pas comme une réaction à des comportements spécifiques, pour lui insatis-faisants et frustrants.

Une telle interprétation du « jeu psychotique » s'adapte également, comme clef de lecture, au « jeu anorexique » de la famille Canne.

Dans cette famille, le membre important est Tina et ses choix de vie conditionnent l'existence de toute la famille. C'est elle qui, ne supportant pas de vivre dans le Sud de l'Italie, vient à Milan et conduit toute sa famille dans le Nord. C'est elle qui trouve une maison à son frère et à ses parents et décide des études de Carmen. Il est évident que son rôle n'est plus filial: c'est le rôle d'un parent. C'est là le premier bouleversement de la hiérarchie.

Quand les parents vieillissent et tombent malades, ils dépendent de plus en plus de Tina, de ses conseils – même économiques – de sa façon entreprenante de s'occuper de leur santé; ils ressemblent plus à des enfants qui ont besoin d'être suivis, qu'à des parents autonomes et responsables; deuxième bouleversement de la hiérarchie.

Le fait d'être mariée, d'avoir une maison, un mari, des enfants ne lui sert à rien. Sa présence dans sa famille d'origine reste prépondérante. Son coup de fil compte beaucoup plus que la présence d'Ettore et de Carmen dans la maison.

Les rôles des membres de la famille deviennent de plus en plus rigides. Le mariage de Tina et d'Ettore n'a pas modifié les relations internes de cette famille. Ettore et Carmen ne peuvent pas rivaliser avec Tina, mais peut-être pourraient-ils continuer à vivre avec cette « sœur-mère ». Ettore se charge de toutes les commissions de ses parents. D'ailleurs, il est bien le fils. Il se peut que ces deux points lui garantissent un statut acceptable dans sa famille d'origine. Mais le prix, dans sa relation avec Anna, en est excessif.

Carmen était bonne élève, chérie par Salvatore qui l'écouait avec admiration lorsqu'elle rentrait de l'école et, auparavant, cela lui suffisait. Mais, la goutte d'eau qui a fait déborder le vase et rompu cet équilibre fragile, tombe le jour où Salvatore, très malade et hospitalisé, tenaillé par la peur de mourir, choisit Tina comme seul appui valable, et non Carmen pourtant déjà grande, sensée, disponible, mais surtout, qui vit avec eux.

Il ignore Carmen et il choisit Tina: avec rancune, Carmen appelle sa sœur, « l'omniprésente ». Et Carmen, en devenant « anorexique », commence une protestation et fait ainsi payer cher le fait d'avoir été exclue des relations préférentielles des parents. Malheureusement, occupée par la conquête et la gestion du pouvoir gagné dans la famille par ses symptômes, Carmen sous-estime ses pertes (ou bien n'y fait pas attention) et gâche sa jeune vie.

La réorganisation sémantique du système familial

Nous avons décrit une « hypothèse » de lecture de ce qui s'est produit dans la famille Canne. Nous ne savons pas si les choses se sont effectivement déroulées comme nous le croyons. Nous pouvons simplement dire que les éléments cognitifs dont nous disposons sur cette famille, peuvent expliquer, avec cohérence, ce que vit et a vécu ce « système ». Notre hypothèse tout en étant spécifique à chaque cas

particulier, et conforme à l'usage que nous faisons depuis longtemps de la métaphore du jeu comme optique interprétative des interactions humaines, se réfère à un tableau épistémologique général, pris comme point de départ pour l'interprétation des dynamiques relationnelles de chaque famille.

Nous pensons que ce qui se produit dans un système familial, peut être lu comme un « jeu », où il y a des gagnants, des perdants, des alliances, des coalitions, des équilibres, des tactiques, des stratégies, etc. Il n'y a pas intention de créer ou d'augmenter son propre malaise existentiel ou le malaise d'autrui. Le but est l'adaptation dynamique de la famille aux circonstances de la vie.

Mais quelque chose échappe au contrôle, ou ne suit pas les intentions : ainsi, à la place d'un accroissement du bien-être ou d'une diminution des souffrances, on assiste à une augmentation du malaise qui frappe certains membres davantage que d'autres.

D'après cette lecture, le comportement symptomatique du patient identifié peut être vu, hypothétiquement, comme une façon de regagner le terrain perdu, ou comme une protestation contre celui qui, au moins de son point de vue, a triché dans le « jeu familial » (10).

Ce genre d'interprétation réorganise la sémantique du système et peut induire de remarquables changements de comportement chez les membres de la famille. En effet, quand les significations des actions à l'intérieur du système changent, les réactions à ces actions changent elles aussi, forcément. Lorsque la « maladie » devient « protestation », elle perd son caractère inéluctable et devient un acte volontaire auquel les parents et l'entourage peuvent répondre avec une conscience différente. Si « l'intérêt » de la part d'un frère est reformulé comme « ingérence », « surveillance », « aide de type infirmier », le patient identifié ne l'accepte plus comme avant. C'est donc par le bouleversement sémantique des vécus qu'est provoqué le changement du système.

Cependant, pour que cela se produise, il faut que le nouveau vocabulaire employé par le thérapeute pour expliquer son hypothèse, soit compris et adopté par la famille : adhésion qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir.

L'intérêt de ce cas réside dans la façon dont le thérapeute de la famille a su traduire en communication acceptable, la lecture réorganisée et non-culpabilisante du « système » et de la « situation », que l'équipe et elle élaboraient.³

Les conditions essentielles à la réalisation de ce passage d'informations sont :

1. la plausibilité de l'hypothèse spécifique du « jeu » proposée à la famille ;
2. la lisibilité de l'hypothèse, rendue compréhensible par une formulation décodable par les personnes qui la reçoivent ;
3. la cohérence épistémologique et méthodologique du thérapeute, dans le déroulement de la thérapie.

³ Dans le cas de la famille Canne, l'équipe était formée des Drs G. Prata, P. Di Blasio, J.M. Fischer et E. Romano qui, à l'époque, se réunissaient à Milan deux jours par mois au Nuovo Centro per lo Studi della Famiglia.

La plausibilité de l'hypothèse du jeu

Nous disons que la métaphore du « jeu » est une lecture réorganisée des dynamiques relationnelles de la famille. Ce qui est pris en compte n'est donc pas ce qui se produit – ou se produisait – dans la famille, mais la description organisée de ce qui se passe – ou s'est passé – dans la famille. Cette description fournie par le thérapeute est, souvent, totalement différente de la lecture des événements et des comportements qu'élabore chaque membre de la famille. Pour être crédible, cette description doit se baser sur des événements qui ont réellement eu lieu dans l'histoire de ce système familial.

Selon les données recueillies dans la fiche téléphonique de la famille, nous formulons une hypothèse que le thérapeute contrôle au cours des premières séances (14, 16). Si cette hypothèse s'avère fautive, nous en formulons d'autres plus vraisemblables, qui, à leur tour, sont soumises à un contrôle rigoureux.

Mais, que signifie contrôler une hypothèse ? C'est comparer cette hypothèse avec des actions concrètes et des faits, reconnus par tous les membres de la famille, des événements difficiles à nier et qui peuvent ainsi devenir des points étalons de l'histoire de la famille. Il est évident que ces faits sont interprétés différemment par les membres du système familial, mais ceci ne doit pas nous intéresser. Nous reposerons ces faits selon une interprétation encore différente, mais plus fonctionnelle pour la récupération d'un équilibre interne qui ne nécessite plus de comportements symptomatiques.

L'hypothèse interprétative fournie par le thérapeute doit toutefois considérer ces événements, les introduire de façon plausible dans un « jeu » familial, sans en forcer la cohérence. En d'autres termes, s'agissant d'hypothèse de lecture et non pas d'hypothèse sur la réalité du système – une lecture en vaut une autre. Par exemple, supposons que, dans notre hypothèse, le comportement symptomatique du patient identifié soit interprété comme une réaction de protestation contre l'ingérence dans la famille nucléaire, d'un membre appartenant à la famille d'origine de l'un des parents. Pour que cette hypothèse interprétative soit vraisemblable, il faut des preuves.

L'ingérence prend corps par le canal de voies communicatives telles que les lettres, les coups de fil, les visites, les conseils, les suggestions, etc. Si l'on s'aperçoit que ces voies n'ont pas d'existence, ou si l'on découvre que les conseils de cette personne supposée intervenir, ne sont pas suivis, il est évident que notre hypothèse est fautive.

Continuer à proposer à la famille cette hypothèse est une absurdité épistémologique. En effet, la famille continuera à la repousser comme étant fautive, puisque l'hypothèse n'est pas étayée par des faits concrets. Dans ce cas, cette réaction à la fausseté de l'hypothèse, nuitrait à toute la procédure thérapeutique ultérieure, et ne permettrait plus aucun passage « d'informations » restructurantes entre le thérapeute et la famille.

Quand nous affirmons que le thérapeute doit contrôler son hypothèse et la repousser lorsqu'elle n'est pas cohérente avec les événements, nous voulons dire qu'il doit vérifier que l'hypothèse d'un « jeu » spécifique est suffisamment soutenue par les événements, et que ces événements doivent être coordonnés dans

un tableau cohérent, de façon à rendre l'hypothèse plausible, donc acceptable par les membres de la famille comme une « nouvelle vision » du fonctionnement de ce système.

Traduction de l'hypothèse du « jeu » dans une formulation décodable par celui qui la reçoit

Une autre condition pour que la lecture systémique de la famille se traduise en information thérapeutique, est que cette lecture s'exprime dans une formulation décodable par la personne qui la reçoit. Quand le thérapeute contrôle son hypothèse et le caractère plausible de celle-ci dans un contact *falsificateur* (*falsificationist epistemology*) (9), il doit porter attention au potentiel informatif que présente cette hypothèse, eu égard au bagage culturel et linguistique de la famille à qui elle est adressée.

Une hypothèse peut présenter différents niveaux de lecture : dans l'analyse de plusieurs variables relationnelles, nous pouvons parvenir à une lecture exhaustive de l'organisation de chaque sous-système, mais ceci ne doit pas forcément être expliqué dans la pratique thérapeutique. Car, vouloir détailler les moindres liens, peut produire plus de bruit que d'informations. Le thérapeute peut avoir pris en considération une large gamme de modalités relationnelles, avoir saisi de multiples nuances susceptibles de décrire l'interaction entre les membres de la famille. La lecture qu'il donne du système peut donc être complexe. Pour autant, cette lecture ne doit pas toujours être transmise telle quelle dans son ensemble. En effet, une hypothèse présentant un niveau de complexité élevé est difficile à comprendre et à accepter, surtout par une famille peu cultivée, au patrimoine linguistique limité. Il ne s'agit pas seulement d'adopter le langage de la famille par le recours à un lexique et une syntaxe simples, ou mieux encore par l'emploi du jargon même de la famille ; il faut formuler une lecture du système qui limite le nombre d'interconnexions intra et extra-systémiques et qui trace en même temps une vision du « jeu » relationnel culturellement accessible.

Par exemple, dans l'histoire d'une famille, on peut trouver une centaine d'épisodes et d'indices qui nous portent à penser que la relation entre le père et la fille peut être décrite comme un « mariage préférentiel », parallèle au « mariage officiel » avec sa femme. Si, dans une famille rigide qui – culturellement – n'est pas habituée à un emploi métaphorique du langage, nous formulons notre hypothèse en employant ces termes – tout en expliquant que nous ne parlons pas « d'inceste » –, il est fort probable que nous susciterons un refus catégorique de notre lecture, celle-ci étant inacceptable sur le plan culturel (7).

Sur le plan thérapeutique, ce qui nous tient à cœur, c'est de réussir à formuler et à fournir à la famille une lecture de son « jeu » qui unisse la qualité de la compréhension au maximum de potentiel informatif possible, relativement au contexte. Ainsi, parfois, sur le plan thérapeutique, il est plus constructif de fournir à la famille une description du « jeu » peut-être « banale » par sa simplicité mais qui est pour cette famille d'un grand potentiel informatif. A une première lecture du cas Canne, le spécialiste pourrait être tenté de juger l'hypothèse du « jeu » comme

plutôt banale : un cas de jalousie fraternelle. En effet, le niveau de lecture proposé à la famille est très simple : Carmen proteste, en faisant « la grève de la faim », car ses parents continuent à prêter plus d'attention à Tina, et ceci bien que Carmen soit majeure, plus instruite que sa sœur, qu'elle vive avec eux, et qu'elle ait joué jusqu'à la de leur confiance (du moins jusqu'au début de sa « protestation anorexique »). Dans la famille Canne, l'analyse des informations récoltées pouvait mener la thérapeute à une lecture plus complexe du système, plus intéressante pour ceux qui, experts en la matière, posséderaient les instruments pour le décoder.

Cependant, expliciter à la famille cette lecture, dans sa globalité, aurait produit de la confusion. Le but était de transformer l'attitude et le comportement des parents à l'égard des trois enfants, car aucun des trois n'était parfaitement à l'aise dans son rôle. Pour encourager au changement, il aurait peut-être suffi de montrer aux parents que le fait de ne pas avoir modifié leur comportement envers les enfants, s'était transformé avec le temps en « injustice affective » et que Carmen se vengeait par sa « grève de la faim ».

Il est évident que pour expliquer le comportement de Carmen, il faut considérer un nombre plus élevé de variables internes et externes au système familial. Par exemple, le fait que les parents s'appuient totalement sur les enfants, suppose que leur relation conjugale n'est pas complètement satisfaisante et solidaire. La présence assidue dans la famille d'origine des deux enfants adultes et mariés, nous induirait plutôt à analyser leurs relations conjugales comme probablement conflictuelles et peu consolidées.

Cependant, il aurait été inutile de parler de ces relations pendant les séances. Cela aurait même pu produire l'effet contraire car, pour le décodage d'une lecture systémique complexe, il faut posséder une « tournure d'esprit » systémique, ou au moins la disponibilité à l'acquiescer et une grande capacité d'écoute. Dans le cas contraire, « l'information » risque de ne pas être décodée correctement et de constituer ainsi, une autre source de désordre pour le système.

Cohérence épistémologique et méthodologique dans le déroulement de la thérapie

Nos hypothèses de lecture suivent une démarche systémique (1, 16). Ceci signifie que chaque élément cognitif dont nous disposons à propos d'un système familial, est organisé selon une optique relationnelle. Chaque tableau décrivant le fonctionnement d'une famille est composé d'un réseau de relations dans lequel chaque membre a son rôle, et répond interactivement aux sollicitations des autres éléments, intra- et extra-systémiques. Dans ce tableau, il n'y a pas de descriptions linéaires selon lesquelles un élément peut agir indépendamment des autres. Ceci implique que nous sommes obligés d'éliminer progressivement une grande partie du lexique des familles qui arrivent en thérapie, et qui disposent habituellement d'un concept de cause ou de faute, bien enraciné dans leur « *Welanschauung* ».

De nombreuses familles s'adressent à nous pour définir, grâce à l'avis influent du thérapeute, sur qui rejeter la faute des symptômes du patient identifié. Le

langage des familles sous-entend la plupart du temps une vision linéaire et, au début, il n'est pas facile de proposer une vision systémique de l'histoire familiale, qui soit moins culpabilisante, mais plus responsabilisante.

Lorsqu'on s'habitue à considérer chaque comportement comme une réponse à d'autres comportements, et ces derniers, à leur tour, comme une réponse à d'autres comportements encore, il est évident que la « faute », comme imputation de responsabilité à l'individu, ne signifie plus rien ; donc, la terminologie elle-même n'a plus aucun sens.

En même temps, l'approche systémique met en évidence la nécessité de la participation de tous les membres à la construction de l'interaction familiale ; donc, elle souligne la responsabilité de chacun dans la création et le maintien d'une situation de malaise.

Ce passage du concept de « faute » au concept de « responsabilité » a une importance fondamentale dans le déroulement de la thérapie. La « faute » est un attribut que l'on assigne à un coupable agissant de sa propre volonté, en toute indépendance. Cependant, il suffit de déplacer la « faute » d'un membre à un autre, pour que tout le monde se sente en paix et n'ait pas à modifier son comportement.

Au contraire, en démontrant le rôle de chacun dans le « jeu » familial, la « responsabilité » relationnelle oblige tout individu à collaborer davantage, et devrait encourager chacun à s'engager à changer le « jeu ».

Le changement de perspective se produit graduellement, il est la conséquence du pouvoir de « persuasion » que le thérapeute acquiert dans sa relation avec la famille (17). Ce pouvoir ne doit pas scandaliser, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un plagiat que le thérapeute commet envers une famille inconsciente et vulnérable. Si nous restons systémiques, même lorsque nous analysons la relation thérapeutique (5), nous nous rendons compte que le thérapeute n'est pas un élément du système thérapeutique (famille + thérapeute) qui peut agir indépendamment des autres. Son « agir » est l'expression d'une transaction avec les autres éléments. Ainsi, ce « pouvoir » se construit à travers un ensemble d'interactions où il monte un tableau descriptif de l'histoire familiale que la famille peut accepter et adopter pour sa cohérence et sa valeur réorganisatrice. Mais le thérapeute n'est convaincant qu'à condition de parvenir à tracer de la famille un tableau systémique qui soit cohérent et exempt de contradictions.

L'optique systémique est une orientation épistémologique qui obéit à une logique dont il n'est pas possible de s'éloigner à moins d'adopter une optique épistémologique différente. Cela signifie que, si nous lisons l'histoire de la famille comme une histoire de relations, nous ne pouvons pas inclure dans cette histoire des explications linéaires (comme par exemple, des explications génétiques, organicistes, chimiques, psychanalytiques, ou d'autres encore) car nous entrons en contradiction avec ce que nous traçons, et nous désorienterions la famille. Pis encore, en modifiant les codes de lecture que nous avons introduits dans l'interaction thérapeutique, nous déclencherions un processus d'autodestruction en chaîne des significations. Comme si, à l'ordinateur que nous utilisons pour écrire ce texte, nous donnions l'ordre de lire tous les « a » comme des « b ». Non seulement le résultat nous désorienterait, mais le texte perdrait sa signification ; il en va ainsi pour une organisation épistémologique.

L'épistémologie dicte les règles du langage adoptées à l'intérieur d'une science. En modifiant quelques-unes de ces règles et en en maintenant d'autres, nous créons un grand désordre dépourvu de tout sens.

Or, il est difficile de transformer un désordre insensé en communication décodable. Cependant, il est facile de tomber en contradiction si le thérapeute n'a pas assimilé et adopté l'organisation épistémologique systémique, de façon à ce qu'elle agisse presque comme un automatisme, lorsqu'il décode les faits et les comportements de la famille en question.

On ne peut à la fois penser de façon linéaire et travailler de façon systémique, car on ne peut pas être totalement crédible de la part de la famille si l'on masque sa pensée. Or, être crédible (14) est une nécessité absolue si nous voulons faire accepter notre point de vue par une famille dont la façon de voir les choses est bien établie. Une cohérence épistémologique est donc indispensable si nous voulons que la lecture du système familial que nous proposons puisse représenter une vision alternative que la famille accepte d'adopter pour se restructurer de façon plus fonctionnelle. Ceci est également valable pour l'hypothèse du « jeu », telle que nous l'employons comme métaphore dans la description de l'interaction familiale.

La façon dont le thérapeute présente sa hypothèse et réussit à la faire accepter à la famille, est fonction de son degré de conviction (conviction que l'on puisse lire comme un « jeu » ce qui se passe dans la famille) (13). Si le thérapeute emploie l'expression « comportement de protestation » alors qu'il pense « comportement de malade », la métaphore du jeu n'est qu'un moyen de décrire une situation et non pas une intervention systémique qu'il croit valable. Dans ces conditions, au premier accident de parcours de la thérapie (par exemple, l'aggravation des symptômes du patient identifié), il y a fort à parier que le thérapeute « s'exposera » en repositionnant à la famille une lecture linéaire du problème, laquelle risque alors de démolir tout le travail accompli. En effet, une telle lecture disqualifie le thérapeute et tout ce qu'il avait fait auparavant pour reformuler le problème dans un sens relationnel.

Prenons, par exemple, le cas de la prescription d'un neuroleptique face à l'accentuation des symptômes. Cette communication suffit à déclencher le processus d'autodestruction des significations dont nous parlons précédemment. Prescrire un neuroleptique au patient identifié signifie : communiquer aux autres membres de la famille que c'est le patient identifié qui est « malade ». La famille qui a été invitée à redéfinir le problème en termes relationnels, est placée à l'improviste face à un comportement du thérapeute – en l'occurrence, la prescription du neuroleptique qui contredit la vision systémique qu'il avait précédemment proposée. Devant un comportement contradictoire, la famille est désorientée. Elle a alors tendance à disqualifier tout le travail accompli jusque-là, et à proposer le retour à sa propre vision linéaire du problème, vision qui lui donne moins de responsabilités. À la limite, si la tension à l'intérieur du système devient insupportable ou dangereuse pour la sécurité des personnes, pourqu'on ne pas prescrire un calmant à toute la famille ou à d'autres membres que le patient identifié ?

Dans deux situations différentes, nous avons prescrit un somnifère à la mère d'un nouveau-né qui pleurait toute la nuit depuis sa naissance. Les parents avaient

les nerfs à vif et l'enfant risquait de se faire maltraiter. La séquence habituelle a été interrompue et le problème résolu. Le psychiatre précédent avait gavé le nouveau-né de tranquillisants sans obtenir le moindre résultat.

Dans d'autres cas, nous avons prescrit un somnifère aux deux parents de patients « anorexiques » qui prenaient le jour pour la nuit en passant bruyamment de la cuisine à la salle de bain et vice-versa. Nous avons agi de même avec des parents d'adolescents qui rentraient à la maison à 5 h du matin, moteur vrombis-sant. Y compris dans ce cas, la tension a diminué, et l'on a pu affronter les vrais problèmes relationnels de la famille.

Le langage thérapeutique

La cohérence théorique en thérapie doit se traduire par une parfaite cohérence méthodologique. On ne prolongera pas ici l'exposé de notre point de vue sur les questions de méthode (qui ont d'ailleurs déjà été traitées dans des publications précédentes). Cependant, nous voudrions émettre quelques considérations relatives au langage thérapeutique, en tant qu'instrument qui traduit, en pratique, la méthodologie thérapeutique.

Une thérapie donne des résultats lorsque le thérapeute parvient à modifier certaines habitudes relationnelles et comportementales de la famille, habitudes qui ont provoqué un tel malaise que cela a conduit l'un des membres à adopter des comportements symptomatiques. La transformation se produit lorsque la famille modifie sa propre perception et adopte la vision systémique proposée par le thérapeute.

La gradation et les étapes de ce processus de changement sont facilement localisables par une analyse linguistique des séances thérapeutiques. Pour proposer sa vision du « jeu » systémique, le thérapeute emploie un vocabulaire nouveau et inhabituel pour la famille.

Inhabituel, non pas parce qu'il emploie des mots différents de ceux du langage quotidien, mais parce qu'il en transforme l'emploi. Des mots comme « protestation », « grève de la faim », « vengeance », etc. ont un emploi courant. La révolution consiste en leur utilisation dans un contexte thérapeutique, à la place de « maladie », « anorexie », « psychose »; c'est-à-dire, pour décrire des situations habituellement définies avec d'autres mots.

Au début, la famille réagit à ce bouleversement linguistique par de la perplexité. Elle peut même refuser les nouvelles définitions. Par la suite, quand du fonctionnement du système familial, on parvient à brosser, un nouveau tableau de référence, la famille comprend et accepte ce nouveau vocabulaire, même s'il lui est difficile de l'adopter. Finalement, souvent signalé par un épisode identifiable, voilà que se produit le « virage » de la thérapie, le changement qui induit la famille à adopter spontanément la vision – et, par conséquent, le langage – du thérapeute. Souvent, dans nos thérapies, ce moment fondamental – où pour la première fois famille et thérapeute sont sur la même longueur d'onde – est lié à une intervention empathique ou ironique du thérapeute; intervention douée d'un grand impact émotif, car elle bouleverse, par un mécanisme cathartique, la signification d'une

situation autrement dramatique. Pour la famille Canne, le virage s'est produit lorsque les parents de Carmen eurent annoncé qu'elle avait le ver solitaire et que la thérapeute a répondu en riant: « Pauvre ver! ».

Le rire cathartique des parents, en réponse à la boutade de la thérapeute, montre l'adhésion de la famille au nouveau tableau descriptif. En effet, le rire n'est compréhensible que dans une situation où Carmen n'est plus considérée comme la pauvre. Pauvre qui, outre le malheur de l'anorexie, souffrait du ver solitaire. Elle n'est plus une fille sur qui pleurer, mais une personne compétente dont le comportement (considéré comme « protestation volontaire ») peut être l'objet d'humour, sans déclencher pour autant de culpabilité.

Donc, dans ce cas comme dans d'autres, le virage thérapeutique – tout en étant lié à une boutade spontanée de la thérapeute – n'est pas le résultat d'une invention brillante, mais d'un travail méthodique avec la famille, qui trouve, dans la cohérence et la plausibilité de la lecture du jeu familial tel qu'hypothétisé, ses points de force.

G. Prata
Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca
Via G. Frua 6
I-20146 Milan

BIBLIOGRAPHIE

1. Berkeleley L. von (1973): *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris.
2. Bronfenbrenner U. (1960): « Language and social class », *Brit. J. Sociol.*, 11, pp. 271-276.
3. Burstein B. (1958): « Some sociological determinants of perception: an enquiry into subcultural differences », *Brit. J. Sociol.*, 9, pp. 159-174.
4. De Blasio P., Fischer J.M., Prata G. (1987): « La fiche téléphonique. Pierre angulaire de la première rencontre avec la famille », *Thérapie Familiale*, 8, pp. 257-274.
5. Festerer H. von (1981): *Observing Systems*, Intersystems Pub., Seaside Calif.
6. La Métrique J.L. (1977): *La théorie du système général. Théorie de la modalisation*, PUF, Paris.
7. Lloyd B.H. (1972): *Perception and Cognition. A Cross Cultural perspective*, Penguins Books Ltd., Harmondsworth.
8. Neuman J.V. von, Morgenstern O. (1944): *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press, New York.
9. Peppier K.H. (1963): *Conjectures and Refutations*, Harper, New York.
10. Prata G. (1990): *A systemic harpoon into family games. Preventive Intervention in Therapy*, Brunner/Mazel, New York.
11. Prata G. (1992): « Juegos familiares: amor y odio en una pareja », *Medicina Familiar y Comunitaria*, 4, pp. 226-233.
12. Prata G., Vignato M., Bullrich S. (1994): *L'enfant suivait des yeux le bateau. Interventions systémiques dans les Jeux Familiaux*, Editions Erès, Toulouse.
13. Prata G., Raffin C. (1992): « Guérir de rage », *Thérapie Familiale*, 13, pp. 115-226.
14. Prata G., Raffin C. (1989): « Setting didactique et setting thérapeutique », *Thérapie Familiale*, 10, pp. 191-203.

LE RÔLE DE L'ENFANT: DE PATIENT DÉSIGNÉ À CELUI DE GUIDE DU PROCESSUS DE CHANGEMENT*

P. KAHN**

Mots-clés: *Le rôle de l'enfant: de patient désigné à celui de guide du processus de changement* — Cet article souhaite montrer qu'il est possible de modifier le rôle de l'enfant au cours du processus thérapeutique: sa position établie de patient désigné peut se transformer en celle de guide du processus de changement. Grâce à un entretien individuel avec le jeune client, ponctué de questions précises et pendant lequel il a réévalué la possibilité d'exprimer une hypothétique souffrance, un problème ou un symptôme, l'auteur met en évidence de manière concrète comment parvenir à donner à l'enfant le rôle d'acteur principal quant à la définition et la réalisation des changements souhaités.

Summary: *The role of the child: from the position of identified patient to that of guide in the process of change* — This article shows that it is useful to change the role of the child at the start of a therapeutic process. From the position of identified patient to that of guide in the process of change. Using an interview alone with the young « client », the author effectively allows the child to express possible mental distress or other problems or symptoms. With the help of specific questions, the author has found how to give the child a positive, evolving and central role in a possible process of change.

Meta-cls: Enfant – Rôle – Souffrance – Guide – Recadrage.

Key words: Child – Role – Pain – Guide – Reframing.

Introduction

Contexte

Cet article est issu de l'expérience et de la réflexion d'un psychologue travaillant auprès d'enfants et d'adolescents dans le cadre du Service médico-psychologique de Coldrerio au Tessin (Suisse).

Il est important de relever que le modèle systémique-relational ne constitue pas un langage commun de référence pour tous les membres de ce service de pédopsychiatrie: diverses orientations théoriques participent à l'« orchestre clinique » lors des discussions entre collègues.

* Cet article a été publié dans *Terapia Familiare*, Roma, Nr. 43, novembre 1993.

** Psychologue et thérapeute familial. L'auteur désire remercier Maurice Nanchen pour ses précieux conseils lors de la traduction de ce texte.

15. Prata G., Roffin C. (en voie de publication): « The girl who must not be cured right now. Discrepancies between family motives and the therapist's aims », in: *Family and Family Therapy in International Perspective*, Commian A.L., Gielen U. (Eds.), publisher Marinelli Ed., Milan, Italy.
16. Roffin C. (1988): « Testing clinical hypothesis by means of "Falsificationist Epistemology" », *Family Process*, 27, pp. 485-499.
17. Real T. (1990): « The therapeutic use of self in constructionist systemic therapy », *Family Process*, 3, pp. 255-272.
18. Selvini Palazzoli M. (1981): *L'anorexia mentale*, Feltrinelli, Milan.
19. Selvini Palazzoli M., Prata G. (1983): « A New Method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families », in: Sierlin H., Wynne L.C., Wirsching M. (Eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia. An International View*, Springer, Berlin.
20. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1972): *Une Logique de la communication*, Seuil, Paris.

Population

Bien que le Service médico-psychologique s'adresse aux enfants et aux adolescents de zéro à vingt ans, les réflexions cliniques exposées ici sont issues plus particulièrement du travail avec des enfants dont l'âge est compris entre quatre et douze ans, population qui statistiquement est la plus représentée dans notre consultation.

La réflexion initiale et ses développements

Au cours de mon activité clinique, fondée sur l'approche systémique-relationnelle, j'ai pris conscience que deux considérations occupaient une place considérable dans mes pensées et qu'elles semblaient concerner des problèmes fondamentaux :

- a) L'enfant est un patient désigné qui engendre souvent des sentiments de culpabilité chez les parents, les enseignants, les pédiatres ou autres intervenants. Ces derniers, cependant, donnent rarement la parole à l'enfant et, lorsque celle-ci peut quand même s'exprimer, elle ne bénéficie que de peu de crédit. Pourtant, chacun s'accorde pour placer cet enfant au centre des préoccupations, ce qui se conçoit bien puisqu'il se trouve à l'intersection des divers systèmes concernés par le problème.
- b) Lorsque nous l'invitons à s'exprimer au cours d'une séance qui réunit son système de référence – généralement la famille nucléaire – nous obtenons rarement de sa part des informations susceptibles de créer une « différence », prémisses indispensables pour activer un éventuel processus de changement.

A) Le « patient désigné » et le rôle de l'enfant

En ce qui concerne la catégorie d'âge à laquelle je me réfère, il est intéressant d'observer que c'est toujours l'adulte qui signale un problème « concernant un enfant ».

Au cours de mon travail avec les familles et avec les autres systèmes relationnels qui gravitent autour de l'enfant (école, pédiatres, services sociaux, etc.), j'ai constaté que c'est l'adulte – coïncé dans une impasse ou éprouvant de la culpabilité – qui désigne le malade, la déviance ou l'incapacité de l'enfant. Tandis que ce dernier – même si son rôle est souvent « actif » – subit la désignation et lorsqu'il se trouve dans le bureau du spécialiste, va occuper tout naturellement la chaise du « patient désigné ».

Je souligne à dessin le fait qu'il subit cette situation car souvent, même si ce n'est pas toujours le cas, l'enfant ne vit pas directement le problème, le malade, la souffrance signalés, mais est utilisé ou « s'utilise » pour signaler une préoccupation d'autrui (de l'enseignant, d'un parent, d'un couple, etc.).

Pour dissiper tout malentendu et prévenir l'incrédulité de lecteurs qui se trouvent habituellement confrontés à des enfants dont les perturbations sont plus

importantes, je tiens à préciser que la population que j'ai rencontrée et dont je parle ici comprend rarement des cas de psychose.

Cette précision me semble nécessaire si l'on se réfère au point de vue de M. Selvini-Palazzoli, qui considère – à la différence de M. Andolfi (1) – qu'il est plus que douteux qu'un patient psychotique, souvent confus, puisse assumer une position de cothérapeute.

Etant donné les limites de mon expérience avec de telles situations, je ne puis apporter pour l'instant de réponse à cette question.

Je puis affirmer sans hésitation, par contre, que dans les cas où la pathologie est « moins grave », il n'est également pas facile d'obtenir de la part du jeune client des informations claires concernant la situation dans laquelle il se trouve. La recherche de ces informations implique des conditions précises et favorables, notamment grâce à une démarche particulière du thérapeute, que j'essaierai d'illustrer ici-même.

Mon expérience de thérapeute m'amène à constater que l'on peut commettre des erreurs lourdes de conséquences si l'on omet de vérifier auprès de l'enfant l'existence du malade qui lui est attribué.

Dans les situations les plus favorables, lorsque l'enfant a déjà développé une « entraineuse protectrice » qui filtre les messages provenant de l'extérieur, il est capable de dire son étonnement de devoir parler au psychologue de problèmes qu'il ne ressent pas vraiment. Dans d'autres situations, cela n'est pas possible car le processus même de la construction de l'estime de soi est perturbé ; ces perturbations peuvent devenir difficiles à récupérer, ce dont les enseignants et les différents intervenants de santé mentale sont bien conscients.

B) L'information et la différence

En ce qui concerne l'enfant et son rôle dans le setting thérapeutique, je signale d'emblée que mon travail clinique est orienté dans la même direction que celui de M. Andolfi : accorder de l'importance à l'enfant en tant que « cothérapeute ».

Dans son livre « *Tempo e mito nella psicoterapia* » (2), après avoir défini le « patient désigné » comme porte d'entrée dans le système familial, Andolfi souligne que le patient peut « servir de véritable guide dans le processus thérapeutique en devenant en quelque sorte un fil d'Ariane ».

Il en parle même comme d'un « véritable thérapeute », relevant que « le patient envoie des signaux : le thérapeute les recueille, les organise et les traduit pour le groupe. À partir de l'intensité, de la persistance ou de la variation des signaux, le thérapeute pourra calibrer le rapport thérapeutique et les temps de ses interventions ».

Dès les premières phrases du livre d'Andolfi, je me suis senti en harmonie avec ses idées. Ses concepts et sa façon de lire le setting me convenaient tout à fait. Toutefois, mes propres observations au cours des séances avec les familles m'ont amené à modifier sa manière de procéder.

Dans ce même ouvrage, M. Andolfi démontre comment, en recourant à certaines techniques, il est possible de donner effectivement la parole à l'enfant

durant les séances avec la famille, avec comme résultat d'obtenir des informations qui permettent au thérapeute d'enchaîner différemment certaines idées, facilitant ainsi la redéfinition du problème.

J'ai constaté personnellement que durant les premières séances familiales, en présence des autres membres de la famille, tous les enfants ne sont pas capables d'exprimer un malaise, un problème ou au contraire de le nier. Il n'est pas facile de comprendre les raisons de cette réticence.

Nous pouvons imaginer une grande loyauté envers les personnes les plus significatives pour l'enfant, ou des difficultés à s'exprimer dans un climat souvent chargé au plan émotionnel, ou encore un refus de se dévoiler devant quelqu'un qu'il voit pour la première fois et qu'il doit d'abord tester.

Il est également possible de faire l'hypothèse que les réponses de l'enfant à des questions liées à sa réalité demandent un climat de grande confiance au cours de la séance familiale.

Ceci pourrait expliquer la démarche d'autres thérapeutes (5) qui préfèrent, en utilisant un langage plus métaphorique, dialoguer avec l'hémisphère droit de l'enfant lorsqu'ils interagissent avec lui en présence de ses parents.

La rencontre individuelle avec l'enfant, si ce dernier l'accepte, devient néanmoins une *setting* très efficace : je constate qu'il s'y exprime plus librement, même s'il sait que la conversation sera restituée aux parents et à la fratrie.

Il fournit des informations significatives aussi bien sur le passé que sur le présent et évoque volontiers ce que pourra être son avenir. C'est dans ce cadre que l'enfant commence à jouer un *rôle actif*, sortant de sa position d'« objet » de signalement.

Quitte progressivement sa passivité première, l'enfant devient très vite l'acteur principal en un sens positif et, par conséquent, le guide du changement qui s'amorce.

Dans ce contexte précis, bien qu'en général je privilégie la discussion thérapeutique avec l'ensemble de la famille, soutenue par des questions de type circulaire, réflexif ou hypothétique, je me suis rendu compte que des informations importantes et de nouvelles connexions peuvent être obtenues grâce à un questionnement de type « linéaire » dans le cadre de l'entretien individuel avec l'enfant.

Il est important de souligner que l'entretien individuel avec l'enfant ainsi que certaines questions linéaires sont utilisés dans un cadre systémique et non de pédopsychiatrie classique : les informations circulent, permettent de nouvelles connexions, un recadrage qui aboutira à une redéfinition du problème.

Le contexte d'évaluation

D'après mon expérience, les premières séances, bien qu'elles puissent avoir un effet thérapeutique grâce à l'utilisation de questions précises (6) qui permettent la co-construction d'une nouvelle définition du problème, servent surtout à évaluer la situation.

Elles constituent l'instrument qui permet de comprendre le problème et, surtout, d'établir un *joining* avec les différents membres de la famille.

Dans mon travail avec les enfants, j'ai pu comprendre que pendant les premières séances il est paradoxalement à la fois plus facile, mais aussi plus difficile, d'établir une relation significative avec eux que ce n'est le cas avec les adultes.

Le *joining* avec le jeune « client » est particulièrement difficile : tout peut se jouer dans la première séance, et même dans les premiers instants. Une mauvaise relation devient souvent irréversible ou en tout cas difficilement rattrapable. C'est comme si l'enfant avait besoin de comprendre tout de suite s'il peut accorder de la confiance et du crédit au thérapeute, lui déléguant alors le problème et la tâche d'aider les personnes qui en souffrent. Je me souviens encore d'une première séance avec un enfant de 8 ans et sa famille, au cours de laquelle, après 30 minutes d'entretien, il parla ouvertement du conflit existant entre ses parents.

Dans cette phase préliminaire, il est important que le thérapeute soit sensible aux différentes modalités de langage de l'enfant : il doit être attentif aux informations verbales, mais il doit être à même de comprendre également des messages moins explicites, exprimés de manière analogique. A relever que l'enfant très jeune demande une attention particulière car il ne dispose souvent que du langage analogique. Notons aussi que les messages transmis par l'enfant durant le premier entretien avec la famille sont d'une grande importance, surtout dans les cas où l'enfant refuse l'entretien individuel : divers messages sont de nature à suggérer au thérapeute le sens de ce refus.

Revenant à la dimension évaluative des premières séances et aux stratégies pour établir des relations significatives susceptibles d'amorcer un processus de changement, je suis conscient de ne pas être le seul à souligner que dans les premières phases de l'entretien il est important d'accepter la définition du problème donnée par la personne qui signale.

Dans cette première étape très délicate, procéder à un entretien individuel avec l'enfant (individu symptomatique à évaluer) correspond bien à ce que les personnes qui signalent (les parents, les enseignants, les pédiatres, etc.) attendent de l'expert ; pour elle, l'entretien avec l'enfant semble être une étape logique, voire obligatoire. Beaucoup de thérapeutes ont réfléchi aux dangers d'une telle démarche, laquelle d'une part semble accentuer la position de « patient désigné » de l'enfant, et de l'autre, confirme la délégation du problème à un expert.

Personnellement je pense que ces dangers peuvent être évités en utilisant de manière appropriée les informations recueillies durant l'entretien individuel. Ces informations devront être sélectionnées avec pertinence pour permettre, lors de l'interaction avec la famille, une co-construction de prémisses utiles à de nouveaux apprentissages.

En effet, comme le souligne M. Marzari (4), il n'y a pas de changement possible sans apprentissages, car le changement et l'apprentissage sont corrélés de façon étroite, un peu à la manière d'une spirale.

Technique d'intervention

Dans la perspective d'un travail thérapeutique qui tend à valoriser le rôle de guide du patient, je souhaite illustrer maintenant la technique d'approche en quatre phases que j'utilise habituellement :

a) Une première séance à laquelle est généralement convoquée la famille nucléaire. Peuvent être également convoqués d'autres membres des familles élargies ou des personnes jouant un rôle significatif concernant le problème exposé.

b) Séance individuelle avec l'enfant.

c) Une deuxième séance avec la famille nucléaire, convoquée dans le but de provoquer un entretien où est restitué le contenu de la séance avec l'enfant et redéfini le problème initial. Le but est de permettre aux personnes impliquées de relier dans une perspective nouvelle les faits exposés lors de la première séance.

d) Eventuelle prise en charge thérapeutique, ainsi que mise en route d'interventions parallèles, par exemple auprès des enseignants.

Mais il importe de formuler quelques précisions complémentaires:

- La première séance avec la famille est précédée d'un entretien téléphonique qui a pour but de permettre la rédaction d'une fiche contenant des informations utiles, soit pour formuler les premières hypothèses, soit pour déterminer quels sont les membres de la famille à convoquer.

- La séance individuelle avec l'enfant peut être précédée d'un entretien avec l'enseignant ou une autorité scolaire, si le signallement provient de l'école ou si le problème se situe dans le contexte scolaire. Il s'agit, comme pour celui avec la famille, d'un entretien préliminaire qui permet de cibler des questions pouvant servir pendant la séance avec l'enfant et de définir avec précision les domaines à explorer.

- Dans quelques situations particulières, un examen psychologique suivra l'entretien individuel. Dans ce cas, l'examen précédera le deuxième entretien avec la famille. En ce qui concerne la pratique de l'examen psychologique – en quelque sorte une arme à double tranchant – il y aurait beaucoup de remarques à faire.

Je me limiterai à observer que s'il est employé avec désinvolture comme moyen habituel pour évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant (ce qui est généralement demandé par le contexte qui a signalé le cas; il peut être aussi simplement souhaité car considéré comme l'unique instrument permettant d'évaluer immédiatement la situation), l'examen psychologique peut receler beaucoup de pièges, et même être dangereux dans la mesure où il tend à stigmatiser le problème en le réduisant aux difficultés ou aux handicaps que l'examen met en évidence. Par contre, lorsque l'utilisation des résultats obtenus aide à redéfinir le contexte initial, l'examen psychologique devient alors extrêmement utile, voire incisif.

Généralement, j'utilise l'examen psychologique dans les situations où l'estime de soi de l'enfant est très négative et dans lesquelles je pressens de bons résultats aux différents tests; je l'utilise également dans les cas où les résultats me permettent de communiquer aux enseignants ou aux parents, qui

ont une vision négative de l'enfant, une évaluation opposée renversant l'image initiale de la situation.

La redéfinition élaborée à partir des résultats des tests permettra un travail autour de l'enfant fondé sur une nouvelle approche épistémique, laquelle ne s'étayera pas prioritairement sur les lacunes, mais au contraire permettra l'émergence de potentialités non encore exploitées.

Après ces observations, je souhaite décrire plus en détail la phase où se déroule l'entretien individuel avec l'enfant, ci-dessus indiquée sous la lettre b).

En dominant un tel poids à cet entretien, je ne souhaite absolument pas réduire l'importance de la première séance avec la famille – phase qui a été par ailleurs souvent étudiée par les thérapeutes de la famille appartenant aux différentes écoles. Et si, dans le cadre de cet article, je ne m'arrêterai pas davantage à l'éventuelle phase «supplémentaire» (qui concerne l'entretien avec l'enseignant), c'est pour abréger ce texte, et non pas pour négliger une phase que je considère également comme très importante, même si elle est relativement peu décrite par les intervenants travaillant à partir de l'approche systémique-relacionnelle.

L'entretien individuel avec l'enfant

Deux catégories de problèmes fondamentaux ont attiré mon attention:

1. Quels sont les domaines relationnels à explorer dans ce genre d'entretien?
2. Quelles sont les questions qui permettent de recueillir les informations les plus significatives dans la perspective d'un éventuel processus de changement?

1. Domaines à explorer

a) Ecole

Il s'agit d'un domaine à approfondir plus ou moins en fonction de la nature du problème signalé. Généralement, l'objectif visé est de préciser quel est le contexte dans lequel celui-ci a émergé.

Dans le cas où le problème s'inscrit clairement dans le contexte scolaire – par exemple, à propos de difficultés dans les apprentissages, dans le comportement ou dans les relations au sein du système classe ou école – son exploration sera d'autant plus poussée.

b) Maison – famille

Beaucoup de questions formulées par le thérapeute font évidemment référence à ce contexte, lequel est analysé surtout en explorant les différentes relations familiales (parents, fratrie et familles élargies).

Un regard tout particulier est porté sur le contexte de jeu (qui comporte aussi des relations), à la maison ou à l'extérieur (par exemple, dans le quartier). Dans ce

domaine, on explore également les activités que l'enfant partage avec les membres de sa famille et le déroulement des devoirs scolaires.

c) Symptôme – problème

Ici une importance particulière est accordée au problème lui-même et à la façon dont il est vécu. Il s'agit de savoir si le problème signalé existe vraiment pour l'enfant. Le reconnaît-il ou n'est-il qu'une construction élaborée par d'autres personnes et qu'il s'est senti « obligé » d'accepter ou d'adopter?

Par ailleurs, il s'agit de rechercher si l'enfant est en proie à d'autres problèmes ou préoccupations, non exprimés ou observés par des personnes autour de lui. On évalue sa souffrance personnelle et/ou celle induite par le symptôme chez d'autres membres de la famille ou d'autres personnes (camarades d'école, etc.).

d) Changement possible dans le futur

Ici il y a lieu de rechercher si l'enfant souhaite un changement. A ce propos, je constate que si l'on a souvent analysé la demande explicite de changement dans les contextes thérapeutiques (demande souvent ambiguë et paradoxale: « Aidez-nous à changer pour ne pas changer »), on a par contre très peu exploré la demande de changement formulée par le jeune client.

Si une telle demande existe, il est important de rechercher qui (à l'intérieur de sa famille d'origine ou en dehors de celle-ci) peut l'aider à activer ce processus et par qui l'enfant souhaite être aidé.

Il est également utile d'entendre l'enfant dire « comment la personne qu'il désigne pourrait l'aider », mais j'ai quasiment toujours constaté que l'enfant répond avec difficulté à cette question. Cela dépasse-t-il ses capacités, ou, à l'instar du système social institutionnel dont il fait partie, préfère-t-il déléguer cette tâche à l'expert consulté? Autre moment fort de cette investigation, la production d'hypothèses de compréhension, lesquelles suggèrent comment à court, moyen ou long terme le problème peut se résoudre et la souffrance diminuer ou disparaître.

e) Aide du thérapeute

Il s'agit d'évaluer ici si l'enfant peut ou pourrait considérer l'intervention du thérapeute comme une aide potentielle. L'enfant répond souvent de manière précise à cette question et presque toujours ses intuitions se confirment. Cependant, on se doute bien que l'enfant ne va pas jusqu'à préciser « comment » le thérapeute pourrait l'aider.

J'ai alors l'habitude de proposer à l'enfant différentes modalités de travail « au choix » (ex: le couple des parents seul, la famille nucléaire, des séances individuelles avec l'enfant, etc.).

Ses messages digitaux et/ou analogiques sont pour moi très éclairants.

2. Le domaine des questions

Je pense qu'il est intéressant pour le lecteur de connaître les questions que je pose généralement à l'enfant. Leur présentation suit l'ordre chronologique des domaines à explorer.

Évidemment, cette liste n'est pas exhaustive et nécessite qu'on l'adapte à la spécificité des diverses situations, parfois en la raccourcissant, parfois en la complétant. Il ne s'agit donc de rien de plus que d'un canevas.

a) École

- Comment cela va-t-il avec le (la) maître (maîtresse) de cette année? (Rechercher des analogies ou des différences avec les enseignants des années précédentes).
- Ou'est-ce que tu penses quand la maîtresse dit que tu ne te comportes pas bien?
- Comment te sens-tu avec tes camarades? Avec qui est-ce que tu te sens mieux? D'après toi, comment se fait-il que tu te sentes mieux avec les filles qu'avec les garçons (ou l'inverse)?
- D'une manière générale comment va l'école pour toi? Est-ce que cette année est plus facile ou plus difficile que l'année dernière? Quelles sont les branches faciles pour toi? Et les difficiles? Dans quelles branches voudrais-tu être aidé? Comment? Qui pourrait t'aider? De quelle personne désires-tu de l'aide?

- Comment penses-tu que sera la prochaine année scolaire? Pourquoi?
- Ou'est-ce qui te préoccupe le plus en pensant à la prochaine année scolaire?
- Ou'est-ce que tu penses quant tes camarades ne te choisissent pas pour jouer? (Questions diverses liées au problème relationnel avec les camarades; analyser les solutions possibles imaginées par l'enfant dans le contexte de la classe: aide des camarades, de l'enseignant, etc.)

b) Maison – famille

- Comment vont les choses à la maison?
- Que penses-tu à propos de ce que disait ta maman, ton papa, etc.? (Analyser la définition du problème présentée par les parents, les enseignants, etc.)
- Concernant le problème (ton comportement), qui selon toi en souffre le plus dans ta famille? Qui le moins? Qui pourrait souffrir davantage si l'on découvrirait que tu ne souffres pas du tout concernant le problème qu'on m'a exposé?
- Qui serait le plus content, qui moins, si tu cessais de provoquer ta mère?
- Quand tu refuses de faire quelque chose pour ta mère, que fait ton frère?
- Selon toi, quand c'est ta grand-mère maternelle qui décide pour toi, que pensent ton père ou ta mère? (Les questions concernant les relations familiales, en vue d'obtenir des différences significatives, peuvent naturellement être très nombreuses.)

- Que fais-tu quand tu ne vas pas à l'école? Avec qui joues-tu? Aimes-tu jouer plutôt seul ou avec quelqu'un? (On explore aussi la relation à l'intérieur de la fratrie à travers le jeu.)
 - Que fais-tu avec papa et avec maman? Qu'est-ce que tu aimerais faire avec papa et avec maman que tu ne fais pas maintenant? Si tu jouais moins avec ta grand-mère paternelle, avec qui aimerais-tu jouer le plus, avec maman ou papa?
 - Avec qui fais-tu les devoirs? Aimerais-tu faire davantage les devoirs avec papa? Si l'on décidait aujourd'hui que tu peux faire les devoirs seul, quelle branche choisirais-tu pour commencer?
- c) *Symptôme – problème*
- Qu'est-ce que tu penses de ce qu'ont dit papa et maman quand nous nous sommes vus tous ensemble? Es-tu d'accord avec lui – elle – eux? Selon toi (par rapport au problème signalé), est-ce un problème pour toi?
 - Quand tu te comportes comme cela comment te sens-tu? Triste, content, tranquille, etc.? D'après toi, est-ce que tu souffres plus que ta maman?
 - Es-tu préoccupé par ce problème? En ce moment es-tu préoccupé par quelque chose d'autre?
- d) *Changement possible dans le futur*
- Qu'est-ce que tu voudrais changer par rapport à ta vie actuelle? Là où tu voudrais changer le plus de choses, est-ce à la maison ou à l'école?
 - Qui, selon toi, pourrait t'aider (à changer)? De qui voudrais-tu de l'aide? Est-ce que ton papa ou ta maman pourrait t'aider? Qui plus? Qu'est-ce que tu leur conseillerais pour t'aider, si tu en avais la possibilité? (Dans ce domaine on explore également les possibilités d'aide que pourraient offrir d'autres membres de la famille suffisamment significatifs, par ex. des oncles, des grands-parents, des cousins, ...; ainsi que l'aide d'autres spécialistes: médecin, maître d'appui, etc.)
 - Selon toi, à partir de quand ton comportement dérangeant à l'école pourrait-il diminuer? Quelle sera la situation dans deux mois?
 - Si papa pouvait t'aider davantage en mathématique, comme tu me disais le souhaiter, en combien de temps penses-tu faire des progrès dans cette branche?
 - Si ta mère et ton père prenaient ensemble les décisions qui te concernent, en combien de temps pourrais-tu chasser ce vilain problème qui te dérange tellement?
- e) *Aide du thérapeute*
- Qu'est-ce que tu penses que je peux faire pour toi? Qu'est-ce que tu aimerais que je fasse pour toi?

Tes parents m'ont choisi pour t'aider, mais toi, qu'est-ce que tu en penses? Si nous nous voyons tout les deux pour parler de tes camarades, est-ce que cela te serait utile?

Si je voyais ton père et ta mère, est-ce que tu penses que cela te serait utile? Est-ce que tu penses que je pourrais aider ta maman et ton papa à t'aider? Est-ce que tu penses que cela t'aiderait davantage si nous nous voyons tous ensemble plutôt que de rencontrer seulement ton père et ta mère? Si je voyais également ta maîtresse, est-ce que cela pourrait t'aider?

Situation clinique

Prémisse

Dans la situation clinique que je désire exposer succinctement maintenant, j'ai utilisé certaines questions qu'on vient de lire. Etant donné qu'il ne me semble pas utile de les répéter, je vais me contenter de résumer les informations les plus pertinentes obtenues de cette manière, lesquelles m'ont permis de construire une nouvelle vision du problème signalé ainsi que d'imaginer un avenir différent.

Le «brouillard familial» de Lorenzo

La responsable de l'équipe du soutien pédagogique scolaire signale Lorenzo à notre service: il s'agit d'un écolier de 9 ans qui fréquente la 4^e année primaire. L'enfant présente de grandes difficultés scolaires, particulièrement en mathématique. On nous signale également une situation familiale complexe: les parents sont divorcés et Lorenzo vit depuis peu avec sa mère remariée; les grands-parents maternels se sont occupés de lui dans un rôle de parents, de 8 mois à 6 ans.

La rencontre avec les enseignants

Je rencontre dans un premier temps la responsable de l'équipe de soutien pédagogique, la maîtresse de classe et la maîtresse d'appui. Du point de vue scolaire, l'information la plus importante est que l'inspecteur scolaire avait pris la décision de faire passer Lorenzo en 4^e, ce qui satisfait les parents, alors que la maîtresse conseillait la répétition de la classe.

La divergence non exprimée entre l'inspecteur et la maîtresse permet à Lorenzo de fréquenter la 4^e, mais en suivant un programme de 3^e! Lorenzo naturellement ne comprend pas et il apparaît confus.

La maîtresse qui est très sensible à la situation de cet enfant (elle voulait qu'il répète la classe uniquement pour son bien) évolue entre deux rôles: celui de maîtresse et celui de mère! La confusion de l'enfant ne peut être que plus grande.

L'entretien avec la famille

Durant le premier entretien avec la famille sont convoqués Lorenzo, sa mère et son nouveau mari, ainsi que les deux grands-parents maternels (je rencontrerai par la suite également le père qui vit dans un autre canton).

En résumé, les éléments importants qui émergent sont les suivants : les grands-parents maternels, qui ont eu un rôle fondamental durant la petite enfance de Lorenzo, sont « détrônés » à la suite du récent rapprochement entre la mère et l'enfant ; Lorenzo est décrit comme un enfant peu sûr, renfermé et qui parle peu (le message implicite semble être qu'une thérapie individuelle l'aiderait à extérioriser davantage ses pensées).

La mère se sent coupable d'avoir « abandonné » son fils à ses propres parents durant une période si longue et si délicate pour son développement.

L'enfant est confus : il ne sait pas exactement quel est le rôle joué par les personnes qui s'occupent de lui, ainsi que leur importance.

Répondant à une question précise de ma part, Lorenzo dit qu'il préfère ne pas parler devant les membres de sa famille. Naturellement la famille l'invite à plusieurs reprises à donner son avis, mais l'enfant garde le silence et accepte l'idée d'un entretien individuel avec soulagement (lecture analogique de l'expression de son visage et de la posture de son corps).

Entretien individuel avec Lorenzo

Les questions que je pose à l'enfant me permettent d'obtenir les informations suivantes : Lorenzo vit très mal le fait de suivre un programme de 3^e alors que la réalité lui dit qu'il se trouve en 4^e primaire.

Il juge utile le soutien pédagogique qu'il reçoit pour réduire ses lacunes en mathématique. Il préfère prendre la responsabilité d'un éventuel échec, mais en suivant entièrement le programme de 4^e.

Le visage de Lorenzo s'illumine lorsque nous parlons du père : il désire le voir plus souvent et me signale son rôle affectif et éducatif.

A l'aide de personnages en bois il redessine sa constellation familiale, attribuant de nouveaux rôles, bien spécifiés, qui selon lui permettraient d'éliminer la confusion qui règne dans sa tête.

Lorenzo, par ailleurs, me communique ne pas éprouver de souffrance particulière. Le fait de s'exprimer au compte-gouttes ne semble pas être un problème personnel mais plutôt relationnel : il ne sait jamais à qui dire ce qu'il aurait à dire ! Il indique le psychologue comme étant la personne qui peut l'aider, bien qu'il ne sache pas de quelle manière. Il ajoutera que cette idée lui est venue pendant l'entretien.

Reframing

Voyons brièvement comment j'ai pu redéfinir la situation générale de Lorenzo, grâce notamment à son aide.

En accord avec les différents intervenants scolaires, il est décidé que Lorenzo suivra dorénavant le programme de 4^e année primaire.

À la fin de l'année scolaire, il échoue, mais il a démontré qu'il pouvait acquérir de nouvelles notions. Lorenzo « accepte de bon gré » la décision scolaire.

Dans ce cas, j'ai choisi l'option, que généralement je privilégie, de maintenir l'enfant le plus ancré possible dans la réalité : à mon avis, un échec scolaire est toujours préférable à une réalité qui engendre de la confusion (ce qui serait le cas en devant suivre un programme de 3^e tout en étant dans une classe de 4^e).

J'ai eu maintes fois l'occasion de constater de quelle manière des messages confus en provenance du contexte scolaire (souvent associés à des messages qui le sont tout autant issus du contexte familial) pouvaient produire dans les meilleurs cas un désinvestissement scolaire et dans les pires l'émergence d'une pathologie.

Je décide de travailler avec les enseignants et les parents (dans des *settings* séparés), développant l'idée de donner plus de responsabilité à Lorenzo : de ce fait, il acquiert assez rapidement une certaine autonomie concernant ses devoirs scolaires.

La maîtresse abandonne son rôle de « mère de substitution » pour jouer uniquement celui qui lui a été officiellement attribué (le deuil sera difficile mais aura des effets positifs aussi bien pour elle que pour Lorenzo).

Il est décidé que la maîtresse d'appui continuera d'aider l'enfant pendant la répétition de la 4^e (le nombre de séances sera écourté au fil des mois), mais pas en 5^e primaire, selon un désir bien précis de Lorenzo, qui est d'ailleurs partagé par les intervenants scolaires.

Les rôles des membres de la famille sont redistribués et redéfinis (mère, père, beau-père et grands-parents maternels), attribuant à chacun de nouvelles compétences et en soulignant leur importance dans la perspective de faire disparaître « le brouillard » qui règne dans la tête de Lorenzo.

Il est ensuite pris congé des grands-parents, que le thérapeute a au préalable valorisés et remerciés. Suivent des entretiens avec le père, et séparément avec la mère et son nouveau mari ; ces entretiens sont centrés essentiellement sur le rôle parental du père et de la mère, et sur le processus d'autonomisation de Lorenzo.

Lorenzo ne sera pas suivi en thérapie individuelle. A quelques reprises, en fonction d'un désir précis de sa part qu'il communique directement à sa mère, j'aurai des entretiens avec lui, au cours desquels je vérifie « la part de brouillard » encore présente dans sa tête.

Catamnèse

Le travail thérapeutique, avec ses différents *settings*, dura environ 14 mois (les entretiens et les séances sont très espacés).

Trois ans après la fin du processus thérapeutique j'ai l'occasion de revoir la famille. Le nouveau signalement est néanmoins de nature différente par rapport à celui initial : Lorenzo commence à exprimer le désir de vouloir vivre avec son père.

- Le travail précédemment effectué avec les instances scolaires et les différents membres de la famille s'est révélé efficace. Il a permis à Lorenzo d'obtenir un rendement scolaire satisfaisant, une bonne autonomie en général dans sa vie et, en outre, une claire définition des rôles des personnes significatives pour lui.

L'enfant et le refus de l'entretien individuel

Généralement l'enfant accepte mon invitation à participer à un entretien individuel. Si je devais établir un pourcentage, je dirais que dans 95% des situations j'obtiens une réponse positive de la part du jeune client. Mais les 5% restant ? J'ai constaté que les enfants qui refusaient, en un sens, me l'ont fait comprendre à travers certains signaux durant la séance avec la famille.

Ce sont souvent des messages analogiques qui me permettent de prévoir un futur refus, ce qui augmente mon attention pour en comprendre les motifs. Je désire exposer brièvement ici un cas de ce genre, celui de Franco.

Le refus de Franco

Quand je le rencontre pour la première fois avec ses parents, Franco est un enfant de 6 ans et demi qui présente des troubles du comportement à l'école. La maîtresse est à bout de nerfs et dit risquer une dépression nerveuse.

En accord avec l'inspecteur scolaire, elle décide de me signaler le cas : si l'on arrivait à comprendre le pourquoi des difficultés de comportement de Franco, on pourrait éviter son expulsion de l'école.

A la maison, l'enfant se comporte de façon semblable : les parents n'arrivent pas à lui imposer efficacement des limites et la mère vit une situation désespérée assez semblable à celle de la maîtresse, bien qu'évidemment les implications pratiques soient très différentes dans les deux contextes.

Avant l'entretien avec la famille, je me rends en classe pour m'entretenir avec la maîtresse (qui m'avait signalé le cas avec l'inspecteur), tandis que je ne verrai l'inspecteur que plus tard.

La maîtresse me parle de son désespoir et ajoute que le père de Franco n'a pas confiance dans les psychologues, ayant vécu une expérience négative à propos de son propre frère (toxicomane, décédé depuis peu).

Cette information est fondamentale, car durant les premiers instants de l'entretien avec la famille, elle me permet de soigner particulièrement le *joining* avec le père.

Durant le même entretien, la mère me signale que Franco, au départ de la maison, lui a dit explicitement qu'il ne parlerait pas, qu'il se limiterait à me saluer, même s'il me trouverait sympathique ! L'attitude de Franco durant la séance correspond à ce que m'a transmis sa mère : sa posture ainsi que son regard qui m'évite soigneusement sa décision.

Me rendant compte que l'enfant opposera un refus déterminé au colloque individuel, je lui pose des questions précises et difficiles, auxquelles il répond pon-

nellement en me fournissant des indications extrêmement utiles. Dans ce cas, l'enfant joue le rôle de « cothérapeute » uniquement pendant la séance familiale.

Comme je m'y attendais, à la fin du premier entretien avec la famille, Franco refuse de venir seul la fois suivante.

J'accepte sa décision, mais en lui communiquant que je devrai rencontrer à nouveau ses parents dans les quinze prochains jours et qu'il peut décider s'ils doivent venir avec ou sans lui.

Franco choisit le deuxième *setting*, « en me déléguant » la situation. Cela représente une remarquable ouverture, si l'on tient compte du contrôle qu'il maintient généralement sur les adultes au travers de son comportement.

Indépendamment du fait que les résultats thérapeutiques sont pour le moment positifs, dans une thérapie qui se poursuit encore et sur laquelle je ne veux m'étendre davantage, il me semble intéressant de formuler des hypothèses sur ce qui s'est passé durant la première séance familiale.

Il est probable que Franco a perçu le bon *joining* que le thérapeute a pu établir avec son père (des messages analogiques captés durant la séance m'ont fait comprendre que ce dernier était satisfait de nos rencontres, ce qu'il a d'ailleurs voulu communiquer à la maîtresse de l'enfant).

Il est probable aussi qu'à partir de cette perception, Franco m'a autorisé à continuer le travail avec ses parents ; ce qui est d'autant plus remarquable que Franco, au début tout au moins, contrôlait ses parents et se situait de fait dans une position hiérarchique supérieure à la leur :

Franco

Père Mère

Malgré les bénéfices secondaires qu'il retire de la situation, Franco m'a bien fait sentir, au cours de la première séance, quelle est sa souffrance et quel prix humain lui coûte son effort pour équilibrer une structure familiale dysfonctionnelle. Les informations recueillies par le biais des questions que je lui ai posées « m'autorisent » à travailler avec les parents pour les aider à retrouver des rôles plus fonctionnels dans la famille.

Réflexions finales

Comme je l'ai annoncé au début, mon intention était de proposer au lecteur un article pragmatique, qui n'a la prétention ni d'être une recherche, ni une méthode applicable dans toutes les situations où se trouve un jeune client.

Le travail quotidien avec l'enfant, avec les personnes significatives pour lui, et avec les systèmes dans lesquels il est inséré en tant qu'acteur, m'a conduit aux considérations suivantes :

- Lorsque le thérapeute parvient à décoder les messages explicites et implicites de l'enfant, et qu'il peut construire un projet thérapeutique à partir des besoins véritables (donc essentiels pour son développement) de ce dernier, alors « l'avis

de l'enfant » se transforme en un puissant levier capable de créer les prémisses pour un changement.

En d'autres mots, un avis ou un projet thérapeutique proposé à partir du seul thérapeute peut être facilement disqualifié par la famille ou par les personnes qui s'occupent de l'enfant.

A l'inverse, lorsque le projet provient de l'enfant lui-même, par l'intermédiaire du thérapeute, il est alors difficilement refusé.

Si ce coprojet redéfinit des compétences spécifiques pour chacune des personnes qui s'occupent de l'enfant (les sortant ainsi d'une réelle situation d'impasse), il a également pour effet d'atténuer le sentiment de culpabilité (selon mon expérience, impossible à éliminer complètement) toujours présent chez les parents et en partie aussi chez les autres personnes qui ont signalé l'enfant. C'est cependant l'enfant qui « définit » la nouvelle répartition des compétences et qui introduit de nouveaux paradigmes épistémiques, ce qui a fréquemment pour effet de faire passer d'une véritable situation de confusion à une détermination plus fonctionnelle des rôles et des personnes nécessaires à l'enfant à l'étape d'évolution qui est la sienne.

Avec cette « redistribution » suggérée par l'enfant, le thérapeute évite les dangers et les risques d'une phase toujours délicate.

En effet, lorsqu'il est appelé en qualité d'expert, le thérapeute reçoit un mandat dans lequel n'est pas explicitée une donnée importante: après l'établissement du diagnostic, qui prendra les décisions concernant l'enfant, qui définira la suite des opérations, qui aura le pouvoir de décider? Est-ce un rôle qui est réservé aux parents, aux enseignants, au service de soutien pédagogique, au pédiatre?

L'enfant semble mettre tout le monde d'accord en co créant avec le thérapeute un climat de collaboration propice à son développement, « codécidant » les interventions appropriées et acceptant, tout au moins dans un premier temps, que le thérapeute soit le traducteur qui transforme ses besoins en réalité.

En un certain sens, par rapport aux systèmes en présence, l'enfant permet de créer « une différence dans l'interdépendance », ou chacun joue un rôle unique et gratifiant.

Selon mon expérience, j'ai pu constater que l'enfant ne se trompe jamais en éliminant et/ou en (re) distribuant les rôles et les compétences autour de lui: j'ai toujours l'impression d'être en présence de la « prophétie qui s'autoréalise ».

Généralement, en psychologie et surtout en psychiatrie, nous parlons de celle-ci en un sens négatif. Dans la situation ici décrite, au contraire, l'expression prend une connotation résolument positive.

En écoutant d'emblée et avec attention le message du jeune client, nous contribuons à le « libérer » en un temps relativement court de rôles qui ne lui incombent pas au sein du jeu familial.

Naturellement, lorsqu'une souffrance individuelle est clairement exprimée, il est nécessaire et important de créer un *setting* thérapeutique spécifique pour l'enfant.

L'aspect qui me paraît le plus intéressant dans ce travail avec et pour notre jeune client, c'est le changement de paradigme épistémique qui très vite se dessine au début du processus thérapeutique: l'enfant, de « victime » incompétente et/ou symptomatique, devient un acteur important (3) et compétent pour décider.

Comme l'a déclaré M. Andolfi dans un récent congrès, la famille dispose de ressources thérapeutiques telles qu'elle peut être meilleur thérapeute que le thérapeute lui-même.

J'ajouterais que souvent le jeune client peut devenir le « leader » de ces thérapeutes, pourvu qu'on sache l'écouter dès le début et ensuite le comprendre.

Pierre Kahn
Via alla Cartiera 8
CH-6952 Canobbio

BIBLIOGRAPHIE

1. A.A. V.V. (1991): *Emozioni, soggetto, sistemi*, Atti del convegno della SIRS, Via e Pensiero.
2. Andolfi M., Angelo C. (1987): *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Boringhieri, Torino.
3. Crozier M., Friedberg E. (1977): *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.
4. Marzari M. (1991): *La costruzione della differenza*, Clueb, Bologna.
5. Tilmans Osin E. (1981): « La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants », *Thérapie Familiale*, Vol. 4, pp. 329-335.
6. Tomm K. (1991): « Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive? », *Bollettino del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, 24, pp. 1-14.

LES PETITS ENFANTS : PETIT ULYSSE ENTRE CHARYBDE ET SCYLLA *

C. SACCU¹, G. MONTINARI²

Résumé: *Les petits enfants: petit Ulysse entre Charybde et Scylla* — Cet article évoque la situation de couples engagés dans une procédure de divorce. Les situations de séparations non consensuelles amènent le Tribunal civil à faire appel à des experts afin de l'aider à prendre une décision par rapport aux enfants. Les auteurs proposent une réflexion sur l'utilisation de l'espace et le temps de l'expertise comme un temps et un espace thérapeutiques. Ceci afin que la séparation puisse être reconnue et protégée comme activatrice d'aires fantasmatiques et, ainsi, éviter une rigidification des mécanismes basée sur des sentiments de culpabilité.

Summary: *The small children: Little Ulysses between the Frying Pan and the Fire* — This article deals with the situation of couples with children involved in divorce proceedings. Cases of conflicting separation leads the Jurisdictional Court to ask the help of experts when taking decisions about the children. The authors reflect on the idea to use the frame and time of the expertise as therapeutic time and frame. This would allow the separation not to provoke the rigidifying of the mechanisms based on guilt, but rather to be recognized and protected as initiator of fantasmatc areas.

Mots-clés: Couple – Séparation – Espace thérapeutique – Jeu – Conflit.

Key words: Couple – Separation – Therapeutical frame – Games – Conflicts.

Sous un coup de masse, la pierre fut divisée en deux : chaque partie, projetée de son côté, gisait sans mémoire de son passé. Entre elles, un espace que l'on nous a appris à appeler vide.

Non loin de là dans le temps, quelques débris inertes d'un vase antique... Mais une main attentionnée essaie de recomposer le vase jusqu'à ce que le guerrier, la lance et le cheval réapparaissent dans leur intégrité primitive. Chacun des débris portait en lui un morceau de l'autre. L'espace entre eux conserve la trace d'une mémoire ancienne, perçue comme une présence.

Plus près de nous, un homme et une femme s'asseyaient loin l'un de l'autre. Le regard sombre et la parole cinglante, ils se rappellent un passé lourd de signification. Dans quelques mois, cet homme et cette femme ne formeront plus un couple.

* Traduit de l'italien par Eric Boissens, psychologue. Développement d'une communication présentée au Congrès de Rome, *La coppia in crisi*, 1987.

¹ Directeur de la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare, Via Reno 30, I-00198 Roma.

² Psicoterapeuta sistemica.

A nous, chargés de les rencontrer, cet espace entre eux apparaît plein d'une réalité conflictuelle où sont condensées les attributions, les rancœurs, les souffrances, les propositions, les vaines tentatives de solution. Dans cet espace, la même histoire, que nous appelons processus, est lue de manière différente. D'autre part, il n'est pas possible d'être le même au moment de la séparation.

Nous nous étions préparés longtemps à l'étude du couple, en concentrant notre attention sur ce processus largement inconscient qui donne forme au modèle du mariage: le concept de collusion, pour lequel besoins et sentiments sont attribués dans une unité qui rend floues les frontières de l'égo. De là, l'importance de l'étude des réalités psychologiques qui sous-tendent les choix des paramètres de rigidité et de flexibilité du système qui s'y est formé.

C'est pourquoi la séparation sera, pour nous, un processus complexe qui permettra la mise en évidence d'un espace dysfonctionnel d'autant plus grand et intense que sera importante la discordance entre la séparation formelle et la séparation psychologique.

Reprendre la partie que chacun a déposé chez l'autre, afin de se protéger, est un long processus.

Pour cela, nous prendrons comme exemple l'histoire de ce couple qui avait réalisé le maximum de la séparation physique. Après une lutte acharnée pour la garde des enfants et de la maison, perdue par l'épouse, celle-ci est retournée dans son pays natal, en Amérique du Sud, donnant ainsi l'impression d'un renoncement total. Le mari, maintenant vainqueur, mais supportant mal la sortie de scène de sa persécutrice (conséquence de l'action apparemment réparatrice de la justice, qui la motivait pourtant), avait combiné une entrevue avec son ex-femme dans un pays neutre, pour qu'elle puisse revoir leur fils de 10 ans et leurs deux filles de 14 et 16 ans.

Le geste de l'épouse, qui au cours d'une innocente promenade avait loué un petit avion amenant dans son pays les deux filles, lui avait semblé non prémédité. Mais psychologiquement, cet événement avait restitué au persécuteur sa fonction, réactivant ainsi un circuit relationnel conflictuel dans lequel le mari semblait se mouvoir avec plus de facilité, de dextérité.

L'histoire a une suite, nouvelle dans la forme, vieille dans la substance. Marco (10 ans) est revenu en Italie souffrant d'un angiome au pénis, refusant de travailler si la mère et les sœurs ne revenaient pas. A son retour, la mère sera poursuivie sur dénonciation du père pour soustraction d'enfant, sans pourtant que les termes de la plainte offrent la possibilité d'une arrestation immédiate.

Le conflit, disions-nous, est un lien qui est si profond que la séparation physique ne pourra le remplacer.

Pour cela, notre intervention doit avoir, implicitement, une intention thérapeutique. Plusieurs fois, nous nous sommes heurtés à ce dilemme, dans des discussions de séminaires, y compris avec des juges.

Dans les situations de séparation non consensuelle, en effet, le conflit entre les époux, pour l'attribution de la maison conjugale et la garde des enfants, investit le juge d'instruction du Tribunal civil d'un rôle de décision, qui institue une situation nouvelle. Souvent, le juge s'appuie sur la compétence d'un expert en lui posant une question concernant essentiellement la sauvegarde et la protection du mineur:

« Que le C.T.U.³ nous dise, après avoir examiné la procédure, vu les parties, analysé l'environnement et les personnes importantes, quels seront le meilleur régime de garde pour les mineurs et les modalités de rencontre pour le parent qui n'en a pas la garde ».

Aux experts du C.T.U., on demande de prêter un serment avant de commencer le travail qu'ils devront joindre à celui réalisé par les consultants désignés par les parties.

Nous avons centré nos réflexions sur trois aspects significatifs: 1) Le contexte et la logique qui le sous-tend; 2) Le rôle du C.T.U. par rapport à son identité professionnelle; 3) La méthodologie de l'intervention.

Le contexte judiciaire est activé par une demande de jugement « impartial » qui contient implicitement une attente d'évaluation qualitative de l'attitude et des comportements passés et présents des adversaires.

En fonction de ce jugement, chacune des parties adopte une attitude qui conforte qualitativement sa propre définition et amplifie en des termes dévaluants et dénigrants la définition de l'autre.

« Dites, vous, lequel d'entre nous est le plus gentil, lequel est le plus méchant ? » Chaque effort, donc, tend à l'amplification des attributions qui confirment les descriptions figurant dans la demande du jugement (activation du contexte judiciaire).

Nous savons comment un mode d'attribution de qualité positive répond à une logique linéaire, dans la mesure où à travers les attributs spécifiques de la personne, il rend implicite un rapport de causalité dans la lecture des événements, avec implication sur le plan de la responsabilité.

C'est comme si chacun disait: « Je suis responsable et donc, digne de confiance comme on peut le voir suivant mon histoire, tandis que l'autre est irresponsable comme on peut le voir suivant son histoire que j'ai rapportée; il est indigne de confiance ou, en tout cas totalement responsable de la misère passée, présente et future de mes enfants ».

Commence ainsi un jeu de massacre sous couvert d'un but noble (la santé et le bien-être de la progéniture), qui met en avant l'aspect de sacrifice: « Il faut faire vite ».

L'urgence se concrétise dans la dramatisation des signes conflictuels. « Mon fils ne mange plus et, s'il mange, il vomit, il pleure tout le temps, il ne dort plus et est envahi de peurs, il ne peut dormir qu'avec moi... il est bouleversé et il menace de se tuer si on l'oblige à aller avec... »

Les familles d'origine entrent en scène. La lutte s'étend. Chacun est prêt à témoigner avec des parents, des amis, des connaissances.

Le dossier: le C.T.U. l'amène à la prestation de serment. Il grossit. Mais sur quoi prête-t-on serment? Les experts savent qu'une histoire ne se termine pas dans des affirmations rigides mais que l'urgence, dans cette logique, leur lie les mains. Sont-ils si étrangers au déroulement du procès actuel? Comment leur idéologie et leur formation s'insèrent-elles dans l'histoire de ces personnes?

³ Bureau de consultants techniques désigné par le juge.

Nos réflexions attentives nous ont apporté quelques éclaircissements sur le rôle utile et sur l'identité professionnelle souhaitable du C.T.U.

1. La conscience de se trouver au procès comme observateur participant.
2. La possession d'une clé de lecture qui permet de lire le procès dans un espace-temps psychologique avec une logique de causalité circulaire.
3. La conceptualisation qui permet d'inscrire le procès de séparation dans un cadre de référence beaucoup plus significatif que ce qui lui est proposé.
4. La certitude que, dans chaque processus évolutif, tous les membres, consciemment et inconsciemment, concourent activement à déterminer la configuration organisant le système familial dans son cycle vital.
5. La capacité de repérer les niveaux de complexité existant dans la rencontre entre plusieurs systèmes.
6. La conscience que chaque processus diagnostique n, implicitement, un niveau thérapeutique et demande donc une méthodologie cohérente avec l'objectif poursuivi: recueillir, lors de la confrontation, une occasion de relire leur histoire dans une dimension prospective d'élaboration et de proposition.

Dans cette pièce, le vide entre eux deux, qui disaient ne plus être un couple, s'était ultérieurement rempli. Marco et Francesco, dix et six ans, se déplaçaient en faisant sentir leur présence.

Nous avions voulu qu'il en fut ainsi pour pouvoir recueillir les aspects incongrus qui pouvaient émerger entre la lecture de leur vicissitude en plein contexte judiciaire et ce qui, en cet espace et en ce temps, nous était donné de voir directement.

Marco, avec son petit journal en main, s'était assis sur les genoux de son père. Il lui montrait les images et les couleurs.

Francesco, avec sa chemise qui sortait de son pantalon, attirait sa mère et, en même temps, avançait des demandes dont le contenu était très éloigné de ce dont on parlait. Puis, tout à coup, il s'éloigna de sa mère et, avec un air revendicatif et en même temps pleurnichard, s'insérant entre ses parents, accusait son frère de lui avoir volé son petit journal.

Marco, embêté, avait repoussé l'assaut de son frère par une réaction brusque et peu courtoise avec, pour effet, d'augmenter les pleurs et le désespoir de Francesco. La mère s'est alors levée pour accueillir ses pleurs, laissant au père l'espace pour une intervention pédagogique sur Marco: « Tu es le plus âgé et tu dois le comprendre, je te le répète toujours. »

Ensuite, le jeu recommençait de manière différente avec des solutions inévitablement dramatiques, à l'intérieur desquelles il était possible de lire un projet.

Comme dans un accord secret les enfants faisaient en sorte de stimuler l'engagement continu des parents. Plusieurs fois, en effet, ils avaient amené les parents à se lever, chaque fois que ceux-ci s'apprétaient à reprendre avec nous un discours interrompu.

Par le biais d'une mise en scène subtile, ils étaient capables de moduler les commentements et les réponses: « Maintenant ça suffit, viens t'asseoir près de moi » disait

le père au plus âgé, en retenant un semblant de colère, convaincu d'avoir reconquis un temps et un espace pour continuer.

Séducteurs et provocateurs, les enfants étaient les maîtres du champ et avaient à peu près compris que dans ce contexte, en notre présence, aucun des deux parents ne pouvait se permettre de paraître « méchant ».

Ceux-ci étaient comme enfermés dans une logique « pirandélienne » qui leur faisait lire sévérité et contenance comme jugement négatif en mesure de faire pencher la balance d'un côté ou d'un autre.

Au cœur d'une lutte où chacun se devait d'être le meilleur parent, ils demandaient secrètement aux enfants complicité et consentement. Nous, pas du tout déçus par ce qui se passait, unanimement attentifs à relever avec quelle attention chaque parent était mobilisé, leur montrant les finalités stratégiques de leur façon d'agir, nous cherchions à traduire en histoires les modalités interactives de Marco et Francesco pour comprendre de quelle manière ceux-ci avaient été et étaient encore acteurs dans l'espace du couple.

Dans les derniers temps où la crise était la plus manifeste entre les parents, chacun des enfants dormait avec l'un d'eux dans des chambres séparées. Les parents, engagés dans une escalade de sacrifices, avaient assuré une présence constante, se refermant lors de tout rapport avec des personnes extérieures. Mais avant cela déjà, Marco et Francesco étaient apparus beaucoup plus exigeants pour stimuler les réponses parentales à travers des températures, amygdales, blessures, bosses, ou encore asthme pour l'un et énurésie pour l'autre.

Un engagement parental aussi important et aussi évident, confirmé dans l' hic et nunc de notre rencontre, nous permettait d'exprimer notre étonnement: « Nous sommes un peu désorientés – disions-nous – entre ce qui est écrit sur les documents judiciaires, que vous confirmez réciproquement et continuellement, et ce que vous nous montrez aujourd'hui. » Et encore: « Aidez-nous à comprendre avec quelles et combien de stratégies Marco et Francesco vous ont amenés à être des parents à 100% et, en plus, avec un sentiment de culpabilité de ne pas l'être avec un pourcentage encore supérieur! »

Avec cette manière nouvelle d'utiliser le temps d'expertise « pour être encore mieux aidés à comprendre », nous avions avancé, dans un contexte de jeux très élaboré, trois propositions. **La première:** parents et enfants ensemble, chacun actif pour inventer et puis représenter une histoire. **La seconde:** le père avec les deux enfants, avec un devoir analogue, et enfin **la troisième:** avec la mère et les enfants.

Nous nous sommes alors placés derrière une glace sans tain afin qu'ils se sentent plus libres de s'exprimer.

Partons du lieu où l'imagination est souveraine. Les enfants entraînent les adultes en les portant au-delà de tactiques et de stratégies très rigides et eux, entraînés à différents niveaux, montrent des capacités et des potentialités inexpri-mées ou enfermées à l'intérieur des jeux définis.

Encore une fois, il est difficile de nier cette évidence: le toucher, la peau sont, de manière significative, les témoins de la qualité d'un rapport. On se touche, on se roule, on se combat et les émotions sortent, contenues dans un cadre ludique où réalité et fiction se confondent. Le jeu est, à notre avis, une aire intermédiaire à l'intérieur d'une méthodologie de travail qui est, elle aussi, souvent prédéterminée par une logique rigide comme celle de la justice.

Les petits Ulysse se déplaçaient de Charybde en Scylla, s'introduisant dans l'aire de la symbolique, pour lire les rôles et les fonctions qu'ils avaient mis en œuvre ou qu'ils se préparaient à rendre opérants comme reflet des modalités interactives, des desirs et besoins profonds, de fantasmes angossants.

L'histoire qu'ils avaient inventée et que, maintenant, ils se préparaient à représenter, en avait fait des animaux dans une forêt. Ils l'avaient construite morceau par morceau, en parlant à voix basse, entre petits rires et rappels. L'embaras initial avait laissé place à une atmosphère plus intime permettant à chacun d'entrer dans le personnage, cheminé par lequel les deux lionceaux s'étaient perdus. Les lamentations de la lionne se confondaient dans la forêt avec des images de malheur. Le père lion la rassurait. Tous les deux se déplaçaient dans la pièce, faisant semblant qu'ils n'avaient pas perçu les deux petites têtes qui pointaient derrière les tentures. A petits coups, l'aîné des lionceaux cherchait à freiner l'excitation du cadet, qui hésitait entre se cacher et se montrer. C'était la première cause de litige entre les deux enfants, provoquant l'intervention des deux parents. Le jeu s'était interrompu et puis a repris avec les nouvelles règles, imposées par l'aîné, qui prévoyait de ne pas se montrer, ou de ne pas faire de signaux. Ensuite, les retrouvailles et le bonheur du retour dans la grotte. La nuit tombée, on les a couchés avec peine, devons-nous bien avouer, tant il est vrai que tous deux entraient et sortaient du jeu, tantôt affirmant être lionceaux, tantôt Marco et Francesco.

Seuls dans la pièce, immergés dans leur rôle parental à l'intérieur de la comédie, le père et la mère avaient montré leurs compétences à résoudre ensemble les problèmes qui étaient apparus.

Dans la deuxième proposition, Marco, fort d'une expérience vécue avec le père dans un voyage aérien, avait reconstruit le contexte d'un aéroport et, du haut de la tour de contrôle, il en dirigeait le trafic. D'une voix décidée, parlant dans un micro imaginaire, il obligeait le père et le petit frère, désignés comme passagers, à attendre. A cause d'une avarie, il les avait obligés à rester dans l'aéroport toute la nuit, n'autorisant le départ pour Paris que le matin suivant. La même situation s'était reproduite avec les mêmes personnages dans la suite du voyage pour New York où différentes péripéties, dans l'imagination de Marco, s'étaient additionnées à une alternance d'actes agressifs et subitement réparateurs.

Durant le vol, un moteur avait pris feu et l'avion avait été obligé à un atterrissage forcé.

Les passagers avaient été sauvés in extremis sur des bateaux de sauvetage. Ensuite, excité, Marco s'était levé de la chaise en avertissant d'un conflit mondial.

« Même l'O.N.U. ne peut rien y faire », criait-il en lançant des objets sur la table. Dans la troisième proposition, le petit train voyageait très vite en faisant beaucoup de bruit et en sifflant. La mère faisait la locomotive sur la première des chaises déposées en file simulant les wagons. Francesco, avec arrogance, s'était infiltré dans le premier wagon laissant le second à Marco. Arrêts, départs, commentaires sur le voyage. Tout paraissait couler de source jusqu'à ce que, durant le voyage, Marco, appuyé sur le dossier de la chaise-wagon, commence à la secouer, transmettant ainsi de très fortes vibrations à Francesco qui le précédait. C'était toujours un jeu, mais quelle violence dans le geste !

Ensuite, nous avons communiqué nos réflexions aux parents.

La séparation est un événement déstabilisant qui a une tonalité anxiogène pour tous les membres de la famille.

La nouvelle et imprévisible charge de tension ne permet qu'une faible activité représentative des événements futurs sauf en termes catastrophiques. Pour cela, chacun combat pour rendre stables les configurations relationnelles qui le rassurent le plus sur le plan émotionnel. C'est encore plus évident pour les enfants appelés à choisir entre deux figures émotionnelles significatives, dans une logique qui imagine la disparition et la perte de l'un des deux parents de manière dramatique, pleine de messages contradictoires. Spéculativement, on doit penser que cette tension rencontre des images similaires de disparition et de perte chez chacun des deux parents, renforcées par des attributions négatives qu'ils s'échangent réciproquement.

Paradoxalement, l'espace interactif est complété par l'aire conflictuelle. Celle-ci semble être le container des anxiétés de séparation, en l'absence de possibilités alternatives mais également valides, qui avec le temps pourraient être expérimentées.

Il existe toutefois une différence entre parents et enfants. Pour les parents, il n'est pas difficile, en pointant des événements significatifs dans leur histoire, de trouver dans la rigidité des attributions réciproques le fondement de leurs multiples anxiétés. Se réveiller la nuit et être sollicité par des images de celui qui a été la cause de nos maux, c'est une manière de ne pas rester seul.

Pour les enfants, ce processus est plus difficile, à moins qu'ils n'aient été activés précédemment dans des jeux ouverts d'alliance qui rendent la définition de chaque parent plus réaliste et stable dans le temps. Souvent l'événement séparation est pris comme une réalité difficile à accepter, avec une force supérieure à leurs possibilités de contrôle. Avant que ne soit possible toute adaptation, les enfants se trouvent enfermés dans une logique les sollicitant à un niveau qui investit l'aire émotionnelle et active l'aire fantasmatique à divers niveaux de profondeur. La séparation doit donc être reconnue et protégée comme activateur d'aires fantasmatiques sinon apparaîtront, s'amplifieront et se rigidifieront des mécanismes basés sur des sentiments de culpabilité.

Dans l'encadrement du jeu, les émotions étaient sorties, arrogantes, avec des images fortes et violentes, tempétées par des images réparatrices (le père et le frère, après une nuit dans l'aéroport, étaient tombés dans la mer et, ensuite, sauvés in extremis) ou encore agissantes (les secousses sur la chaise-wagon du frère). Fantômes œdipiens et « cainiens » (de Cain) émergent à nouveau, confus et terriblement anxiogènes et présents, forts de leur ambivalence, avec les fantasmes redoutés de la séparation. Ils partagent ensemble un espace avec les nouvelles images que la réalité judiciaire sollicite et impose.

Pour rassurer et contenir, il faut créer une logique à l'intérieur de laquelle les personnages impliqués vivent une expérience qui met en évidence les potentialités constructives et positives du rapport mutuel des parents. Un aspect est en effet incontournable : chaque parent se définit comme compétent et chacun est prêt à revendiquer une capacité de rapport et une attitude pédagogique saine.

Il est incontestable aussi que chacun d'eux sera parent toute la vie. Un travail attentif consiste donc à créer des évidences qu'on ne peut démontrer pendant le temps et dans l'espace d'expertise, et qui font émerger les aspects contradictoires des définitions soutenues dans un premier temps.

L'espace intermédiaire des petites histoires représentées dans notre méthode était un exemple. Mais nous en avons proposé d'autres encore, en leur montrant comment « en se distrayant » et, donc, en sortant temporairement de la logique judiciaire, ils ont été capables de résoudre des problèmes qui surgissent en relation avec les enfants. Ainsi, il a aussi été important de signaler tous les comportements, seuls ou accompagnés, qui pouvaient être lus comme tentatives des enfants de développer une fiction distrayante ou de protection vis-à-vis des parents, comme s'ils exécutaient de manière cohérente un dessin prémédité. Plus délicate, mais tendant également à la focalisation de l'espace parental, a été la séparation de deux autres aires conflictuelles relatives, l'une à la relation de couple, et l'autre à la relation avec les familles d'origine. Nous savions que les jeux qui redéfinissent pouvaient permettre des lectures complexes dans lesquelles chacun pouvait placer les images de sa propre histoire avec des lumières et des prospectives diverses. Une main attentionnée recomposait... L'espace entre les parents gardait la trace d'une mémoire ancienne, perçue comme présence.

Une séparation consensuelle a été l'issue de cette intervention.

Traduction de l'italien:

Eric Bolssens
28, rue Maes
B-1050 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

- Andolfi M. (1982): *La thérapie avec la famille*, ESF, Paris.
- Benedek E.P. (1979): « Joint Custody: Solution or Illusion », *Am. J. Psych.*
- Cigoli V., Gullotta G., Santi G. (1983): *Separazione, Divorzio et Affidamento dei Figli*, Giuffrè, Milano.
- Dicks H.V. (1967): *Marital Tensions*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Montinari G. (1987): « La perizia in tema di assidamento », in: *Trattato di Criminologia*, Volume VI, « Aspetti Criminologici et Psichiatrico - forensi dell'età del minore », a cura di Ferracuti F., Giuffrè, Milano, 1987.
- Montinari G., Sacca C. (1985): « Identità del perito, identità del terapeuta », Seminario presso l'I.T.F. di Roma, in: *Terapia Familiare*, Notizie, N° 4, Luglio.
- Sacca C. (1987): *L'enfant: de l'objet de soins à l'instrument de formation relationnel. La création de systèmes thérapeutiques*, E.S.F., Paris.

TENTATIVE DE SUICIDE DANS L'ADOLESCENCE: une perspective systémique

D. SAMPAIO*

Résumé: *Tentative de suicide dans l'adolescence: une perspective systémique* — L'approche thérapeutique de la tentative de suicide durant l'adolescence est ici introduite dans une optique systémique. L'intervention thérapeutique doit se concentrer sur la triple perspective: abord individuel, de la famille et de l'insertion sociale de l'adolescent suicidant. L'article définit quatre types fondamentaux de la tentative: appel, défi, fuite et renouveau, tous avec un appel paradoxal au changement. Deux cas cliniques illustrent l'investigation.

Summary: *Attempted suicide in adolescence: a systemic view* — Clinical assessment of attempted suicide in adolescence is outlined in a systemic perspective. Therapeutic intervention is based in a global understanding of individual, family and social problems of the suicidal adolescent. The paper deals with four types of adolescent attempted suicide: appeal, challenge, escape and rebirth, all of them with a paradoxical plea for changing. Two clinical vignettes clarify the investigation.

Mots-clés: Adolescence – Suicide – Systémique.

Key words: Adolescence – Suicide – Systemic.

1. Introduction

Dans les pays européens, le suicide est la deuxième cause de la mort chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, immédiatement après les accidents.

Bien que le degré de l'intention de mort et la gravité du geste autodestructif soient variables, les tentatives de suicide constituent toujours des moments de crise individuelle de l'adolescent avec répercussion marquée dans la famille.

Dans le présent travail, nous nous proposons de réfléchir sur l'expérience du Noyau d'Études du Suicide, un groupe multidisciplinaire constitué de psychiatres, psychologues et médecins de famille, qui existe dans le cadre de l'Hôpital universitaire de Santa Maria à Lisbonne (Portugal) où il se consacre au traitement des tentatives de suicide chez les adolescents âgés de 10 à 21 ans.

2. Une lecture globale de la tentative de suicide (TS) chez les adolescents

Chez tous les adolescents qui nous avons analysés, le geste suicidaire apparaît comme **métacommunication**, c'est-à-dire, **une communication sur la communication**.

* Psychiatre, Hospital Santa Maria, Av. Prof. Egas Moniz, P-1600 Lisbonne.

tion familiale. Dans pratiquement tous les cas que nous avons étudiés, l'adolescent faisait partie d'un système dysfonctionnel qui était entré dans une phase de déséquilibre, d'instabilité, à partir de laquelle il n'arrivait pas à s'organiser pour gagner un nouvel équilibre. Cette situation de crise tient fondamentalement à la rigidité du système familial, incapable de négocier et de confronter les finalités individuelles de l'adolescent avec les finalités communes du système, et ceci dans une phase du cycle familial où cette négociation s'avère encore plus nécessaire.

Nous pensons qu'avant le geste autodestructif, l'adolescent suicidaire a essayé d'autres façons de changer l'organisation de son système relationnel. Ayant épuisé les tentatives antérieures, et probablement après une rigidification encore plus forte du système, l'adolescent essaye le geste désespéré qui est un appel paradoxal au changement.

Rappelons brièvement les travaux du groupe de Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1967, 1974) sur le changement. Ces auteurs revoient la théorie des types logiques de Whitehead et Russell, qui distingue entre **membre** et **classe** en posant comme postulat qu'une classe ne peut être membre de soi-même, vu la nécessité de maintenir séparés les niveaux logiques afin d'éviter les paradoxes et la confusion. La théorie des types logiques s'occupe du changement qui implique un saut d'un niveau logique à un autre, ce qui permet au groupe de Palo Alto de désigner comme **changement de degré 1** l'altération qui se produit à l'intérieur d'une catégorie, d'un groupe (en rêve, je saute, chante, crie, mais je continue à dormir), tout en laissant le système inaltérable, et comme **changement de degré 2**, l'altération qui conduit à la modification de la loi de composition interne qui régit le système dans sa totalité. Le changement de degré 2 est une altération à un niveau plus élevé qui porte sur les règles qui dirigent la classe et non sur les membres de la classe. Ce changement n'est pas un **membre** du groupe, il est **meta** en relation au système et de niveau logique différent d'un mouvement interne (je ne rêve plus puisque je me réveille, donc, je suis dans un état différent). Revoquant les situations de changement brusque dans la famille, Hoffman (1981) parle d'un élément qui entre en rupture psychologique si le système familial ne tolère pas de grandes pressions dans une phase de déséquilibre. Il s'agit d'une non-évolution, pour ainsi dire d'« un saut manqué » dans l'expression de l'auteur, puisque non seulement elle empêche la famille de faire une nouvelle intégration, mais apparemment tout est fait au désavantage d'un élément. Toutefois, il faut remarquer que parfois celle-ci est la seule pression persistente dans le sens du changement qui se produit dans la famille, bien que, assez souvent, elle prenne une forme contradictoire.

Nous considérons que la TS chez les adolescents est en ce sens, une **injonction paradoxale visant le changement dans la famille**. En citant Rabkin, Hoffman (1981) considère que l'« injonction paradoxale est le mieux que notre pauvre langage puisse faire pour suggérer que le changement du système est nécessaire ». C'est en ce sens que l'injonction paradoxale (dans notre cas, la TS) est la forme possible pour obtenir la pression suffisante pour le changement dans le système. Hoffman (1981) considère que cette injonction est une orientation confuse qui surgit souvent comme précurseur d'un saut vers un nouveau stade. Cependant, dans notre interprétation, ce saut n'est possible que si les éléments du système captent le message et si, à partir de la situation de crise, ils peuvent se confronter avec les

différentes finalités, renégocier la situation familiale et atteindre, à partir de là, un nouveau stade. Ce saut est difficile surtout si le système s'est rigidifié encore davantage, si les appels antérieurs de l'adolescent ont été ignorés, s'il y a des situations plutôt extérieures à la famille qui entraveront le progrès (chômage, instabilité sociale, etc.). Quoiqu'il en soit, du point de vue thérapeutique, nous devons essayer de capter le message que nous est transmis par l'adolescent suicidaire, signalant une phase d'instabilité, c'est certain; mais il est aussi certain que ce message est le précurseur d'un changement nécessaire de degré qui peut être obtenu grâce à l'intervention thérapeutique.

Dans la réalité, la TS juvénile n'arrive pas, dans la plupart des cas, à provoquer un changement de degré 2 dans la famille, une intervention thérapeutique étant nécessaire.

L'action du thérapeute demande une **redéfinition** du problème et se dirige vers un niveau logique supérieur (les règles du système), empêchant la famille de persister dans les solutions déjà essayées, mais sans succès. C'est à partir d'ici que le « saut qualitatif » peut se produire et engendrer un nouvel équilibre. Si l'intervention thérapeutique a été bien conduite, la TS juvénile servira de point de départ pour un mouvement thérapeutique de toute la famille.

Les cas cliniques que nous allons présenter ci-dessous, illustreront quatre types fondamentaux de la TS chez les adolescents: **appel**, **défi**, **fuite** et **renaissance**. Cependant, il ne faut pas oublier que, dans tous ces types, il existe un **appel paradoxal au changement** qui, à notre avis, existe même dans beaucoup de cas de suicide fatal. À partir des études du groupe de Palo Alto, déjà mentionnées, nous pouvons schématiser de la façon suivante les quatre formes qui, sans exception, visent un changement mais qui se situent à des niveaux différents:

APPEL: le sujet veut un changement en se situant dans une position de **complémentarité** face à l' (aux) élément(s) de la classe, c'est-à-dire en établissant une relation basée sur la maximisation de la différence;

DÉFI: le sujet veut un changement en se situant dans une position de symétrie face à l' (aux) élément(s) de la classe, c'est-à-dire dans une position d'égalité et de minimisation de la différence;

RENAISSANCE: le sujet veut redéfinir les relations du système d'une façon individuelle et sans négociation avec les autres éléments;

FUITE: le sujet veut un changement en s'excluant de sorte que le système redéfinisse ses règles, comme si c'était possible qu'il se produise sans sa présence.

Dans la TS du type **APPEL**, le plus patent, c'est la demande d'aide formulée par l'adolescent, étant, d'ailleurs, présente, comme nous avons vu dans toutes les TS juvéniles. Dans l'appel, il y a une demande d'aide directe où l'adolescent occupe une position basse en relation aux autres éléments du groupe familial, considérant que les autres doivent faire quelque chose pour l'aider en ce moment où il se sent sans capacité de poursuivre sa vie. Il y a donc une attraction réiproque entre les comportements dissemblables à l'intérieur du système familial où l'attitude abattue et sans perspective de l'adolescent qui déprécie les solutions proposées par les parents, attirera des comportements dissemblables des géniteurs qui recommandent toujours plus d'activités et d'obligations non compatibles avec la situation actuelle de l'adolescent et de la famille. Le système familial devient de

plus en plus un « jeu sans fin » (Watzlawick *et al.*, 1974) étant donné qu'il n'y a aucune possibilité de le terminer. La fin du « jeu » (équivalent du réveil, dans l'exemple ci-dessus) implique une position **meta**, c'est-à-dire une position de type logique différent du mouvement effectué, qui, dans la plupart des cas, comme nous avons vu, n'est obtenue que par le biais d'une intervention thérapeutique.

Dans le cas de la TS du type **DÉFI**, l'adolescent se place dans une position de symétrie face aux géniteurs, la hiérarchie et l'organisation du système familial étant perturbées. De cette façon, les différences entre les éléments du groupe qui cheminent souvent vers une position de rivalité symétrique, s'effacent : « Tout ce que tu fais, je sais le faire mieux. » Dans ces familles, les frontières entre les générations se sont effacées, les rôles sont devenus indéfinis et la structure de pouvoir n'est pas clarifiée. Le geste suicidaire apparaît ici presque toujours dirigé directement vers une personne avec laquelle l'adolescent est en conflit, assez souvent après confrontation directe.

Les TS des types **appel** et **défi** ont, donc une **composante interactive** très marquée qui est essentielle pour que nous comprenions la genèse de l'impulsion suicidaire. Dans ces deux situations, la TS envoie un **message** à une ou à plusieurs personnes de son univers relationnel avec lesquelles il se trouve en difficulté mais, dans notre perspective, c'est toujours la totalité du système qui est en cause.

Dans la TS du type **RENAISSANCE**, la solution trouvée est profondément paradoxale : l'adolescent veut mourir pour naître de nouveau, espérant que par son geste le système relationnel s'organise de façon différente. En citant Ladame (1981), Lauder affirme que, dans ces cas, mourir signifie tuer le corps mais pas nécessairement tuer l'esprit ; ce qui serait en cause serait l'attaque au corps senti comme mauvais et la situation actuelle relationnelle vécue comme insupportable ; la mort contiendrait une paix profonde, un équilibre narcissique propice à une nouvelle naissance. Le sujet se croit investi d'un pouvoir omnipotent qui le rend capable d'altérer tout le système.

Dans la TS du type **FUITE**, l'adolescent tombe dans un isolement familial et social progressif, et finit par s'exclure de la confrontation avec les autres, son attitude globale étant de désistement face à la vie. La situation actuelle sentie comme insupportable fonctionne comme facteur de précipitation d'un long processus d'éloignement social et familial vécu depuis longtemps. La conduite de l'adolescent est, cependant, ambivalente : si, d'un côté, il semble désintéressé de tout et nous dit que la solution est sa propre mort, il est, par contre, attentif à tous les gestes de ceux qui l'entourent.

Son attitude est faite de désistement, d'exclusion, de non participation, espérant que, par son retrait, le système familial se réorganise. « J'espère que lorsque je serai morte les problèmes finiront et que vous serez le couple le plus heureux de Lisbonne », écrivait une de nos adolescentes dans son message aux parents peu avant son geste autodestructeur.

Du point de vue psychopathologique, les TS des types **appel** et **défi** sont plus rattachées à une attribution externe du geste suicidaire, elles sont plus fréquentes chez les individus où prédominent les traits histrioniques et de dépendance. Son contexte interactif est, dans ces cas, plus net, comme nous avons vu, et, d'une manière générale, la gravité de la TS est moins forte.

Les TS des types **renaissance** et **fuite** sont en rapport avec une attribution interne du geste suicidaire et sont plus fréquentes chez les individus avec des traits limites et anti-sociaux de la personnalité. Dans ces cas, un long processus d'isolement et des ruptures affectives et/ou des actes anti-sociaux sont normaux, la TS révélant une tendance de gravité plus élevée.

3. Exemples cliniques

Pour ne pas allonger la présentation, nous ne développerons que des cas de tentatives de type appel et fuite.

Exemple clinique 1. - Appel

Carla, 18 ans, est l'aînée de trois enfants. Actuellement, elle fréquente la 8^e classe de scolarité, ayant déjà redoublé quatre classes, une fois en 2^e du cycle préparatoire et trois fois au niveau de l'enseignement secondaire. Elle se trouve maintenant dans la même année scolaire que sa sœur Graça, âgée de 14 ans. Carla et sa famille sont revenues de l'Afrique il y a 10 ans. Son père, Alfredo, est licencié en économie et sa mère, Lurdes, travaille dans un laboratoire pharmaceutique. Après une période de plusieurs changements de résidence, ils se sont finalement installés à Oeiras. La grand-mère maternelle, Antonia, habite tout près d'eux et dort normalement chez sa fille.

Carla a fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse avec environ 50 comprimés de <Sedition>, que son médecin généraliste lui avait prescrit. Deux ans auparavant, elle avait suivi un traitement psychologique parce que, selon sa mère, elle était **très silencieuse et se sentait épuisée**.

La tentative de suicide a eu lieu le jour de l'anniversaire de son frère plus jeune, Vasco, âgé de 10 ans. Avant de prendre les comprimés, Carla aurait dit à sa mère : **je n'ai pas d'amis et ceux que j'ai sont faux. Les amis que je me suis faits sont les amis de Graça et ne le sont que pour m'épier**. A l'avis des parents, son geste suicidaire serait en rapport avec des jalousies de son frère.

L'élaboration du **génogramme** a permis de mettre en évidence, dans un premier abord, les aspects suivants :

a) La mort récente - il y a environ un an - du grand-père maternel qui, selon les parents, a profondément affecté Carla. Dans la perspective de la famille, la maison des grand-parents maternels fut dès lors **marquée** et ceci est le motif qu'Antonia, présente à la séance, nous donne pour expliquer pourquoi elle passe les nuits chez sa fille.

b) **L'héritage névrotique** de la famille paternelle, dans l'expression d'Alfredo, le cadet de quatre enfants. Selon Alfredo, ce n'est pas seulement Carla qui a hérité cette tonalité dépressive, très vive dans sa famille, mais aussi son neveu, Joao, 19 ans, qui souffre encore aujourd'hui de la mort accidentelle de son frère plus jeune, survenue il y a environ 9 ans.

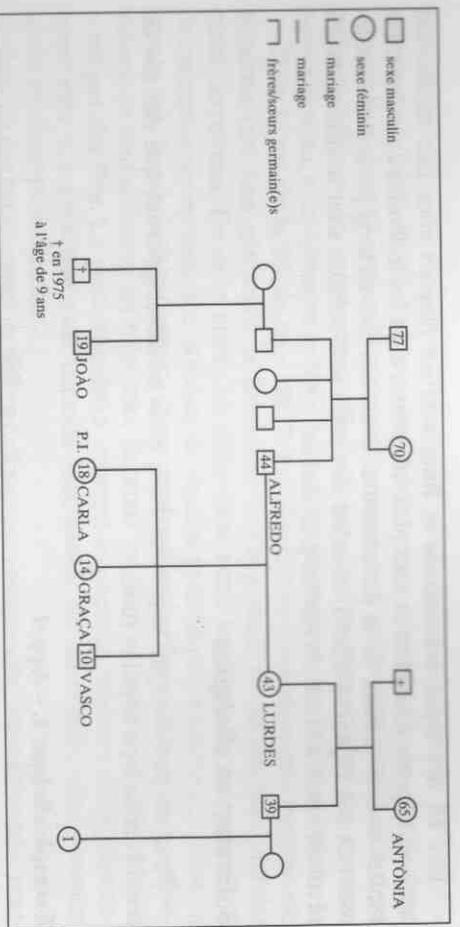


Figure 1: Génogramme du cas 1.

Dans un abord ultérieur du génogramme avec Carla, les parents et la grand-mère maternelle, un secret de Carla et d'Antonia est révélé: depuis environ un an, un esprit apparaît à Carla pendant la nuit. Elle le décrit de la manière suivante: **C'était un homme bien habillé et grand. Il passait tout près de moi mais il ne me touchait pas, me regardait seulement. Il tirait un livre de l'étagère, mais il ne le lisait pas, il restait seulement là en me regardant.** Alfredo qui, perplexe, en entendait parler pour la première fois, tente de donner une explication: **L'esprit, s'il existe vraiment, doit te protéger. C'est ce que je vois dans le symbole que tu prends le livre, mais ne le lis pas.**

Cette explication confuse n'est pas habituelle chez Alfredo, extrêmement rationnel et cherchant toujours à comprendre ce qui se passe par une logique erronée.

Les thérapeutes cherchent à mettre ces faits en rapport avec la mort récente du grand-père maternel, qui a rendu plus évidente la difficulté de Carla de concilier les explications rationnelles données par son père avec l'adhésion de sa mère et de sa grand-mère à sa croyance à l'esprit, une situation qui devient encore plus évidente quand Antonia relate, dans la séance, deux visites qu'elle a rendues à un **spirite** à Corroios. A ce qu'il paraît, c'est Antonia qui accepte mieux les difficultés actuelles de Carla, dont l'origine serait l'inquiétude provoquée par l'**apparition**.

Dans la séance suivante, la famille nous raconte une nouvelle visite à Corroios, cette fois-ci avec Alfredo qui nous explique être resté, toutefois, dans la voiture. ... Tous semblaient accepter maintenant l'importance de cette croyance et c'est à partir de là que les thérapeutes rendent possible que toute la famille parle ensemble de la mort du grand-père maternel. Pour nous thérapeutes, il était nécessaire de **redéfinir** l'inquiétude de Carla et sa difficulté de communication au sein de la famille, que son geste suicidaire semblait signaler. En effet, à l'alliance de Carla avec Antonia dans ce secret s'opposait une

grande difficulté de communication avec les parents, la sœur et le frère. En partageant le secret avec les parents, Carla a permis à la famille de parler d'une menace externe et de s'approcher peu à peu de ce qui les séparait vraiment: la distance du sous-système parental en face de la fille aînée, ce qui l'a amenée à s'allier avec une autre génération, celle de la grand-mère. A partir de là commencent à surgir les difficultés de Carla au niveau de ses relations familiales, notamment la rivalité avec sa sœur face à laquelle elle se sentait infériorisée. En effet, Gracça avait beaucoup d'amis, une bonne insertion et de bonnes notes à l'école – situation encore plus accentuée par le fait que les deux se trouvaient actuellement dans la même année – et une communication plus facile avec les parents et le frère, ce qui apparaissait clairement au cours des séances où Gracça et Vasco jouaient en faisant preuve d'une complicité de laquelle Carla se ressentait exclue.

Alors, la thérapie s'est orientée vers la **redéfinition des règles** du système familial à partir de la position de Carla comme fille aînée et, ce qui est important à souligner, dans une étape différente – à savoir l'adolescence – du frère et de la sœur: Carla y avait donc la possibilité de protester ouvertement contre le traitement identique à celui de sa sœur qui lui était imposé (heures de rentrée et de sortie, visites chez les amis, au cinéma, etc.) réussissant, peu à peu, à occuper une position plus autonome dans la famille, et qui correspondait à ses 18 ans. D'autre part, ont été abordés ses échecs scolaires, ce qui a rendu explicites une inhibition et un blocage émotionnel qui étaient en rapport avec ses difficultés familiales.

La tentative de suicide de Carla était, donc, inscrite dans un processus de difficultés globales que nous pourrions synthétiser de la manière suivante:

1. Difficultés de la famille à vivre le processus d'autonomisation de Carla, devenues explicites dans le traitement identique donné à des enfants d'âges si différents.
2. Frontières rigides entre les sous-systèmes parental et filial avec de nettes difficultés de négociation des finalités individuelles et communes du système familial ayant probablement facilité l'alliance entre éléments de générations alternées – en ce cas précis, entre Carla et sa grand-mère.
3. Les difficultés réelles de communication dans la famille pourraient être un fil explicatif du recours à un processus symbolique, dans ce cas précis, par le biais de l'**esprit**.
4. Les difficultés de Carla dans la famille pourraient aider aussi à expliquer ses mauvais résultats scolaires et son isolement en face du groupe de jeunes.
5. Ce procès semblait avoir culminé dans un geste suicidaire d'APPEL qui s'est produit justement le jour de l'anniversaire du frère.

Exemple clinique 2. – Fuite

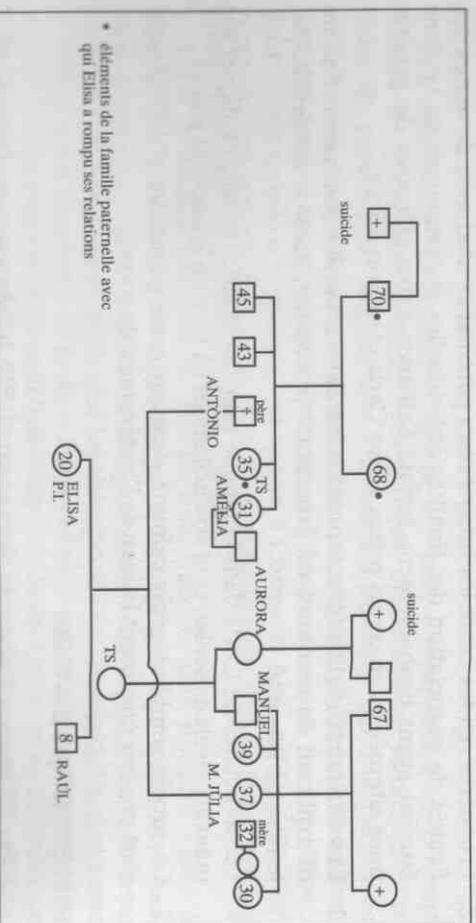
Elisa, 20 ans, est l'aînée de deux enfants. Elle habite avec son frère, Raúl, 8 ans, et sa mère, Maria Júlia, 38 ans, dans un petit village près de Sétabal. Elisa

travaille dans un dépôt de pain. Son père est mort il y a 5 ans, dans un accident de la route. Jusqu'à la tentative de suicide, elle était, selon ses propres mots, une personne très sociale, avec beaucoup d'amis et connue par tout le monde : **Ce n'était pas seulement au travail que je partageais beaucoup étant donné que tout le monde du village y allait. J'allais aussi aux bals du village et chez mes amis et les voisins. Maintenant tout est différent.**

La tentative de suicide de Elisa a eu lieu après la rupture avec son copain. Elle a pris sans préavis 50 comprimés de <Diazepam> (Valium 10). **Je n'ai pas eu l'occasion de prendre un pesticide et de me précipiter dans un puits parce que ma mère l'a découvert. Je ne supporte pas de voir ce garçon à côté de moi sachant qu'il se moque de moi. Je me sens inférieure, je suis distraite, je me sens malade, triste. Je ne supporte pas non plus d'avoir des gens autour de moi, je me renferme à la maison et je ne parle à personne. Les gens m'invitent à sortir et parfois je décide d'aller chez eux, mais après je me désiste. A la fin de l'année, on m'a invitée à une fête, mais j'avais peur de ne pas me sentir bien et de me mettre à pleurer, donc, je ne suis pas allée, je ne voulais pas faire triste figure.**

La rupture d'une liaison amoureuse de cinq ans, dans un milieu où tout le monde la connaît, est devenue insupportable pour Elisa qui s'est donc isolée. Ce processus s'est accentué après la tentative de suicide et est associé à une grande dépression, situation qui préoccupe beaucoup la mère, présente à la première séance. Maria Júlia est fortement affligée de l'état d'âme d'Elisa et inquiète de son isolement. Elle sent peser sur elle une lourde charge : elle, toute seule, doit aider Elisa, prendre soin de Raúl et prêter appui à une belle-sœur qui habite tout près d'elle, Aurora, dont la mère s'est suicidée il y a un an et qui, à son avis, a aussi besoin d'un traitement.

Dans la séance suivante sont présentes Elisa, Maria Júlia et Aurora avec qui nous avons élaboré le génogramme suivant.



* éléments de la famille paternelle avec qui Elisa a rompu ses relations

Figure 2. Génogramme du cas 2.

Il en ressortait quelques aspects qui, à notre avis, sont centraux :

1. La présence très vive de l'**idée de la mort** dans la famille, mise en relief par Maria Júlia et Aurora habillées tout en noir, contrastant fortement avec les couleurs vives de la robe d'Elisa. La mort d'Antonio, père d'Elisa, se maintient fortement présente ainsi que le suicide de la mère d'Aurora et la tentative de suicide d'une cousine d'Elisa, fille d'Aurora, il y a trois ans. Du côté paternel, il est rapporté le suicide d'un grand-oncle ainsi que la tentative de suicide de la tante Amélia à laquelle Elisa se considère très semblable.
2. **Eloignement**, surtout du point de vue d'Elisa, d'une partie de la famille paternelle dû à des raisons économiques, après la mort du père (héritage de propriétés foncières).
3. Acceptation d'un **destin tragique** pour les femmes de la famille, toujours abandonnées de différentes manières par les hommes : Elisa par son copain, Maria Júlia par son mari et Aurora peu soutenue dans son chagrin par son mari, Manuel.

L'action thérapeutique s'est concentrée, entre autres, sur les points suivants :

1. **A partir** de l'isolement et la tristesse d'Elisa, travailler en commun le fatalisme d'Aurora et de Maria Júlia afin de leur rendre évident ce **mythe familial** en tant que forme pour chacune d'elles de redéfinir son propre problème dans une perspective plus large. En même temps, ce travail en commun rendait possible l'entraide entre les trois qui soutiennent des relations si proches dans leur quotidien.
2. Éviter la situation de **rupture** qu'Elisa avait manifestée face à son emploi, ce qui aggraverait encore les difficultés économiques de la famille et accentuerait, par son isolement, son abandon au fatalisme familial. Ici, nous avons cherché l'alliance de Maria Júlia et Aurora afin de non seulement empêcher l'abandon de l'emploi, mais aussi de renforcer sa capacité d'appui à Elisa.

Cette action thérapeutique a été continuée et le « follow-up » permet de démontrer une bonne évolution.

4. Intervention thérapeutique

L'intervention thérapeutique en cas de TS juvénile doit prendre en considération tout ce que nous avons affirmé antérieurement. Bien que nous ne possédions pas d'indicateurs certains qui nous permettent d'évaluer avec rigueur l'évolution de tous nos cas, nous pouvons constater un seul cas d'évolution fatale, un nombre réduit de récidives, pour la plupart des adolescents, la

sensation subjective de se sentir « mieux » assez longtemps après la première séance. Tous les éléments nous incitent à poursuivre dans notre orientation. **L'intervention thérapeutique** doit se concentrer sur la triple perspective : **abord individuel**, familial et social de l'adolescent suicidaire. Pour cette raison nous prôtons que l'intervention se fasse en deux phases :

a) **Phase d'évaluation** de l'individu et de la famille, où on essaiera en commun avec le système de l'adolescent de définir l'espace individuel et le contexte dans lequel se centrera la deuxième partie de l'intervention ;

b) **Phase thérapeutique proprement dite** : nous défendons un **abord flexible**, individuel et familial de l'adolescent avec TS, ayant en considération les caractéristiques de chaque cas et la disponibilité de collaboration du système familial. Nous pensons plutôt que l'intervention doit être, dans la mesure du possible, **double**, individuelle et familiale, structurée de la manière suivante :

- **intervention centrée sur l'individu avec abord familial programmé de temps en temps** - pour les TS des types « renaissance » et « fuite », d'attribution interne, et une TS d'indice de gravité plus élevé ;
- **intervention centrée sur la famille avec des séances individuelles échelonnées au cours du temps et toujours que l'adolescent le demande** - pour les TS des types « appel » et « défi » où le contexte interactif est plus évident, d'attribution externe et indice de gravité moins élevé.

Ce schéma doit être entendu seulement comme une orientation globale, car il est nécessaire que l'équipe thérapeutique définisse après la phase d'évaluation, quelle stratégie doit être suivie en cas de thérapie.

Bien que notre abord soit fondamentalement psychothérapeutique, nous utilisons des **médicaments psychopharmacologiques** quand il existe un plan suicidaire persistant, une incapacité manifeste du côté du système relationnel de participer à la stratégie thérapeutique et un processus psychopathologique individuel où la composante interactive est moins nette. Nous utilisons normalement les antidépresseurs, associés aux neuroleptiques, pour obtenir une action simultanée sur la dépression et l'impulsion suicidaire. Selon notre expérience clinique, ce sont les cas nets de maladie dépressive qui réagissent le mieux à la psychopharmacothérapie, celle-ci ne devant être prescrite qu'intégré dans le plan d'intervention délimité ci-dessus.

Nous nous opposons, en principe, à l'**internement psychiatrique** de ces adolescents, étant donné les risques qu'il entraîne, considérant le problème seulement centré sur l'adolescent et oubliant le poids qu'un internement pourrait avoir sur son évolution psychologique. Nous défendons plutôt un **internement dans une Maison ouverte**, dans la phase pré-suicidaire, avec mobilisation précoce de la famille. L'internement après la TS ne se justifie que si le danger du suicide est imminent, s'il n'y a pas de possibilité d'obtenir la collaboration de la famille et si l'adolescent montre une symptomatologie dépressive et/ou

psychotique grave (perturbation de la pensée, hallucinations, etc.), mais même dans ces cas nous jugeons préférable l'internement partiel (Maison ouverte) afin de ne pas rompre le lien qui attache l'adolescent à ses éléments significatifs. **Selon notre conviction, la mobilisation précoce de la famille et/ou des éléments significatifs évite l'internement dans la plupart des cas** (Sampaio, 1991).

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons émettre les réflexions suivantes :

1. L'adolescence n'est pas un vécu exclusivement individuel, s'inscrivant, au contraire dans le **cycle de vie familiale** avec lequel elle interagit, de manière conflictuelle.
2. La tentative de suicide adolescente devient plus compréhensible et thérapeutiquement plus maniable si elle est inscrite dans un **contexte et un processus** dont la famille est un élément clé.
3. L'utilisation du **génogramme** fournit des éléments pour que nous comprenions le caractère **multidéterminé** du geste suicidaire et facilite le choix de **stratégies** thérapeutiques diversifiées.
4. Par le biais du travail thérapeutique avec la famille, l'adolescent peut expliciter de manière plus autonome ses problèmes. Si l'on regarde sans avoir d'abord élargi le champ d'observation, on court le risque d'une vision trop étroite. Si la tentative de suicide est un geste individuel, il faut, cependant, prendre en considération la dimension interrelationnelle dans laquelle elle s'insère. Par conséquent, une telle observation élargie du système relationnel de l'adolescent suicidaire nous semble indispensable.

Daniel Sampaio

Núcleo de Estudos do Suicídio
Serviço de Psiquiatria - Hospital Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
P-1600 Lisboa

BIBLIOGRAPHIE

1. Hoffmann L. (1981) : *Foundations of family therapy*, Basic Books, New York.
2. Ladame F. (1981) : *Les tentatives de suicide des adolescents*, Masson, Fribourg.
3. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1967) : *Pragmatics of Human Communication*, Norton, New York.
4. Watzlawick P., Weakland D. J., Fish R. (1974) : *Change - Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, Norton, N. York.
5. Sampaio D. (1991) : *Ninguém morre sozinho*, Caminho, Lisboa.

LES PETITS ENFANTS : PETIT ULYSSE ENTRE CHARYBDE ET SCYLLA *

C. SACCU¹, G. MONTINARI²

Résumé: *Les petits enfants: petit Ulysse entre Charybde et Scylla* — Cet article évoque la situation de couples engagés dans une procédure de divorce. Les situations de séparations non consensuelles amènent le Tribunal civil à faire appel à des experts afin de l'aider à prendre une décision par rapport aux enfants. Les auteurs proposent une réflexion sur l'utilisation de l'espace et le temps de l'expertise comme un temps et un espace thérapeutiques. Ceci afin que la séparation puisse être reconnue et protégée comme activatrice d'aires fantasmatiques et, ainsi, éviter une rigidification des mécanismes basée sur des sentiments de culpabilité.

Summary: *The small children: Little Ulysses between the Frying Pan and the Fire* — This article deals with the situation of couples with children involved in divorce proceedings. Cases of conflicting separation leads the Jurisdictional Court to ask the help of experts when taking decisions about the children. The authors reflect on the idea to use the frame and time of the expertise as therapeutic time and frame. This would allow the separation not to provoke the rigidifying of the mechanisms based on guilt, but rather to be recognized and protected as initiator of fantasmatc areas.

Mots-clés: Couple – Séparation – Espace thérapeutique – Jeu – Conflit.

Key words: Couple – Separation – Therapeutical frame – Games – Conflicts.

Sous un coup de masse, la pierre fut divisée en deux : chaque partie, projetée de son côté, gisait sans mémoire de son passé. Entre elles, un espace que l'on nous a appris à appeler vide.

Non loin de là dans le temps, quelques débris inertes d'un vase antique... Mais une main attentionnée essaie de recomposer le vase jusqu'à ce que le guerrier, la lance et le cheval réapparaissent dans leur intégrité primitive. Chacun des débris portait en lui un morceau de l'autre. L'espace entre eux conserve la trace d'une mémoire ancienne, perçue comme une présence.

Plus près de nous, un homme et une femme s'asseyaient loin l'un de l'autre. Le regard sombre et la parole cinglante, ils se rappellent un passé lourd de signification. Dans quelques mois, cet homme et cette femme ne formeront plus un couple.

* Traduit de l'italien par Eric Boissens, psychologue. Développement d'une communication présentée au Congrès de Rome, *La coppia in crisi*, 1987.

¹ Directeur de la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare, Via Reno 30, I-00198 Roma.

² Psicoterapeuta sistemica.

A nous, chargés de les rencontrer, cet espace entre eux apparaît plein d'une réalité conflictuelle où sont condensées les attributions, les rancœurs, les souffrances, les propositions, les vaines tentatives de solution. Dans cet espace, la même histoire, que nous appelons processus, est lue de manière différente. D'autre part, il n'est pas possible d'être le même au moment de la séparation.

Nous nous étions préparés longtemps à l'étude du couple, en concentrant notre attention sur ce processus largement inconscient qui donne forme au modèle du mariage: le concept de collusion, pour lequel besoins et sentiments sont attribués dans une unité qui rend floues les frontières de l'égo. De là, l'importance de l'étude des réalités psychologiques qui sous-tendent les choix des paramètres de rigidité et de flexibilité du système qui s'y est formé.

C'est pourquoi la séparation sera, pour nous, un processus complexe qui permettra la mise en évidence d'un espace dysfonctionnel d'autant plus grand et intense que sera importante la discordance entre la séparation formelle et la séparation psychologique.

Reprendre la partie que chacun a déposé chez l'autre, afin de se protéger, est un long processus.

Pour cela, nous prendrons comme exemple l'histoire de ce couple qui avait réalisé le maximum de la séparation physique. Après une lutte acharnée pour la garde des enfants et de la maison, perdue par l'épouse, celle-ci est retournée dans son pays natal, en Amérique du Sud, donnant ainsi l'impression d'un renoncement total. Le mari, maintenant vainqueur, mais supportant mal la sortie de scène de sa persécutrice (conséquence de l'action apparemment réparatrice de la justice, qui la motivait pourtant), avait combiné une entrevue avec son ex-femme dans un pays neutre, pour qu'elle puisse revoir leur fils de 10 ans et leurs deux filles de 14 et 16 ans.

Le geste de l'épouse, qui au cours d'une innocente promenade avait loué un petit avion amenant dans son pays les deux filles, lui avait semblé non prémédité. Mais psychologiquement, cet événement avait restitué au persécuteur sa fonction, réactivant ainsi un circuit relationnel conflictuel dans lequel le mari semblait se mouvoir avec plus de facilité, de dextérité.

L'histoire a une suite, nouvelle dans la forme, vieille dans la substance. Marco (10 ans) est revenu en Italie souffrant d'un angiome au pénis, refusant de travailler si la mère et les sœurs ne revenaient pas. A son retour, la mère sera poursuivie sur dénonciation du père pour soustraction d'enfant, sans pourtant que les termes de la plainte offrent la possibilité d'une arrestation immédiate.

Le conflit, disions-nous, est un lien qui est si profond que la séparation physique ne pourra le remplacer.

Pour cela, notre intervention doit avoir, implicitement, une intention thérapeutique. Plusieurs fois, nous nous sommes heurtés à ce dilemme, dans des discussions de séminaires, y compris avec des juges.

Dans les situations de séparation non consensuelle, en effet, le conflit entre les époux, pour l'attribution de la maison conjugale et la garde des enfants, investit le juge d'instruction du Tribunal civil d'un rôle de décision, qui institue une situation nouvelle. Souvent, le juge s'appuie sur la compétence d'un expert en lui posant une question concernant essentiellement la sauvegarde et la protection du mineur:

« Que le C.T.U.³ nous dise, après avoir examiné la procédure, vu les parties, analysé l'environnement et les personnes importantes, quels seront le meilleur régime de garde pour les mineurs et les modalités de rencontre pour le parent qui n'en a pas la garde ».

Aux experts du C.T.U., on demande de prêter un serment avant de commencer le travail qu'ils devront joindre à celui réalisé par les consultants désignés par les parties.

Nous avons centré nos réflexions sur trois aspects significatifs: 1) Le contexte et la logique qui le sous-tend; 2) Le rôle du C.T.U. par rapport à son identité professionnelle; 3) La méthodologie de l'intervention.

Le contexte judiciaire est activé par une demande de jugement « impartial » qui contient implicitement une attente d'évaluation qualitative de l'attitude et des comportements passés et présents des adversaires.

En fonction de ce jugement, chacune des parties adopte une attitude qui conforte qualitativement sa propre définition et amplifie en des termes dévaluants et dénigrants la définition de l'autre.

« Dites, vous, lequel d'entre nous est le plus gentil, lequel est le plus méchant ? » Chaque effort, donc, tend à l'amplification des attributions qui confirment les descriptions figurant dans la demande du jugement (activation du contexte judiciaire).

Nous savons comment un mode d'attribution de qualité positive répond à une logique linéaire, dans la mesure où à travers les attributs spécifiques de la personne, il rend implicite un rapport de causalité dans la lecture des événements, avec implication sur le plan de la responsabilité.

C'est comme si chacun disait: « Je suis responsable et donc, digne de confiance comme on peut le voir suivant mon histoire, tandis que l'autre est irresponsable comme on peut le voir suivant son histoire que j'ai rapportée; il est indigne de confiance ou, en tout cas totalement responsable de la misère passée, présente et future de mes enfants ».

Commence ainsi un jeu de massacre sous couvert d'un but noble (la santé et le bien-être de la progéniture), qui met en avant l'aspect de sacrifice: « Il faut faire vite ».

L'urgence se concrétise dans la dramatisation des signes conflictuels. « Mon fils ne mange plus et, s'il mange, il vomit, il pleure tout le temps, il ne dort plus et est envahi de peurs, il ne peut dormir qu'avec moi... il est bouleversé et il menace de se tuer si on l'oblige à aller avec... »

Les familles d'origine entrent en scène. La lutte s'étend. Chacun est prêt à témoigner avec des parents, des amis, des connaissances.

Le dossier: le C.T.U. l'amène à la prestation de serment. Il grossit. Mais sur quoi prête-t-on serment? Les experts savent qu'une histoire ne se termine pas dans des affirmations rigides mais que l'urgence, dans cette logique, leur lie les mains. Sont-ils si étrangers au déroulement du procès actuel? Comment leur idéologie et leur formation s'insèrent-elles dans l'histoire de ces personnes?

³ Bureau de consultants techniques désigné par le juge.

Nos réflexions attentives nous ont apporté quelques éclaircissements sur le rôle utile et sur l'identité professionnelle souhaitable du C.T.U.

1. La conscience de se trouver au procès comme observateur participant.
2. La possession d'une clé de lecture qui permet de lire le procès dans un espace-temps psychologique avec une logique de causalité circulaire.
3. La conceptualisation qui permet d'inscrire le procès de séparation dans un cadre de référence beaucoup plus significatif que ce qui lui est proposé.
4. La certitude que, dans chaque processus évolutif, tous les membres, consciemment et inconsciemment, concourent activement à déterminer la configuration organisant le système familial dans son cycle vital.
5. La capacité de repérer les niveaux de complexité existant dans la rencontre entre plusieurs systèmes.
6. La conscience que chaque processus diagnostique n, implicitement, un niveau thérapeutique et demande donc une méthodologie cohérente avec l'objectif poursuivi: recueillir, lors de la confrontation, une occasion de relire leur histoire dans une dimension prospective d'élaboration et de proposition.

Dans cette pièce, le vide entre eux deux, qui disaient ne plus être un couple, s'était ultérieurement rempli. Marco et Francesco, dix et six ans, se déplaçaient en faisant sentir leur présence.

Nous avions voulu qu'il en fut ainsi pour pouvoir recueillir les aspects incongrus qui pouvaient émerger entre la lecture de leur vicissitude en plein contexte judiciaire et ce qui, en cet espace et en ce temps, nous était donné de voir directement

Marco, avec son petit journal en main, s'était assis sur les genoux de son père. Il lui montrait les images et les couleurs.

Francesco, avec sa chemise qui sortait de son pantalon, attirait sa mère et, en même temps, avançait des demandes dont le contenu était très éloigné de ce dont on parlait. Puis, tout à coup, il s'éloigna de sa mère et, avec un air revendicatif et en même temps pleurnichard, s'insérant entre ses parents, accusait son frère de lui avoir volé son petit journal.

Marco, embêté, avait repoussé l'assaut de son frère par une réaction brusque et peu courtoise avec, pour effet, d'augmenter les pleurs et le désespoir de Francesco. La mère s'est alors levée pour accueillir ses pleurs, laissant au père l'espace pour une intervention pédagogique sur Marco: « Tu es le plus âgé et tu dois le comprendre, je te le répète toujours. »

Ensuite, le jeu recommençait de manière différente avec des solutions inévitablement dramatiques, à l'intérieur desquelles il était possible de lire un projet.

Comme dans un accord secret les enfants faisaient en sorte de stimuler l'engagement continu des parents. Plusieurs fois, en effet, ils avaient amené les parents à se lever, chaque fois que ceux-ci s'apprétaient à reprendre avec nous un discours interrompu.

Par le biais d'une mise en scène subtile, ils étaient capables de moduler les commentements et les réponses: « Maintenant ça suffit, viens t'asseoir près de moi » disait

le père au plus âgé, en retenant un semblant de colère, convaincu d'avoir reconquis un temps et un espace pour continuer.

Séducteurs et provocateurs, les enfants étaient les maîtres du champ et avaient à peu près compris que dans ce contexte, en notre présence, aucun des deux parents ne pouvait se permettre de paraître « méchant ».

Ceux-ci étaient comme enfermés dans une logique « pirandélienne » qui leur faisait lire sévérité et contenance comme jugement négatif en mesure de faire pencher la balance d'un côté ou d'un autre.

Au cœur d'une lutte où chacun se devait d'être le meilleur parent, ils demandaient secrètement aux enfants complicité et consentement. Nous, pas du tout déçus par ce qui se passait, unanimement attentifs à relever avec quelle attention chaque parent était mobilisé, leur montrant les finalités stratégiques de leur façon d'agir, nous cherchions à traduire en histoires les modalités interactives de Marco et Francesco pour comprendre de quelle manière ceux-ci avaient été et étaient encore acteurs dans l'espace du couple.

Dans les derniers temps où la crise était la plus manifeste entre les parents, chacun des enfants dormait avec l'un d'eux dans des chambres séparées. Les parents, engagés dans une escalade de sacrifices, avaient assuré une présence constante, se refermant lors de tout rapport avec des personnes extérieures. Mais avant cela déjà, Marco et Francesco étaient apparus beaucoup plus exigeants pour stimuler les réponses parentales à travers des températures, amygdales, blessures, bosses, ou encore asthme pour l'un et énurésie pour l'autre.

Un engagement parental aussi important et aussi évident, confirmé dans l' hic et nunc de notre rencontre, nous permettait d'exprimer notre étonnement: « Nous sommes un peu désorientés – disions-nous – entre ce qui est écrit sur les documents judiciaires, que vous confirmez réciproquement et continuellement, et ce que vous nous montrez aujourd'hui. » Et encore: « Aidez-nous à comprendre avec quelles et combien de stratégies Marco et Francesco vous ont amenés à être des parents à 100% et, en plus, avec un sentiment de culpabilité de ne pas l'être avec un pourcentage encore supérieur! »

Avec cette manière nouvelle d'utiliser le temps d'expertise « pour être encore mieux aidés à comprendre », nous avions avancé, dans un contexte de jeux très élaboré, trois propositions. La première: parents et enfants ensemble, chacun actif pour inventer et puis représenter une histoire. La seconde: le père avec les deux enfants, avec un devoir analogue, et enfin la troisième: avec la mère et les enfants.

Nous nous sommes alors placés derrière une glace sans tain afin qu'ils se sentent plus libres de s'exprimer.

Partons du lieu où l'imagination est souveraine. Les enfants entraînent les adultes en les portant au-delà de tactiques et de stratégies très rigides et eux, entraînés à différents niveaux, montrent des capacités et des potentialités inexpri-mées ou enfermées à l'intérieur des jeux définis.

Encore une fois, il est difficile de nier cette évidence: le toucher, la peau sont, de manière significative, les témoins de la qualité d'un rapport. On se touche, on se roule, on se combat et les émotions sortent, contenues dans un cadre ludique où réalité et fiction se confondent. Le jeu est, à notre avis, une aire intermédiaire à l'intérieur d'une méthodologie de travail qui est, elle aussi, souvent prédéterminée par une logique rigide comme celle de la justice.

Les petits Ulysse se déplaçaient de Charybde en Scylla, s'introduisant dans l'aire de la symbolique, pour lire les rôles et les fonctions qu'ils avaient mis en œuvre ou qu'ils se préparaient à rendre opérants comme reflet des modalités interactives, des desirs et besoins profonds, de fantasmes angossants.

L'histoire qu'ils avaient inventée et que, maintenant, ils se préparaient à représenter, en avait fait des animaux dans une forêt. Ils l'avaient construite morceau par morceau, en parlant à voix basse, entre petits rires et rappels. L'embaras initial avait laissé place à une atmosphère plus intime permettant à chacun d'entrer dans le personnage, cheminé par lequel les deux lionceaux s'étaient perdus. Les lamentations de la lionne se confondaient dans la forêt avec des images de malheur. Le père lion la rassurait. Tous les deux se déplaçaient dans la pièce, faisant semblant qu'ils n'avaient pas perçu les deux petites têtes qui pointaient derrière les tentures. A petits coups, l'aîné des lionceaux cherchait à freiner l'excitation du cadet, qui hésitait entre se cacher et se montrer. C'était la première cause de litige entre les deux enfants, provoquant l'intervention des deux parents. Le jeu s'était interrompu et puis a repris avec les nouvelles règles, imposées par l'aîné, qui prévoyait de ne pas se montrer, ou de ne pas faire de signaux. Ensuite, les retrouvailles et le bonheur du retour dans la grotte. La nuit tombée, on les a couchés avec peine, devons-nous bien avouer, tant il est vrai que tous deux entraient et sortaient du jeu, tantôt affirmant être lionceaux, tantôt Marco et Francesco.

Seuls dans la pièce, immergés dans leur rôle parental à l'intérieur de la comédie, le père et la mère avaient montré leurs compétences à résoudre ensemble les problèmes qui étaient apparus.

Dans la deuxième proposition, Marco, fort d'une expérience vécue avec le père dans un voyage aérien, avait reconstruit le contexte d'un aéroport et, du haut de la tour de contrôle, il en dirigeait le trafic. D'une voix décidée, parlant dans un micro imaginaire, il obligeait le père et le petit frère, désignés comme passagers, à attendre. A cause d'une avarie, il les avait obligés à rester dans l'aéroport toute la nuit, n'autorisant le départ pour Paris que le matin suivant. La même situation s'était reproduite avec les mêmes personnages dans la suite du voyage pour New York où différentes péripéties, dans l'imagination de Marco, s'étaient additionnées à une alternance d'actes agressifs et subitement réparateurs.

Durant le vol, un moteur avait pris feu et l'avion avait été obligé à un atterrissage forcé.

Les passagers avaient été sauvés in extremis sur des bateaux de sauvetage. Ensuite, excité, Marco s'était levé de la chaise en avertissant d'un conflit mondial.

« Même l'O.N.U. ne peut rien y faire », criait-il en lançant des objets sur la table. Dans la troisième proposition, le petit train voyageait très vite en faisant beaucoup de bruit et en sifflant. La mère faisait la locomotive sur la première des chaises déposées en file simulant les wagons. Francesco, avec arrogance, s'était infiltré dans le premier wagon laissant le second à Marco. Arrêts, départs, commentaires sur le voyage. Tout paraissait couler de source jusqu'à ce que, durant le voyage, Marco, appuyé sur le dossier de la chaise-wagon, commence à la secouer, transmettant ainsi de très fortes vibrations à Francesco qui le précédait. C'était toujours un jeu, mais quelle violence dans le geste !

Ensuite, nous avons communiqué nos réflexions aux parents.

La séparation est un événement déstabilisant qui a une tonalité anxiogène pour tous les membres de la famille.

La nouvelle et imprévisible charge de tension ne permet qu'une faible activité représentative des événements futurs sauf en termes catastrophiques. Pour cela, chacun combat pour rendre stables les configurations relationnelles qui le rassurent le plus sur le plan émotionnel. C'est encore plus évident pour les enfants appelés à choisir entre deux figures émotionnelles significatives, dans une logique qui imagine la disparition et la perte de l'un des deux parents de manière dramatique, pleine de messages contradictoires. Spéculativement, on doit penser que cette tension rencontre des images similaires de disparition et de perte chez chacun des deux parents, renforcées par des attributions négatives qu'ils s'échangent réciproquement.

Paradoxalement, l'espace interactif est complété par l'aire conflictuelle. Celle-ci semble être le container des anxiétés de séparation, en l'absence de possibilités alternatives mais également valides, qui avec le temps pourraient être expérimentées.

Il existe toutefois une différence entre parents et enfants. Pour les parents, il n'est pas difficile, en pointant des événements significatifs dans leur histoire, de trouver dans la rigidité des attributions réciproques le fondement de leurs multiples anxiétés. Se réveiller la nuit et être sollicité par des images de celui qui a été la cause de nos maux, c'est une manière de ne pas rester seul.

Pour les enfants, ce processus est plus difficile, à moins qu'ils n'aient été activés précédemment dans des jeux ouverts d'alliance qui rendent la définition de chaque parent plus réaliste et stable dans le temps. Souvent l'événement séparation est pris comme une réalité difficile à accepter, avec une force supérieure à leurs possibilités de contrôle. Avant que ne soit possible toute adaptation, les enfants se trouvent enfermés dans une logique les sollicitant à un niveau qui investit l'aire émotionnelle et active l'aire fantasmatique à divers niveaux de profondeur. La séparation doit donc être reconnue et protégée comme activateur d'aires fantasmatiques sinon apparaîtront, s'amplifieront et se rigidifieront des mécanismes basés sur des sentiments de culpabilité.

Dans l'encadrement du jeu, les émotions étaient sorties, arrogantes, avec des images fortes et violentes, tempétées par des images réparatrices (le père et le frère, après une nuit dans l'aéroport, étaient tombés dans la mer et, ensuite, sauvés in extremis) ou encore agissantes (les secousses sur la chaise-wagon du frère). Fantômes œdipiens et « cainiens » (de Cain) émergent à nouveau, confus et terriblement anxiogènes et présents, forts de leur ambivalence, avec les fantasmes redoutés de la séparation. Ils partagent ensemble un espace avec les nouvelles images que la réalité judiciaire sollicite et impose.

Pour rassurer et contenir, il faut créer une logique à l'intérieur de laquelle les personnages impliqués vivent une expérience qui met en évidence les potentialités constructives et positives du rapport mutuel des parents. Un aspect est en effet incontournable : chaque parent se définit comme compétent et chacun est prêt à revendiquer une capacité de rapport et une attitude pédagogique saine.

Il est incontestable aussi que chacun d'eux sera parent toute la vie. Un travail attentif consiste donc à créer des évidences qu'on ne peut démontrer pendant le temps et dans l'espace d'expertise, et qui font émerger les aspects contradictoires des définitions soutenues dans un premier temps.

L'espace intermédiaire des petites histoires représentées dans notre méthode était un exemple. Mais nous en avons proposé d'autres encore, en leur montrant comment « en se distrayant » et, donc, en sortant temporairement de la logique judiciaire, ils ont été capables de résoudre des problèmes qui surgissent en relation avec les enfants. Ainsi, il a aussi été important de signaler tous les comportements, seuls ou accompagnés, qui pouvaient être lus comme tentatives des enfants de développer une fiction distrayante ou de protection vis-à-vis des parents, comme s'ils exécutaient de manière cohérente un dessin prémédité. Plus délicate, mais tendant également à la focalisation de l'espace parental, a été la séparation de deux autres aires conflictuelles relatives, l'une à la relation de couple, et l'autre à la relation avec les familles d'origine. Nous savions que les jeux qui redéfinissent pouvaient permettre des lectures complexes dans lesquelles chacun pouvait placer les images de sa propre histoire avec des lumières et des prospectives diverses. Une main attentionnée recomposait... L'espace entre les parents gardait la trace d'une mémoire ancienne, perçue comme présence.

Une séparation consensuelle a été l'issue de cette intervention.

Traduction de l'italien:

Eric Bolssens
28, rue Maes
B-1050 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

- Andolfi M. (1982): *La thérapie avec la famille*, ESF, Paris.
- Benedek E.P. (1979): « Joint Custody: Solution or Illusion », *Am. J. Psych.*
- Cigoli V., Gullotta G., Santi G. (1983): *Separazione, Divorzio et Affidamento dei Figli*, Giuffrè, Milano.
- Dicks H.V. (1967): *Marital Tensions*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Montinari G. (1987): « La perizia in tema di assidamento », in: *Trattato di Criminologia*, Volume VI, « Aspetti Criminologici et Psichiatrico - forensi dell'età del minore », a cura di Ferracuti F., Giuffrè, Milano, 1987.
- Montinari G., Sacca C. (1985): « Identità del perito, identità del terapeuta », Seminario presso l'I.T.F. di Roma, in: *Terapia Familiare*, Notizie, N° 4, Luglio.
- Sacca C. (1987): *L'enfant: de l'objet de soins à l'instrument de formation relationnel. La création de systèmes thérapeutiques*, E.S.F., Paris.

TENTATIVE DE SUICIDE DANS L'ADOLESCENCE: une perspective systémique

D. SAMPAIO*

Résumé: *Tentative de suicide dans l'adolescence: une perspective systémique* — L'approche thérapeutique de la tentative de suicide durant l'adolescence est ici introduite dans une optique systémique. L'intervention thérapeutique doit se concentrer sur la triple perspective: abord individuel, de la famille et de l'insertion sociale de l'adolescent suicidant. L'article définit quatre types fondamentaux de la tentative: appel, défi, fuite et renouveau, tous avec un appel paradoxal au changement. Deux cas cliniques illustrent l'investigation.

Summary: *Attempted suicide in adolescence: a systemic view* — Clinical assessment of attempted suicide in adolescence is outlined in a systemic perspective. Therapeutic intervention is based in a global understanding of individual, family and social problems of the suicidal adolescent. The paper deals with four types of adolescent attempted suicide: appeal, challenge, escape and rebirth, all of them with a paradoxical plea for changing. Two clinical vignettes clarify the investigation.

Mots-clés: Adolescence — Suicide — Systémique.

Key words: Adolescence — Suicide — Systemic.

1. Introduction

Dans les pays européens, le suicide est la deuxième cause de la mort chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, immédiatement après les accidents.

Bien que le degré de l'intention de mort et la gravité du geste autodestructif soient variables, les tentatives de suicide constituent toujours des moments de crise individuelle de l'adolescent avec répercussion marquée dans la famille.

Dans le présent travail, nous nous proposons de réfléchir sur l'expérience du Noyau d'Études du Suicide, un groupe multidisciplinaire constitué de psychiatres, psychologues et médecins de famille, qui existe dans le cadre de l'Hôpital universitaire de Santa Maria à Lisbonne (Portugal) où il se consacre au traitement des tentatives de suicide chez les adolescents âgés de 10 à 21 ans.

2. Une lecture globale de la tentative de suicide (TS) chez les adolescents

Chez tous les adolescents qui nous avons analysés, le geste suicidaire apparaît comme **métacommunication**, c'est-à-dire, **une communication sur la communication**.

* Psychiatre, Hospital Santa Maria, Av. Prof. Egas Moniz, P-1600 Lisbonne.

tion familiale. Dans pratiquement tous les cas que nous avons étudiés, l'adolescent faisait partie d'un système dysfonctionnel qui était entré dans une phase de déséquilibre, d'instabilité, à partir de laquelle il n'arrivait pas à s'organiser pour gagner un nouvel équilibre. Cette situation de crise tient fondamentalement à la rigidité du système familial, incapable de négocier et de confronter les finalités individuelles de l'adolescent avec les finalités communes du système, et ceci dans une phase du cycle familial où cette négociation s'avère encore plus nécessaire.

Nous pensons qu'avant le geste autodestructif, l'adolescent suicidaire a essayé d'autres façons de changer l'organisation de son système relationnel. Ayant épuisé les tentatives antérieures, et probablement après une rigidification encore plus forte du système, l'adolescent essaye le geste désespéré qui est un appel paradoxal au changement.

Rappelons brièvement les travaux du groupe de Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1967, 1974) sur le changement. Ces auteurs revoient la théorie des types logiques de Whitehead et Russell, qui distingue entre **membre** et **classe** en posant comme postulat qu'une classe ne peut être membre de soi-même, vu la nécessité de maintenir séparés les niveaux logiques afin d'éviter les paradoxes et la confusion. La théorie des types logiques s'occupe du changement qui implique un saut d'un niveau logique à un autre, ce qui permet au groupe de Palo Alto de désigner comme **changement de degré 1** l'altération qui se produit à l'intérieur d'une catégorie, d'un groupe (en rêve, je saute, chante, crie, mais je continue à dormir), tout en laissant le système inaltérable, et comme **changement de degré 2**, l'altération qui conduit à la modification de la loi de composition interne qui régit le système dans sa totalité. Le changement de degré 2 est une altération à un niveau plus élevé qui porte sur les règles qui dirigent la classe et non sur les membres de la classe. Ce changement n'est pas un **membre** du groupe, il est **meta** en relation au système et de niveau logique différent d'un mouvement interne (je ne rêve plus puisque je me réveille, donc, je suis dans un état différent). Revoquant les situations de changement brusque dans la famille, Hoffman (1981) parle d'un élément qui entre en rupture psychologique si le système familial ne tolère pas de grandes pressions dans une phase de déséquilibre. Il s'agit d'une non-évolution, pour ainsi dire d'un saut manqué dans l'expression de l'auteur, puisque non seulement elle empêche la famille de faire une nouvelle intégration, mais apparemment tout est fait au désavantage d'un élément. Toutefois, il faut remarquer que parfois celle-ci est la seule pression persistente dans le sens du changement qui se produit dans la famille, bien que, assez souvent, elle prenne une forme contradictoire.

Nous considérons que la TS chez les adolescents est en ce sens, une **injonction paradoxale visant le changement dans la famille**. En citant Rabkin, Hoffman (1981) considère que l'«injonction paradoxale est le mieux que notre pauvre langage puisse faire pour suggérer que le changement du système est nécessaire». C'est en ce sens que l'injonction paradoxale (dans notre cas, la TS) est la forme possible pour obtenir la pression suffisante pour le changement dans le système. Hoffman (1981) considère que cette injonction est une orientation confuse qui surgit souvent comme précurseur d'un saut vers un nouveau stade. Cependant, dans notre interprétation, ce saut n'est possible que si les éléments du système captent le message et si, à partir de la situation de crise, ils peuvent se confronter avec les

différentes finalités, renégocier la situation familiale et atteindre, à partir de là, un nouveau stade. Ce saut est difficile surtout si le système s'est rigidifié encore davantage, si les appels antérieurs de l'adolescent ont été ignorés, s'il y a des situations plutôt extérieures à la famille qui entraveront le progrès (chômage, instabilité sociale, etc.). Quoiqu'il en soit, du point de vue thérapeutique, nous devons essayer de capter le message que nous est transmis par l'adolescent suicidaire, signalant une phase d'instabilité, c'est certain; mais il est aussi certain que ce message est le précurseur d'un changement nécessaire de degré qui peut être obtenu grâce à l'intervention thérapeutique.

Dans la réalité, la TS juvénile n'arrive pas, dans la plupart des cas, à provoquer un changement de degré 2 dans la famille, une intervention thérapeutique étant nécessaire.

L'action du thérapeute demande une **redéfinition** du problème et se dirige vers un niveau logique supérieur (les règles du système), empêchant la famille de persister dans les solutions déjà essayées, mais sans succès. C'est à partir d'ici que le «saut qualitatif» peut se produire et engendrer un nouvel équilibre. Si l'intervention thérapeutique a été bien conduite, la TS juvénile servira de point de départ pour un mouvement thérapeutique de toute la famille.

Les cas cliniques que nous allons présenter ci-dessous, illustreront quatre types fondamentaux de la TS chez les adolescents: **appel**, **défi**, **fuite** et **renaissance**. Cependant, il ne faut pas oublier que, dans tous ces types, il existe un **appel paradoxal au changement** qui, à notre avis, existe même dans beaucoup de cas de suicide fatal. À partir des études du groupe de Palo Alto, déjà mentionnées, nous pouvons schématiser de la façon suivante les quatre formes qui, sans exception, visent un changement mais qui se situent à des niveaux différents:

APPEL: le sujet veut un changement en se situant dans une position de **complémentarité** face à l' (aux) élément(s) de la classe, c'est-à-dire en établissant une relation basée sur la maximisation de la différence;

DÉFI: le sujet veut un changement en se situant dans une position de symétrie face à l' (aux) élément(s) de la classe, c'est-à-dire dans une position d'égalité et de minimisation de la différence;

RENAISSANCE: le sujet veut redéfinir les relations du système d'une façon individuelle et sans négociation avec les autres éléments;

FUITE: le sujet veut un changement en s'excluant de sorte que le système redéfinisse ses règles, comme si c'était possible qu'il se produise sans sa présence.

Dans la TS du type **APPEL**, le plus patent, c'est la demande d'aide formulée par l'adolescent, étant, d'ailleurs, présente, comme nous avons vu dans toutes les TS juvéniles. Dans l'appel, il y a une demande d'aide directe où l'adolescent occupe une position basse en relation aux autres éléments du groupe familial, considérant que les autres doivent faire quelque chose pour l'aider en ce moment où il se sent sans capacité de poursuivre sa vie. Il y a donc une attraction réiproque entre les comportements dissemblables à l'intérieur du système familial où l'attitude abattue et sans perspective de l'adolescent qui déprécie les solutions proposées par les parents, attirera des comportements dissemblables des géniteurs qui recommandent toujours plus d'activités et d'obligations non compatibles avec la situation actuelle de l'adolescent et de la famille. Le système familial devient de

plus en plus un « jeu sans fin » (Watzlawick *et al.*, 1974) étant donné qu'il n'y a aucune possibilité de le terminer. La fin du « jeu » (équivalent du réveil, dans l'exemple ci-dessus) implique une position **meta**, c'est-à-dire une position de type logique différent du mouvement effectué, qui, dans la plupart des cas, comme nous avons vu, n'est obtenue que par le biais d'une intervention thérapeutique.

Dans le cas de la TS du type **DÉFI**, l'adolescent se place dans une position de symétrie face aux géniteurs, la hiérarchie et l'organisation du système familial étant perturbées. De cette façon, les différences entre les éléments du groupe qui cheminent souvent vers une position de rivalité symétrique, s'effacent: « Tout ce que tu fais, je sais le faire mieux. » Dans ces familles, les frontières entre les générations se sont effacées, les rôles sont devenus indéfinis et la structure de pouvoir n'est pas clarifiée. Le geste suicidaire apparaît ici presque toujours dirigé directement vers une personne avec laquelle l'adolescent est en conflit, assez souvent après confrontation directe.

Les TS des types **appel** et **défi** ont, donc une **composante interactive** très marquée qui est essentielle pour que nous comprenions la genèse de l'impulsion suicidaire. Dans ces deux situations, la TS envoie un **message** à une ou à plusieurs personnes de son univers relationnel avec lesquelles il se trouve en difficulté mais, dans notre perspective, c'est toujours la totalité du système qui est en cause.

Dans la TS du type **RENAISSANCE**, la solution trouvée est profondément paradoxale: l'adolescent veut mourir pour naître de nouveau, espérant que par son geste le système relationnel s'organise de façon différente. En citant Ladame (1981), Lauder affirme que, dans ces cas, mourir signifie tuer le corps mais pas nécessairement tuer l'esprit; ce qui serait en cause serait l'attaque au corps senti comme mauvais et la situation actuelle relationnelle vécue comme insupportable; la mort contiendrait une paix profonde, un équilibre narcissique propice à une nouvelle naissance. Le sujet se croit investi d'un pouvoir omnipotent qui le rend capable d'altérer tout le système.

Dans la TS du type **FUITE**, l'adolescent tombe dans un isolement familial et social progressif, et finit par s'exclure de la confrontation avec les autres, son attitude globale étant de désistement face à la vie. La situation actuelle sentie comme insupportable fonctionne comme facteur de précipitation d'un long processus d'éloignement social et familial vécu depuis longtemps. La conduite de l'adolescent est, cependant, ambivalente: si, d'un côté, il semble désintéressé de tout et nous dit que la solution est sa propre mort, il est, par contre, attentif à tous les gestes de ceux qui l'entourent.

Son attitude est faite de désistement, d'exclusion, de non participation, espérant que, par son retrait, le système familial se réorganise. « J'espère que lorsque je serai morte les problèmes finiront et que vous serez le couple le plus heureux de Lisbonne », écrivait une de nos adolescentes dans son message aux parents peu avant son geste autodestructeur.

Du point de vue psychopathologique, les TS des types **appel** et **défi** sont plus rattachées à une attribution externe du geste suicidaire, elles sont plus fréquentes chez les individus où prédominent les traits histrioniques et de dépendance. Son contexte interactif est, dans ces cas, plus net, comme nous avons vu, et, d'une manière générale, la gravité de la TS est moins forte.

Les TS des types **renaissance** et **fuite** sont en rapport avec une attribution interne du geste suicidaire et sont plus fréquentes chez les individus avec des traits limites et anti-sociaux de la personnalité. Dans ces cas, un long processus d'isolement et des ruptures affectives et/ou des actes anti-sociaux sont normaux, la TS révélant une tendance de gravité plus élevée.

3. Exemples cliniques

Pour ne pas allonger la présentation, nous ne développerons que des cas de tentatives de type appel et fuite.

Exemple clinique 1. - Appel

Carla, 18 ans, est l'aînée de trois enfants. Actuellement, elle fréquente la 8^e classe de scolarité, ayant déjà redoublé quatre classes, une fois en 2^e du cycle préparatoire et trois fois au niveau de l'enseignement secondaire. Elle se trouve maintenant dans la même année scolaire que sa sœur Graça, âgée de 14 ans. Carla et sa famille sont revenues de l'Afrique il y a 10 ans. Son père, Alfredo, est licencié en économie et sa mère, Lurdes, travaille dans un laboratoire pharmaceutique. Après une période de plusieurs changements de résidence, ils se sont finalement installés à Oeiras. La grand-mère maternelle, Antonia, habite tout près d'eux et dort normalement chez sa fille.

Carla a fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse avec environ 50 comprimés de <Sedition>, que son médecin généraliste lui avait prescrit. Deux ans auparavant, elle avait suivi un traitement psychologique parce que, selon sa mère, elle était **très silencieuse et se sentait épuisée**.

La tentative de suicide a eu lieu le jour de l'anniversaire de son frère plus jeune, Vasco, âgé de 10 ans. Avant de prendre les comprimés, Carla aurait dit à sa mère: **je n'ai pas d'amis et ceux que j'ai sont faux. Les amis que je me suis faits sont les amis de Graça et ne le sont que pour m'épier**. A l'avis des parents, son geste suicidaire serait en rapport avec des jalousies de son frère.

L'élaboration du **génogramme** a permis de mettre en évidence, dans un premier abord, les aspects suivants:

a) La mort récente - il y a environ un an - du grand-père maternel qui, selon les parents, a profondément affecté Carla. Dans la perspective de la famille, la maison des grand-parents maternels fut dès lors **marquée** et ceci est le motif qu'Antonia, présente à la séance, nous donne pour expliquer pourquoi elle passe les nuits chez sa fille.

b) **L'héritage névrotique** de la famille paternelle, dans l'expression d'Alfredo, le cadet de quatre enfants. Selon Alfredo, ce n'est pas seulement Carla qui a hérité cette tonalité dépressive, très vive dans sa famille, mais aussi son neveu, Joao, 19 ans, qui souffre encore aujourd'hui de la mort accidentelle de son frère plus jeune, survenue il y a environ 9 ans.

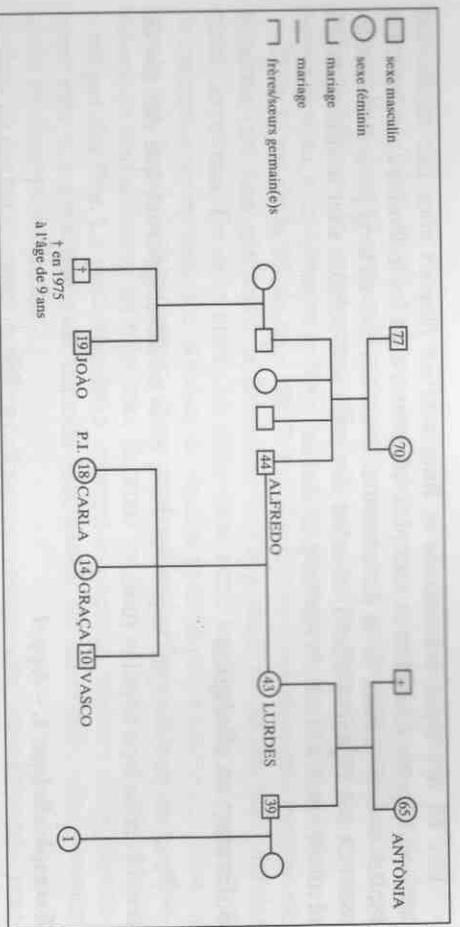


Figure 1: Génogramme du cas 1.

Dans un abord ultérieur du génogramme avec Carla, les parents et la grand-mère maternelle, un secret de Carla et d'Antonia est révélé: depuis environ un an, un esprit apparaît à Carla pendant la nuit. Elle le décrit de la manière suivante: **C'était un homme bien habillé et grand. Il passait tout près de moi mais il ne me touchait pas, me regardait seulement. Il tirait un livre de l'étagère, mais il ne le lisait pas, il restait seulement là en me regardant.** Alfredo qui, perplexe, en entendait parler pour la première fois, tente de donner une explication: **L'esprit, s'il existe vraiment, doit te protéger. C'est ce que je vois dans le symbole que tu prends le livre, mais ne le lis pas.**

Cette explication confuse n'est pas habituelle chez Alfredo, extrêmement rationnel et cherchant toujours à comprendre ce qui se passe par une logique erronée.

Les thérapeutes cherchent à mettre ces faits en rapport avec la mort récente du grand-père maternel, qui a rendu plus évidente la difficulté de Carla de concilier les explications rationnelles données par son père avec l'adhésion de sa mère et de sa grand-mère à sa croyance à l'esprit, une situation qui devient encore plus évidente quand Antonia relate, dans la séance, deux visites qu'elle a rendues à un **spirite** à Corroios. A ce qu'il paraît, c'est Antonia qui accepte mieux les difficultés actuelles de Carla, dont l'origine serait l'inquiétude provoquée par l'**apparition**.

Dans la séance suivante, la famille nous raconte une nouvelle visite à Corroios, cette fois-ci avec Alfredo qui nous explique être resté, toutefois, dans la voiture. ... Tous semblaient accepter maintenant l'importance de cette croyance et c'est à partir de là que les thérapeutes rendent possible que toute la famille parle ensemble de la mort du grand-père maternel. Pour nous thérapeutes, il était nécessaire de **redéfinir** l'inquiétude de Carla et sa difficulté de communication au sein de la famille, que son geste suicidaire semblait signaler. En effet, à l'alliance de Carla avec Antonia dans ce secret s'opposait une

grande difficulté de communication avec les parents, la sœur et le frère. En partageant le secret avec les parents, Carla a permis à la famille de parler d'une menace externe et de s'approcher peu à peu de ce qui les séparait vraiment: la distance du sous-système parental en face de la fille aînée, ce qui l'a amenée à s'allier avec une autre génération, celle de la grand-mère. A partir de là commencèrent à surgir les difficultés de Carla au niveau de ses relations familiales, notamment la rivalité avec sa sœur face à laquelle elle se sentait infériorisée. En effet, Gracça avait beaucoup d'amis, une bonne insertion et de bonnes notes à l'école – situation encore plus accentuée par le fait que les deux se trouvaient actuellement dans la même année – et une communication plus facile avec les parents et le frère, ce qui apparaissait clairement au cours des séances où Gracça et Vasco jouaient en faisant preuve d'une complicité de laquelle Carla se ressentait exclue.

Alors, la thérapie s'est orientée vers la **redéfinition des règles** du système familial à partir de la position de Carla comme fille aînée et, ce qui est important à souligner, dans une étape différente – à savoir l'adolescence – du frère et de la sœur: Carla y avait donc la possibilité de protester ouvertement contre le traitement identique à celui de sa sœur qui lui était imposé (heures de rentrée et de sortie, visites chez les amis, au cinéma, etc.) réussissant, peu à peu, à occuper une position plus autonome dans la famille, et qui correspondait à ses 18 ans. D'autre part, ont été abordés ses échecs scolaires, ce qui a rendu explicites une inhibition et un blocage émotionnel qui étaient en rapport avec ses difficultés familiales.

La tentative de suicide de Carla était, donc, inscrite dans un processus de difficultés globales que nous pourrions synthétiser de la manière suivante:

1. Difficultés de la famille à vivre le processus d'autonomisation de Carla, devenues explicites dans le traitement identique donné à des enfants d'âges si différents.
2. Frontières rigides entre les sous-systèmes parental et filial avec de nettes difficultés de négociation des finalités individuelles et communes du système familial ayant probablement facilité l'alliance entre éléments de générations alternées – en ce cas précis, entre Carla et sa grand-mère.
3. Les difficultés réelles de communication dans la famille pourraient être un fil explicatif du recours à un processus symbolique, dans ce cas précis, par le biais de l'**esprit**.
4. Les difficultés de Carla dans la famille pourraient aider aussi à expliquer ses mauvais résultats scolaires et son isolement en face du groupe de jeunes.
5. Ce procès semblait avoir culminé dans un geste suicidaire d'APPEL qui s'est produit justement le jour de l'anniversaire du frère.

Exemple clinique 2. – Fuite

Elisa, 20 ans, est l'aînée de deux enfants. Elle habite avec son frère, Raúl, 8 ans, et sa mère, Maria Júlia, 38 ans, dans un petit village près de Sétabal. Elisa

sensation subjective de se sentir « mieux » assez longtemps après la première séance. Tous les éléments nous incitent à poursuivre dans notre orientation. **L'intervention thérapeutique** doit se concentrer sur la triple perspective : **abord individuel**, familial et social de l'adolescent suicidaire. Pour cette raison nous prôtons que l'intervention se fasse en deux phases :

a) **Phase d'évaluation** de l'individu et de la famille, où on essaiera en commun avec le système de l'adolescent de définir l'espace individuel et le contexte dans lequel se centrera la deuxième partie de l'intervention ;

b) **Phase thérapeutique proprement dite** : nous défendons un **abord flexible**, individuel et familial de l'adolescent avec TS, ayant en considération les caractéristiques de chaque cas et la disponibilité de collaboration du système familial. Nous pensons plutôt que l'intervention doit être, dans la mesure du possible, **double**, individuelle et familiale, structurée de la manière suivante :

- **intervention centrée sur l'individu avec abord familial programmé de temps en temps** - pour les TS des types « renaissance » et « fuite », d'attribution interne, et une TS d'indice de gravité plus élevé ;
- **intervention centrée sur la famille avec des séances individuelles échelonnées au cours du temps et toujours que l'adolescent le demande** - pour les TS des types « appel » et « défi » où le contexte interactif est plus évident, d'attribution externe et indice de gravité moins élevé.

Ce schéma doit être entendu seulement comme une orientation globale, car il est nécessaire que l'équipe thérapeutique définisse après la phase d'évaluation, quelle stratégie doit être suivie en cas de thérapie.

Bien que notre abord soit fondamentalement psychothérapeutique, nous utilisons des **médicaments psychopharmacologiques** quand il existe un plan suicidaire persistant, une incapacité manifeste du côté du système relationnel de participer à la stratégie thérapeutique et un processus psychopathologique individuel où la composante interactive est moins nette. Nous utilisons normalement les antidépresseurs, associés aux neuroleptiques, pour obtenir une action simultanée sur la dépression et l'impulsion suicidaire. Selon notre expérience clinique, ce sont les cas nets de maladie dépressive qui réagissent le mieux à la psychopharmacothérapie, celle-ci ne devant être prescrite qu'intégré dans le plan d'intervention délimité ci-dessus.

Nous nous opposons, en principe, à l'**internement psychiatrique** de ces adolescents, étant donné les risques qu'il entraîne, considérant le problème seulement centré sur l'adolescent et oubliant le poids qu'un internement pourrait avoir sur son évolution psychologique. Nous défendons plutôt un **internement dans une Maison ouverte**, dans la phase pré-suicidaire, avec mobilisation précoce de la famille. L'internement après la TS ne se justifie que si le danger du suicide est imminent, s'il n'y a pas de possibilité d'obtenir la collaboration de la famille et si l'adolescent montre une symptomatologie dépressive et/ou

psychotique grave (perturbation de la pensée, hallucinations, etc.), mais même dans ces cas nous jugeons préférable l'internement partiel (Maison ouverte) afin de ne pas rompre le lien qui attache l'adolescent à ses éléments significatifs. **Selon notre conviction, la mobilisation précoce de la famille et/ou des éléments significatifs évite l'internement dans la plupart des cas** (Sampaio, 1991).

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons émettre les réflexions suivantes :

1. L'adolescence n'est pas un vécu exclusivement individuel, s'inscrivant, au contraire dans le **cycle de vie familiale** avec lequel elle interagit, de manière conflictuelle.
2. La tentative de suicide adolescente devient plus compréhensible et thérapeutiquement plus maniable si elle est inscrite dans un **contexte et un processus** dont la famille est un élément clé.
3. L'utilisation du **génogramme** fournit des éléments pour que nous comprenions le caractère **multidéterminé** du geste suicidaire et facilite le choix de **stratégies** thérapeutiques diversifiées.
4. Par le biais du travail thérapeutique avec la famille, l'adolescent peut expliciter de manière plus autonome ses problèmes. Si l'on regarde sans avoir d'abord élargi le champ d'observation, on court le risque d'une vision trop étroite. Si la tentative de suicide est un geste individuel, il faut, cependant, prendre en considération la dimension interrelationnelle dans laquelle elle s'insère. Par conséquent, une telle observation élargie du système relationnel de l'adolescent suicidaire nous semble indispensable.

Daniel Sampaio

Núcleo de Estudos do Suicídio
Serviço de Psiquiatria - Hospital Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
P-1600 Lisboa

BIBLIOGRAPHIE

1. Hoffmann L. (1981) : *Foundations of family therapy*, Basic Books, New York.
2. Ladame F. (1981) : *Les tentatives de suicide des adolescents*, Masson, Fribourg.
3. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1967) : *Pragmatics of Human Communication*, Norton, New York.
4. Watzlawick P., Weakland D. J., Fish R. (1974) : *Change - Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, Norton, N. York.
5. Sampaio D. (1991) : *Ninguém morre sozinho*, Caminho, Lisboa.

COUPLE ET VIOLENCE

M. SILVESTRE, J.P. HEIM, M. CHRISTEN*

Résumé: *Couple et violence* — Modélisation du fonctionnement du couple et du regard du contexte social et juridique. Proposition de réponse visant à introduire un nouveau type d'interaction couple — contexte social.

Summary: *Couple and violence* — Presentation of models of the functioning of the couple and of the approach to this issue in the social and judiciary context.

Mots-clés: Violence — Cycle de violence — Fonctionnement du couple — Réponse thérapeutique et sociale.

Key words: Violence — Cycle of violence — Functioning of the couple — Therapeutic and social responses.

Introduction

L'Association V.S.V. (Vivre Sans Violence en famille) est née des observations des personnels de C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et Réinsertion Sociale) travaillant depuis de nombreuses années à l'accompagnement de femmes victimes de violence.

Comme d'autres associations en France (PREVIPRIV à Paris, RIME à Lyon) nous avons commencé dans les années 1985 et suivantes, à nous interroger sur les pratiques alors en vigueur.

La prise en charge de ces femmes se heurtait à la limite du retour à domicile à plus ou moins brève échéance, et à la reprise des violences.

Il fallait donc s'intéresser de manière plus précise (et pas seulement répressive) à l'homme qui les attendait à la maison, ou parfois même venait les rechercher au C.H.R.S. où elles étaient venues se réfugier tout en le lui faisant parfois savoir. Pour ce faire nous avons travaillé activement le modèle québécois de prise en charge des hommes violents, en particulier avec Robert Philippe (1).

Du même coup nous avons mis en lumière le fait que, si les femmes étaient hébergées à la suite d'épisodes de violence dramatique, peu acceptaient un travail de réflexion sur les événements qu'elles avaient vécus, et allaient vraisemblablement revivre.

Une troisième phase, étape actuelle depuis environ quatre années, nous a donc amenés à considérer de manière tout à fait pragmatique le problème des couples ou des familles qui utilisent la violence dans leurs relations.

* Thérapeutes familiaux; V.S.V., Vivre Sans Violence en Famille, Esplanade du Pharo, F-13007 Marseille.

Notre représentation du fonctionnement de la plupart des couples dans lesquels la violence joue un rôle

Le schéma traditionnel des violences conjugales accréditait l'idée qu'un couple dans lequel se produit de la violence est un couple dysfonctionnel. Mais ceci pose questions :

- Comment rendre compte du fait que les partenaires continuent à vivre ensemble pendant des années, et ne parviennent à se quitter qu'après une moyenne de sept tentatives de séparation ?
- Comment comprendre que les incitations réalistes à la séparation salutaire restent sans effet, même au cours des années les plus porteuses du mouvement féministe ?

L'idée qui peut nous permettre de sortir de cette impasse, est de considérer au contraire, que de tels couples, pour pouvoir fonctionner, usent de ces comportements particuliers qui incluent la violence et certaines formes de rétroactions à la violence. Quelques principes de base de la théorie de la communication peuvent aider à mieux concrétiser cette grille de lecture paradoxale (3).

Rappelons tout d'abord qu'un élément paradoxal contient en lui-même sa propre contradiction : ce qui explique que violences conjugales et fonctionnement du couple ne soient pas forcément antinomiques, nous le verrons.

Ensuite : il est impossible de ne pas communiquer. Dans ce contexte, qui communique ? quoi ? à qui ? S'il est évident pour tous que le « batteur » communique à la « battue » sa violence, il est moins acceptable de penser que la « victime » elle-même communique quelque chose à son « bourreau ». Pourtant la seule observation montre que tout le monde ne réagit pas de la même manière à une agression. La passivité, ou l'absence de manifestations actives d'autoprotection ou de défense, font partie de l'ensemble des réactions possibles à une agression. La passivité n'est pas un état, ou une manière de-ne-pas-être : c'est une action, une réponse comportementale en retour. La femme dit qu'elle adopte délibérément cette attitude par peur des représailles, peur d'être encore plus violentée, voire tuée. Et l'homme interprète cette attitude comme un encouragement à développer encore plus sa relation d'emprise, et une autorisation à recommencer.

« Qu'est-ce qui peut nous autoriser à dire que des femmes participent à leur propre destruction ? »

Loin de nous l'idée de nous appuyer sur des catégories nosographiques telles que le masochisme et le sadisme. Cet étiquetage offre, certes, de grandes possibilités explicatives des comportements individuels. Mais le risque est trop grand de nous faire entrer dans une étologie basée sur le déficit individuel alors que notre démarche avec les couples ou les individus se veut plus pragmatique et dynamisante.

Il nous paraît donc plus opératoire de chercher à faire que chacun se réapproprie la part qui lui revient dans les événements. Les femmes battues ne sont ni immatures, ni débilés mentales, ni malades incurables. A cette seule condition

l'espoir reste permis, à elles et à nous, d'un éventuel changement de la nature des rapports qu'elles entretiennent avec les hommes qui les battent.

Les hommes batteurs ne sont pas fous de guerre ; et s'ils peuvent paraître souvent monstrueux, c'est aux couples que nous préférons accoler ce qualificatif, dans son sens le plus proche de l'étymologie : *monstrare* = montrer. C'est par l'écart à un fonctionnement ordinaire qu'ils nous montrent, que ces couples nous interpellent et demandent de l'aide pour un problème dont la violence n'est qu'une tentative de solution significative, devenue elle-même, à son tour et avec le temps, un problème.

Quel est cet écart ? et comment décrire les représentations que ces personnes ont de ce qu'elles nomment leur couple ?

Dans le domaine de la mécanique, on représente un couple comme un ensemble de deux forces, agonistes ou antagonistes, en interaction telle qu'elle produit un mouvement qui est la résultante de cette interaction.

Pour les personnes qui utilisent la violence dans leur relation conjugale, nous préférons utiliser l'image de la fusion qui est totalement aux antipodes du couple : il n'y a plus deux personnes, donc aucune possibilité de relation ou d'échange de quelque nature que ce soit.

L'étude de la maltraitance des enfants peut nous aider à comprendre ce qui se passe dans une telle fusion. Françoise Dolto parlait de la « première délinquance » du petit enfant qui dit non pour la première fois, et qui manifeste ainsi le risque d'une distanciation entre lui et ses parents. Si la relation est de type fusionnel, l'enfant est en danger d'être battu.

Ainsi l'homme ne pourrait-il accepter que sa femme, par ses vellétés d'indépendance, menace la fusion conjugale. Ceux qui connaissent ces personnes savent que l'homme, malgré certaines apparences, ne tire aucun bénéfice ni moral, ni matériel, ni psychologique, de ses actes violents. Nous pensons qu'il ne frappe que pour que cette entité fusionnelle perdure ; et cela ne peut se faire que si « lui et sa femme ne font qu'un », formule souvent utilisée par ces hommes.

Mais de son côté, ce n'est que pour la fusion que la femme se bat en étant battue, et en restant. Sa stratégie de gagnante la rend certaine que « son amour sera plus fort qu'un accident », formule utilisée par ces femmes. A moins que le détour ne passe par les enfants : « Il leur faut bien un père ! ».

Si l'un ou l'autre, ou les deux, pouvaient penser que se battre pour autre chose, ou se battre chacun pour soi, serait d'un meilleur rapport, rationnellement c'est le choix qu'ils feraient. Mais chacun pense que son propre salut ne peut exister hors de l'entité.

Ainsi le jeu relationnel et son enjeu sont-ils confondus : le but du fonctionnement du couple, c'est sa propre survie.

C'est ainsi que lorsque ces personnes consultent, elles ne demandent que rarement quelque chose pour elles-mêmes : c'est toujours pour que l'autre ne mette pas trop de distance, soit par un acte violent démesuré qui mettrait un terme définitif à la cohabitation (cimetière, prison), soit par un départ (divorce).

C'est ainsi, également, que nous constatons que la première formulation de la demande de changement exclut toujours la séparation (« faites que ma femme revienne », « aidez mon mari à changer ») comme élément de l'ensemble des solutions possibles au problème. Dans cette ligne, les séparations momentanées sont

analysées comme des haltes où chacun reprend des forces avant le retour au domicile et la nouvelle phase d'affrontement-renforcement.

C'est ainsi, enfin, que ces « affrontements-renforcements de la fusion » ont lieu sous une forme quasi-ritualisée, comme ultime support à la relation en l'absence de tout autre. Chacun sait ce qui va se passer. Appelez-vous ce spot télévisé destiné à la présentation des violences en privé : une femme chez elle, fait le ménage. *Dès qu'elle entend la voiture de son mari, elle se prépare à recevoir de la violence.* L'utilisation de la violence vient ici combler la carence de tout autre mode d'échange. L'aspect rituel des relations est classiquement destiné à économiser au maximum l'angoisse et l'énergie, et donc à permettre la survie fusionnelle, au moindre coût. Elle ne peut pas, à ce moment, imaginer d'autre scénario possible dont son mari aurait pris l'initiative : cela la contraindrait à imaginer un comportement autre que le rituel connu. Elle ne peut pas non plus, à ce moment, imaginer d'autre réponse à ce qu'elle est sûre que va faire son mari (4).

Nous pensons que la violence, agie ou reçue, est un mode d'échange utilisé, et non une composante innée de l'individu. Cette perversion de l'agressivité est un comportement appris, aussi bien par la femme que par l'homme ; soit qu'ils en aient été victimes au cours de leur éducation, soit qu'ils en aient été spectateurs dans leur enfance, soit enfin qu'ils aient été élevés dans des familles « à caissons étanches », dans lesquelles rien de la vie du couple conjugal n'était montré aux enfants, en particulier le mode de résolution des conflits. Par suite, aucun des deux n'est en mesure de régler efficacement les différends de la vie quotidienne ; et les échanges de coups correspondent à un aveu d'impuissance, comme le suggérait le titre d'un hebdomadaire à propos de ce problème : « La faiblesse de frappe » (Télérama).

Dans la famille, et singulièrement dans le couple conjugal, les comportements de violence s'installent progressivement, en commençant la plupart du temps à l'occasion d'une crise, c'est-à-dire d'un changement d'état de la famille. Par exemple c'est souvent au cours d'une première grossesse, changement d'état s'il en est, que l'homme bat sa femme pour la première fois. Mais cette première fois est perçue comme un accident, et l'évolution est rarement perçue de l'intérieur par les protagonistes. Cette évolution se fait ainsi : après un acte violent, l'homme est culpabilisé et montre son désir de réparer sa faute. Ceci rend espoir à la femme, et le couple ainsi renforcé vit une nouvelle lune de miel. Mais le temps réinstalle le stress au quotidien. Comme chantait Brassens : « *C'était pas une sinécure de lui voir tout l'temps le nez au milieu de la figure* ». (« Au pied de mon arbre »). Cette angoisse montante culmine enfin à un nouvel accès de violence (Figure 1).

Le même schéma vu en coupe permet d'introduire la notion du raccourcissement de la durée entre les phases du cycle, de manière à montrer qu'il n'existe pratiquement plus de délai entre deux phases d'agression et que celle-ci devient un état quasi permanent (Figure 2).

Notre système d'intervention

Le parti que nous avons donc pris de considérer ce problème selon le modèle interactif entraîne des choix techniques dans le travail avec les personnes qui ont des problèmes avec la violence dans leur vie personnelle, professionnelle,

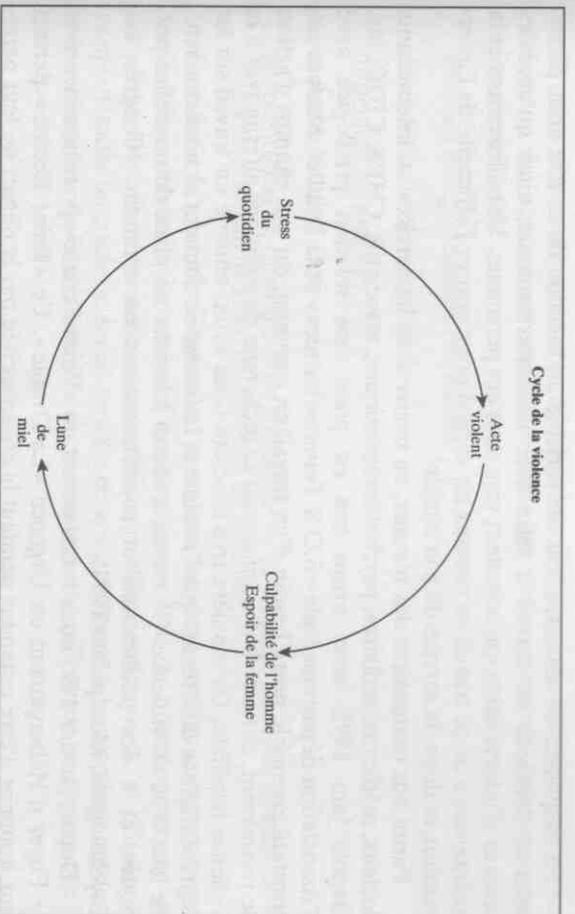


Figure 1 : Spirale de la violence (cycle ci-dessus avec le paramètre « intervalle de temps »).

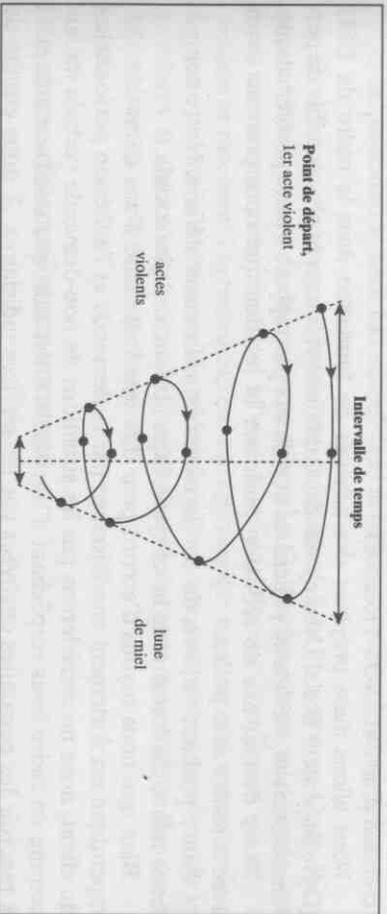


Figure 2 : Selon Robert Philippe (PROGAM).

sociale.... C'est la modification des patterns interactifs parmi lesquels, bien entendu, les comportements de violence, qui est le but du travail. Pour y parvenir, la modification du contexte de vie survient parfois (par exemple séparation, divorce,...). Mais cette décision n'est jamais suffisante pour parvenir à modifier les schémas interactifs de chacun (un homme peut battre plusieurs femmes successives, une femme peut être battue par des compagnons successifs).

Dans la pratique nous avons des entretiens individuels, de couples, familiaux (parfois même avec plusieurs générations), et de groupe, au cours desquels nous travaillons très concrètement sur les échanges interpersonnels.

La fréquence de ces entretiens est variable en fonction de ce que nous percevons et décidons du travail à faire avec nos interlocuteurs, ainsi qu'avec les réseaux d'intervenants qui orientent vers nous ces personnes. L'établissement et la maintenance de ce travail en réseaux est capital pour assurer l'efficacité de l'intervention, et donc du service dû à la famille.¹

Parmi nos partenaires des réseaux, on trouve tous les services ou intervenants sociaux, médicaux, scolaires, psychothérapeutiques, associatifs, CHR, CIDF², etc. Depuis juin 1993, nous avons mis en place une relation privilégiée avec l'Association départementale « S.O.S. Femmes battues » et la Draille³. Nous avons constaté ensemble notre besoin d'un travail en commun, car nos champs d'action se recouvrent, et notre but commun est la recherche de solutions alternatives à la violence familiale. De manière très concrète nous avons entamé un travail sur les représentations différentes que l'homme et la femme se donnent et nous donnont, de leur vécu de violence. Ce travail a abouti à la mise en place de nouvelles pratiques, et à des publications et communications en commun. (Congrès des Psychologues, Montpellier 1994).

Depuis janvier 1995 nous avons ouvert un « Point Ecoute » pour hommes avec le Foyer d'Hébergement en Urgence « La Draille ». Ce « Point Ecoute » permet aux hommes d'être entendus pendant la crise suscitée par le départ de leur partenaire afin qu'ils expriment leur détresse et leur souffrance.

Nous mettons aussi sur pied une Association « SOS Violence » afin de regrouper les différents partenaires et de développer la vision la plus complexe possible (création d'un 3615 SOS Violence).

Nous allons aussi proposer des activités de formation dans le cadre du DSU (Développement Social Urbain) afin de sensibiliser et former le plus possible de personnels sociaux, médicaux, judiciaires et policiers par rapport à cette problématique. Notre dernier axe de réflexion porte sur la relation que nous pouvons avoir avec la justice et la police.

Notre position vis-à-vis de ces dernières est clairement définie. Notre compétence relève du domaine de la loi symbolique; la leur, de la loi sociale.

Bien que nous soyons d'accord pour dire que l'efficacité d'une démarche thérapeutique est fortement conditionnée par la demande et l'adhésion personnelles du client, nous ne considérons pas les situations de non-demande verbale initiale comme un cadre nous empêchant d'intervenir. C'est ainsi que nous sommes prêts à recevoir les personnes envoyées par les services judiciaires. A nous ensuite de faire en sorte que la résistance possible à l'obligation de soin devienne utile à la promotion de changement.

Mais, car il y a un GROS MAIS, il n'y a pas actuellement d'injonction thérapeutique de traitement pour les personnes ayant recours à des comportements de violence dans une relation de couple. Les consultations sont seulement « volontaires ». Exemple : « *Je viens parce que ma femme est partie ou va partir.* »

1 Cet article se veut une modélisation de la violence et de son aspect interactionnel dans notre contexte social plutôt que la description d'une pratique clinique.

2 CIDF: Centre d'Information Droit des Femmes.

3 Draille: Foyer d'Hébergement de courte durée pour femmes et enfants en crise.

Or nous observons que les comportements des personnes utilisant la violence présentent de nombreuses analogies avec les comportements des personnes toxico-dépendantes:

- déni des comportements incriminés;
- refus de toute responsabilité;
- difficultés à s'arrêter;
- rechutes nombreuses;
- augmentation en quantité et en fréquence de la violence produite comme de la consommation de produit, en fonction de la durée.

L'analogie la plus significative est que dans les deux cas, les comportements incriminés entraînent les mêmes conséquences dans le fonctionnement du couple/famille: ils présentent la caractéristique d'être enfermants, et d'isoler le couple/famille du contexte social (notion de système fermé à transactions rigides). Il faut donc agir de l'extérieur. Or ici, on constate une différence de réponse de la part du contexte social:

- pour les comportements de toxico-dépendance et comme cela se fait depuis longtemps pour les mineurs en danger, la loi introduit une ponctuation qui signifie qu'il y a un problème avec ce comportement spécifique;
- cette ponctuation nous fait défaut dans le cadre des violences conjugales.

En effet, la violence conjugale est maintenant dans le nouveau Code Pénal (mars 1994), un acte de délinquance aggravée. Or, la réponse sociale, légale, que nous constatons, nous laisse mal à l'aise. C'est une réponse d'ordinaire qui vise la victime et rarement l'agresseur. C'est une réponse qui n'est en rien contextuelle et ne parle pas sur le malaise de la société civile face aux comportements d'un de ses membres. Il nous manque alors la ponctuation du contexte qui serait de dire: « *J'ai un problème avec votre comportement.* »

Un centre d'Accueil pour hommes

Nous voulons ici souligner l'importance du tiers qui rappelle la loi mais aussi brise l'isolement dans lequel la violence maintient la « femme battue » et « l'homme batteur ». C'est ainsi que nous avons conceptualisé l'idée suivante et que nous aimerions proposer un projet de création d'un lieu d'accueil pour les hommes qui ont usé de violence envers leur femme, à Marseille. Ce lieu d'accueil à visée thérapeutique ne devant en aucun cas remplacer ou se substituer à une sanction pénale.

Lorsqu'un homme se montre violent envers sa femme, la pratique ordinaire, actuellement en usage, est de proposer à la femme, généralement accompagnée de ses enfants, de se réfugier dans un C.H.R.S.. Parfois même les enfants doivent être accueillis séparément d'avec leur mère en structure spécialisée.

Nous pensons que cette solution est à la fois la plus onéreuse, en termes financiers, humains, relationnels, et aussi la plus maladroite et la moins efficace.

1.1. Être obligés de quitter la maison est une violence supplémentaire infligée à la femme, et aux enfants du couple. C'est une solution qui semble punir la victime et conforter l'agresseur qui, en définitive, reste « maître chez lui ».

1.2. En agissant ainsi on conforte l'utilisateur de la violence dans « l'idée » que le passage à l'acte violent est une manière efficace de résoudre les problèmes conjugaux : il se trouve débarrassé du problème représenté par sa femme, et sa solution est officiellement entérinée.

1.3. De plus on risque de faire naître l'idée que la violence est un moyen d'obtenir quelque chose (l'appartement), alors que nous savons que ce n'est pas en ces termes que le problème se pose de manière habituelle, à quelques exceptions près (par exemple, le proxénète qui oblige sa femme à se prostituer).

1.4. Plus grave : il y a alors contradiction entre l'énoncé de la loi (qui interdit violences et voies de fait sur autrui) et sa mise en œuvre (qui revient à faire fuir la victime, c'est-à-dire à s'associer à l'agresseur). C'est un aveu d'impuissance à faire respecter la loi dans ce cas particulier, alors que la loi ne prévoit pas d'exception.

1.5. Le message transmis à la femme par cette façon d'agir est le suivant : partez, car il va recommencer à vous battre, et nous ne pourrions pas vous protéger de lui.

Parallèlement, l'homme reçoit le message qu'on le laisse seul, dans un état de dangerosité contre laquelle nul, même pas la loi, ne peut le protéger.

1.6. Quand on propose à la femme de partir, c'est aussi parce qu'on fait l'hypothèse que seul un changement de contexte pourra favoriser de sa part un changement d'attitude dans les interactions ultérieures éventuelles avec son homme. Ce faisant, on lui donne, et à elle seule, la possibilité, voire l'obligation, de porter la démarche de changement et donc la culpabilité de l'éventuel non changement.

Pourquoi ne pas faire la même hypothèse pour l'homme, au lieu de le laisser seul, face à sa propre violence latente, dans son contexte habituel où rien ne peut l'inciter à changer quoique ce soit. Bien au contraire, la frustration et l'angoisse de se retrouver seul, et implicitement condamné comme unique coupable, ne peuvent que le porter à davantage de violence.

La solution que nous proposons est, au contraire, que l'homme qui a usé de violence quitte le domicile, et soit hébergé dans une structure spécialisée.

Cette solution permettrait de donner un cadre différent au travail avec ces personnes, à différents titres :

2.1. La réponse devient cohérente au niveau de la loi : c'est l'agresseur, visé par le texte législatif, qui est sanctionné en fonction de ses actes.

2.2. A cet hébergement serait associée une proposition d'aide psychothérapeutique visant à un changement de comportement. Le passage dans le lieu d'accueil comporte en effet la participation à des groupes psychothérapeutiques entre les hommes, animés par des thérapeutes. On peut même y associer une obligation faite à l'homme de consulter une équipe thérapeutique, selon les procédures que nous avons déjà mises en place avec certains magistrats.

2.3. En termes de « prévention après-coup », cette solution permet (au moins aussi bien que la procédure actuelle) d'instaurer une paix séparée entre les protagonistes, seule position favorable à un début de traitement car elle évite au maximum les risques de récidive. Ceci bien évidemment nécessite une forte coopération entre les services de police et de justice pour le plus possible dissuader l'homme d'exercer des représailles, violences sur sa partenaire.

2.4. Les enfants concernés se retrouvent ainsi moins pénalisés par ce processus de violences entre adultes : ils conservent leur cadre de vie, leur école, leur quartier, les copains, etc. ce qui permet à des équipes spécialisées de prendre place dans le réseau d'intervention, et de travailler avec les enfants sur les événements familiaux dont ils viennent d'être témoins-victimes. Car on sait que la violence s'apprend et peut se désapprendre.

Ceci ne peut être envisagé qu'au prix d'une modification résolument dynamique du regard que nous portons sur les événements et les échanges interpersonnels dans notre société :

3.1. Il faut introduire la notion palpable que les lois, auxqueltes tout citoyen est soumis dans sa vie publique, s'imposent aussi à lui dans sa vie privée.

3.2. Au lieu de favoriser la fuite des victimes, il faut confronter les agresseurs aux conséquences de leurs actes.

Au niveau légal, seule une personne capable de répondre de ses actes est reconnue capable de tirer bénéfice d'une sanction.

Au niveau thérapeutique, seule une personne capable de répondre (responsable) de ses actes est accessible à une possibilité de changement. La reconnaissance de sa propre responsabilité est le premier objectif du travail thérapeutique.

3.3. Ce changement d'attitude ne peut passer que par la modification des procédures pénales. Une décision prise en référé pourrait faire obligation à l'agresseur de quitter le domicile pour une durée déterminée.

En conclusion, il nous paraît important d'insister sur la dimension de secret qui plane toujours autour de cette pathologie de la violence. C'est, nous l'avons constaté, ce maintien du secret qui participe très largement au maintien de ce dysfonctionnement.

Introduire un tiers, c'est briser le secret, c'est interrompre la dynamique de fermeté (5), c'est le début du changement.

La violence conjugale nous interroge à deux niveaux et demande une réponse en conséquence. Réponse à la fois clinique et sociale, nous devons penser et agir

le thérapeutique en même temps que faire évoluer le rapport social homme-femme.
Nous sommes ainsi doublement toutes/tous, actrices/acteurs de changement.

M. Silvestre, J.P. Heim, M. Christen
V.S.V.
Esplanade du Pharo
F-13007 Marseille

BIBLIOGRAPHIE

1. Philippe R.: *La Politique PRO-GAM envers les Conjoints Judiciarisés*, juin 1989, PRO-GAM INC.
2. Sullivan Everstine D., Everstine L. (1983): *Des Gens en Crise, l'Intervention Psychologique d'Urgence*, Marseille, Hommes et Perspectives, 1993.
3. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1972): *Une logique de la Communication*, Paris, Seuil.
4. Heim J.P. (1990): « Vivre Sans Violence en Famille », *Le Journal des psychologues*, 82, pp. 33-34.
5. Samardzic I. (1990): *La Violence Conjugale: Approche Systémique*, Université de Liège.

ANALYSE SYSTÉMIQUE ET DERMATOLOGIE Une autre lecture du symptôme et du traitement

FR. POOT*, A. BOURLOND**

Résumé: *Analyse systémique et Dermatologie. Une autre lecture du symptôme et du traitement* — A propos d'un cas de pelade universelle suivi pendant 5 ans nous proposons une lecture différente de cette pathologie et du système thérapeutique constitué. Ceci nous permet de proposer des pistes de recherche pour l'abord des maladies psychosomatiques en dermatologie.

Summary: *Systemic Analysis and Dermatology. Another reading about symptom and treatment* — This alopecia universalis case report with a five years following allows another reading of this pathology and of the therapeutic system constituted. This gives us the possibility to propose new ways to be explored in treating psychosomatic illnesses in dermatology.

Mots-clés: Pelade — Dermatologie psychosomatique — Langage analogique — Métaphore — Système thérapeutique — Systémique.

Key words: Alopecia areata — Psychosomatic dermatology — Analogic language — Metaphore — Therapeutic system — Systemic.

Carine, jolie jeune femme de 20 ans, consulte le Professeur Bourlond pour une pelade universelle apparue brutalement 18 mois auparavant. Elle se présente donc avec une absence totale de cheveux, cils, sourcils, poils axillaires et pubiens. Plutôt qu'un postiche, elle arbore une superbe casquette américaine lui conférant un air androgyne. Elle est accompagnée de son mari, Georges, âgé d'une quarantaine d'années, qui s'exprime d'abondance et répond souvent pour son épouse; celle-ci garde un air timide et réservé.

Histoire de la maladie

Une première chute importante mais non totale des cheveux est survenue deux ans auparavant. A ce moment Carine rompt ses fiançailles contre le gré de ses parents et quitte le toit familial. Très rapidement ses cheveux tombent. Elle ren-contre alors son compagnon et tout repousse. Après quelques mois de vie com-

* Dermatologiste et thérapeute familiale, Saint-Luc, UCL.

** Professeur de dermatologie, Saint-Luc, UCL.

munie ils décident de se marier. Carine, toujours en rupture avec ses parents, ne les avertit pas. Son père, l'apprenant, vient perturber la cérémonie et se fait expulser par les forces de l'ordre. Carine me dira qu'elle s'est sentie écartelée entre son père et son mari. Quelques jours plus tard, tous les cheveux tombent.

Génogramme

Carine est le troisième enfant d'une fratrie de quatre. Elle a de très bonnes relations avec son frère et sa sœur aînés qui ont eu vis-à-vis d'elle un rôle parental. En effet ses parents travaillaient tous deux le soir.

Son père a connu des épisodes d'alcoolisme et de violence surtout pendant l'enfance de Carine. Actuellement cela n'est plus mentionné. Carine décrit un couple parental uni, centré sur les enfants et petits-enfants.

Sa mère semble effacée et une notion de protection par les enfants vis-à-vis de la violence paternelle est évoquée par Carine. Par contre, elle ne mentionne aucun recours possible chez celle-ci face aux exigences de ce père difficile. La relation entre Carine et sa mère semble pauvre, elle en parle peu.

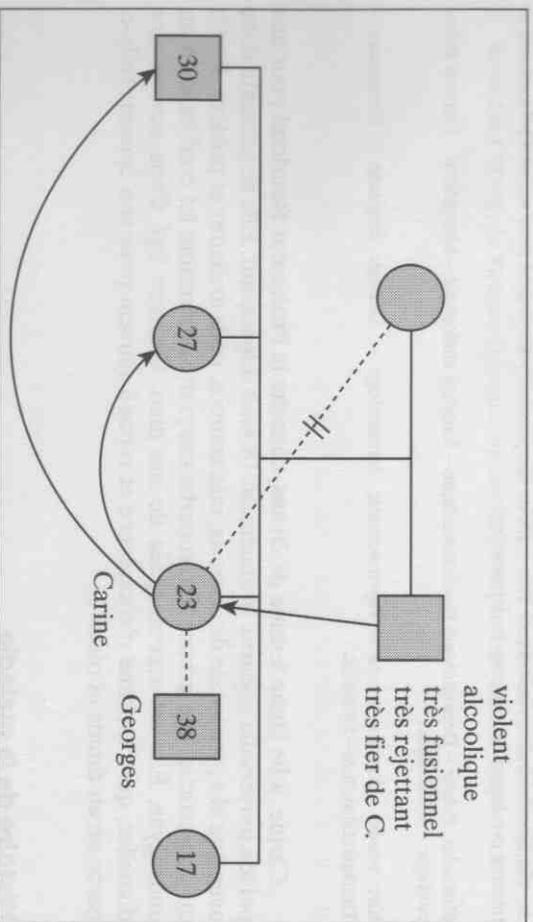


Figure 1 : Génogramme de la famille de Carine.

Une règle importante de cette famille est la fidélité au père. C'est lui qui décide et tout le monde s'incline. Carine a voulu transgresser cette règle d'abord en rompant des fiançailles souhaitées par son père et en quittant la maison, ensuite en se mariant contre son gré.

On peut faire l'hypothèse circulaire suivante (Fig. 2) : la chute de cheveux serait alors le prix à payer pour cette transgression.

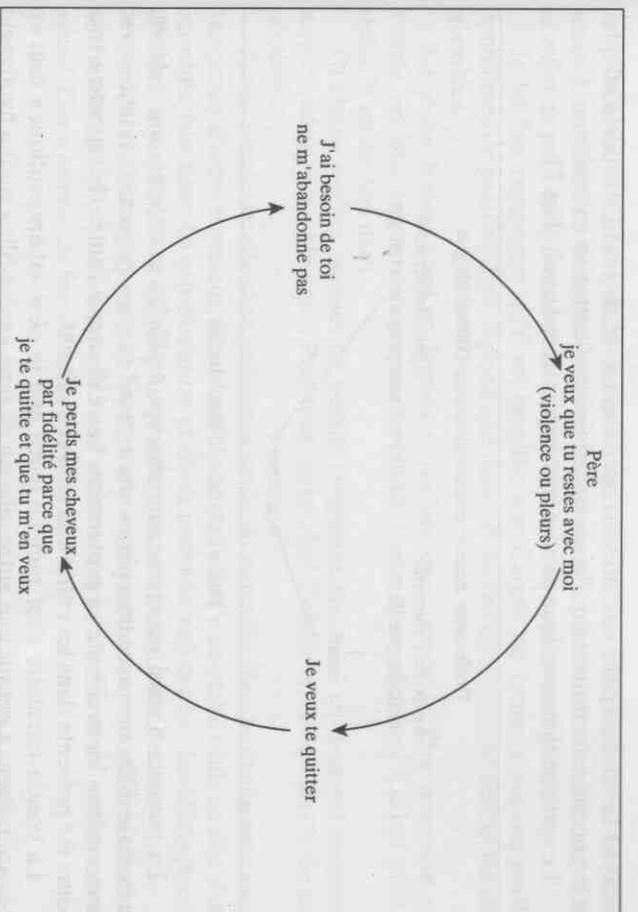


Figure 2: Hypothèse circulaire.

Le système thérapeutique

Le Professeur Bourlond ayant noué un très bon contact avec ce couple propose alors un traitement associant Puvathérapie (ultraviolets A associés à la prise de psoralènes) et Isoprinosine, un immunomodulateur. Vu la nécessité de réaliser ces séances trois fois par semaine et la proximité entre leur domicile et mon cabinet, il m'adresse la patiente pour assurer cette thérapeutique.

Il me présente comme une de ses collaboratrices et les assure que le traitement sera aussi bien réalisé que par lui-même : j'ai donc pris cette patiente en charge de façon très médicale et suivant les directives précises qui m'avaient été données.

J'étais à ce moment en formation de thérapeute systémique et j'ai progressivement favorisé un dialogue entre cette jeune femme et moi. Un lien thérapeutique solide s'est formé et un transfert positif s'est installé. J'ai toujours gardé la référence au professeur qui restait la figure d'autorité et revoyait le couple tous les 3 mois. Dès le début, Georges le mari s'est posé en cothérapeute. Il se chargeait d'expliquer les symptômes, l'évolution, l'état de santé de Carine, reformulait les paroles du professeur pour celle-ci et veillait à l'application quotidienne des crèmes et lotions. Il ne venait pas chez moi et Carine se présentait toujours seule.

Après quelques mois, elle a, sur proposition de ma part, souhaité ma présence à une partie de l'entretien avec le professeur. Nous avons donc mis en place une procédure où le couple était d'abord vu par lui seul. Ensuite le professeur inter-

compait l'entretien pour une brève concertation avec moi sur l'attitude à adopter et la poursuite du traitement. Puis nous terminions l'entretien ensemble. Le système thérapeutique peut se représenter comme suit (Fig. 3).

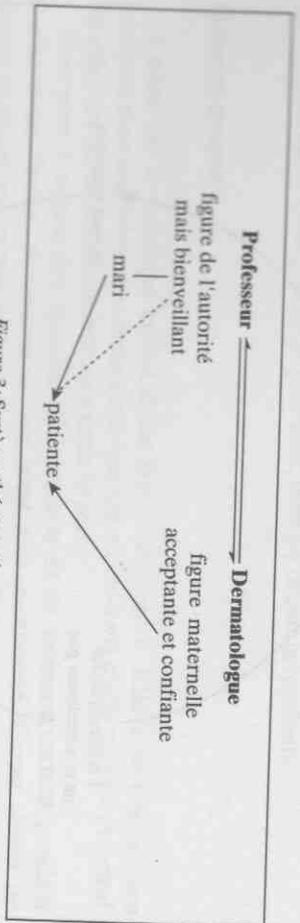


Figure 3: Système thérapeutique.

La patiente a ainsi pu vivre, au cours des multiples entretiens, une relation parentale différente avec un « père » non agressif et qui a proposé la relation avec une « mère » bienveillante et protectrice. La référence à l'autre thérapeute a toujours été présente dans les entretiens où il était absent.

La boucle circulaire s'est rompue parce que le père « thérapeutique » tout en restant présent a permis une autre relation de type « mère-fille » qu'il a hautement valorisée et acceptée. La patiente a donc pu expérimenter autre chose que ce qu'elle avait vécu jusque-là.

Evolution

Cependant, petit à petit, les problèmes de couple se font jour et s'amplifient. Nous sommes alors à 2 ans environ du début du traitement. Les cheveux ont entièrement repoussé mais de petites plaques déglabrées continuent de surgir sans conséquences esthétiques. La puvarthérapie a été remplacée par des applications hebdomadaires de Diphenacyprone, un allergène puissant classiquement utilisé dans l'immunothérapie de la pelade. Il permet d'obtenir une repousse dans un certain nombre de cas mais la rechute est classique à l'arrêt du traitement.

Lorsque je vois Carine seule, la mésentente conjugale devient le sujet principal de l'entretien. Georges qu'elle avait choisi pour son attitude protectrice, lui paraît de plus en plus étouffant. Elle ne supporte plus son hégémonie. Elle demande une relation d'égal à égal. Signalons ici que deux relations précédentes se sont déjà soldées pour lui par un divorce. De chacun de ses mariages il a un enfant dont il n'a pas la garde.

Un climat de tension et de violence s'installe et s'intensifie progressivement entre les partenaires.

Lorsque le couple se présente chez le professeur, il n'est soufflé mot de ces difficultés à ma grande surprise. Je demande donc à Carine son accord pour aborder ce sujet à quatre.

A l'entretien suivant, dans une entrevue très difficile, elle demande avec insistance à son mari un changement dans leurs relations; lui exprime clairement que ce sujet ne peut être abordé que lorsque Carine sera entièrement guérie.

Je lui fais remarquer qu'il est possible que Carine aie toute sa vie des petits problèmes de pelade; il me répond que dans ce cas ces difficultés ne seront jamais abordées.

La jeune femme fond en larmes et déclare que, pour elle, être heureuse en couple est plus important que sa chevelure. Deux mois plus tard Carine quitte définitivement son mari.

Quelques petites plaques de pelade surgissent encore à ce moment toujours sans conséquence esthétique. Puis tout rentre dans l'ordre et Carine arrête de me consulter.

A ma demande elle s'est présentée seule en contrôle chez le Professeur avec beaucoup d'empressement. C'est la seule fois qu'elle l'a consulté seule et elle s'est montrée très fière de son évolution et de sa nouvelle autonomie. Le changement d'allure, la confiance en elle, la plus grande maturité étaient manifestes.

Aujourd'hui avec six mois de recul, il n'y a plus aucune zone déglabrée. Carine est retournée provisoirement chez ses parents dans l'attente d'un appartement social. Elle a trouvé du travail et un nouvel ami.

Commentaires

Nous avons donc suivi cette patiente pendant 5 ans dans une cothérapie très particulière.

Avec le recul, je pense que l'effet thérapeutique qui a permis à cette jeune femme d'évoluer vers une certaine autonomie et en tous cas vers la disparition du symptôme de pelade tient beaucoup plus à la relation thérapeutique comme telle qu'à tout ce qui a pu se verbaliser.

Le Professeur et moi-même sommes toujours restés solidaires face à cette jeune femme et elle a pu éprouver notre constance et notre accord.

Le Professeur est resté une figure paternelle relativement distante mais toujours bienveillante et accueillante, y compris après la séparation.

J'y faisais référence fréquemment et avertisais la jeune femme que je le tenais au courant de l'évolution de sa maladie. Ce qu'elle pouvait vérifier quand elle se présentait en contrôle devant lui.

Tout en étant plus proche j'étais investie de cette puissance par la façon dont il m'avait valorisée et chargée du traitement pratique.

Le Professeur terminait toujours l'entretien par quelques petits détails de prescription à modifier. Ceci tenait lieu d'objet transitionnel et maintenait ultérieurement la présence du « père ». Je suis toujours restée une figure maternelle, accueillante, valorisante et parfois cadrante lorsque Carine, surtout à la fin du processus manquant parfois ses rendez-vous sans m'en avertir ou prenait la liberté de m'amener tel ou tel(le) ami(e) qu'elle voulait me faire examiner dans le temps prévu pour son propre rendez-vous.

Elle est finalement arrivée à toujours prévenir d'une absence et à prendre un autre rendez-vous pour ses multiples amis et connaissances qu'elle amenait.

En conclusion, je dirais que le traitement dermatologique a servi à forger une alliance thérapeutique solide.

Ce qui s'est dit a permis certaines prises de conscience mais le vécu transférentiel tout au long de ces années est peut-être l'élément majeur non verbal qui a permis de mobiliser ce système figé et de lui donner une nouvelle capacité de transformation.

En guise de conclusion

Ce cas, vécu au cours de ma formation en analyse systémique et choisi comme objet de recherche et de pratique supervisée m'a encouragé à continuer dans cette voie et à croire dans l'aide possible de l'analyse systémique pour améliorer notre prise en charge des patients psychosomatiques. Ceux-ci représentent au minimum 20% des consultations dermatologiques courantes. C'est dire l'intérêt qu'une telle approche peut représenter là où nous nous sentons si souvent démunis.

Les lignes directrices que j'en retire sont:

1. L'importance de créer une alliance thérapeutique solide. Le traitement dermatologique bien conduit et même puissant y contribue de façon importante. Si en milieu universitaire le patient accepte parfois plus facilement l'absence de résultats immédiats, il n'en est pas de même en ville où il aura très souvent tendance à consulter ailleurs. Le dermatologue doit toutefois rester conscient qu'il ne s'agit que d'un moyen.

2. Garder le contact avec le médecin-envoyeur (médecin traitant ou autre dermatologue).

Nous pouvons de cette façon amener le patient à un autre type de relations que celles vécues jusqu'alors dans son milieu familial. S'il développe une maladie psychosomatique, il est probable qu'il est issu d'un milieu de grande rigidité. Se trouver pris en charge par un système thérapeutique plus souple peut contribuer également à modifier ce système familial.

3. Tout ne doit pas être dit avec les patients psychosomatiques. Il faut privilégier l'analogique, le non-verbal, ou éventuellement la métaphore tout en permettant aux soignants de prendre conscience du système qu'ils constituent avec leurs patients.

Mon travail dans le développement de la consultation de dermatologie psychosomatique tiendra compte de ces trois lignes.

Françoise Poot

Université catholique de Louvain

Dermatologie psychosomatique

Service de Dermatologie (Prof. A. Bourlond)

Cliniques Universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate 10

B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Elkaim M. (1988): *Si tu m'aimes ne m'aime pas - Approche systémique et psychothérapie*, Seuil, Paris.
2. Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1978): *Psychosomatic families*, Harvard University Press, Cambridge.
3. Onnis L. (1989): *Corps et contexte: Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*, ESF, Paris.
4. Onnis L. (1992): « Langage du corps et langage de la thérapie: la "sculpture du futur" comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques », *Thérapie familiale*, vol. 13, 1, pp. 3-19.
5. Poot F., Binet H., Reynaert Ch., Janne P. (1993): *Dermatologie et psychosomatique: étude comparative des systèmes familiaux*, communication à la Société Royale Belge de Dermatologie, novembre 1993.
6. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. (1975): *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Seuil, Paris.

JOURNAL OF FAMILY THERAPY

Edited by John Carpenter and Bebe Speed

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

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

ORDER FORM

Subscription Rates, Volume 17, 1995

JOURNAL OF FAMILY THERAPY
ISSN 0163-4445

Institutions £75.50 UK/Europe, \$129.00 N America*, £83.50 Rest of World

Published quarterly

*Canadian customers please add 7% GST

Please enter my subscription/send me a sample copy

I enclose a cheque/money order payable to Basil Blackwell

Please charge my American Express/Diners Club/Mastercard/Visa account number

Signature _____ Expiry Date _____
Name _____ Date _____

Address _____

Postcode _____

E-Mail Address: jnl.samples@cix.compulink.co.uk
(Please include the name of the journal)

Payment must accompany orders
Please return this form to: Journals Marketing, Blackwell Publishers, 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF, England. Or to: Journals Marketing, JcFT, Blackwell Publishers, 230 Main Street, Cambridge, MA 02142, USA.

Blackwell Publishers Oxford, UK and Cambridge, USA

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 3, pp. 311-321

DU PÈRE MYTHIQUE AU PÈRE RÉEL

C. EMERY

Résumé: *Du père mythique au père réel* — Cet article présente le processus thérapeutique d'un travail institutionnel, familial et individuel avec un jeune adolescent en échec scolaire. Il permet de suivre le passage d'une demande à une institution représentant une fonction paternelle d'autorité et d'apprentissage manquant: «père mythique», à une acceptation de la famille de rechercher le vrai père: «père réel». R. Skynner reconnaît l'importance cruciale du rôle du père, personnage-clé dans le syndrome et la résolution de la phobie scolaire. L'institution éducative de soins et d'accompagnement psychologique serait traversée par la prévalence du maternel, mais tendrait en général la fonction de la figure paternelle dans une sphère idéalisée et inaccessible (Maurice Moulay). On peut voir dans ce travail d'accompagnement de cet adolescent et de sa famille, à quel point cette démarche pour ce passage d'un père mythique institutionnel à la filiation réelle de cet adolescent, a demandé un cadre solide de travail, le respect du temps de chacun, et surtout l'acceptation des mouvements d'espoir, de souffrance, de rage, d'incertitude, de refus dans lesquels la famille s'organisait dans plus de complexité.

Summary: *From mythical father to the real one* — This article presents the therapeutic process in a case of counselling work, which took place in an institution, to the benefit of a family and the individual person of a teenager faced with school failure. It allows the reader to follow, from a request to an institution which represents the missing paternal function of authority and learning («mythical father»), the whole development towards the family accepting to seek the actual father («real father»). R. Skynner demonstrates the crucial importance of the paternal role in the syndrome, and the resolution of school phobia. The educational institution, which carries on the care and psychological support, is said to be nurtured by the maternal principle, albeit it be generally called to assume the function of the paternal figure in an idealistic and inaccessible sphere (Maurice Moulay). This article allows an insight into the work of support offered to this teenager and his family, and the point to which this process, from the mythical, institutional father towards the real one, has requested a structured working environment: the respect for each actor's timing; and above all the acceptance of feelings of hope, of suffering, of rage, of uncertainty, and of refusal into which the family organized itself over a more complex way.

Mots-clés: Adolescents — Phobie scolaire — Placement — Père mythique — Père réel.

Key words: Teenagers — School phobia — Placement in institution — Mythical father — Real father.

Introduction

La redécouverte du père absent, ce long accompagnement que la famille demande à l'institution, dans certaines situations, est un processus thérapeutique passant par un travail institutionnel, familial et individuel, au profit d'un jeune adolescent. Les faits réels sur lesquels ce rapport a été rédigé ont eu pour cadre le Centre de Préformation et de Préapprentissage pour adolescents de Chevrens, près de Genève. En suivant pas à pas le passage d'une demande à l'institution de représenter une fonction paternelle d'autorité et d'apprentissage, autrement dit en décrivant

comment le père mythique a finalement permis à la famille d'accepter la recherche du père réel, nous n'oublierons pas que derrière tout ce scénario, il y a des êtres de chair, de sang et de cœur, même si nous nous efforçons de justifier notre intervention par ses présupposés théoriques, tirés de la littérature professionnelle.

Avec cet exemple très concret, je vous propose de suivre l'évolution d'une situation clinique parmi beaucoup d'autres que nous menons, dans le cadre de notre centre de Chevrens. A l'origine de toute prise en charge, il y a une demande d'un Service social de la jeunesse concernant un adolescent en échec scolaire, et qui exige un traitement dans le cadre institutionnel: l'institution est en effet parfois appelée, comme nous le redécouvrons sans cesse avec les familles, à représenter la fonction paternelle manquante.

R. Skynner (10) reconnaît l'importance cruciale du rôle paternel, personnage-clé dans le syndrome et la résolution de la phobie scolaire. Selon *Maurice Moulay* cependant (2), l'institution éducative de soins et d'accompagnement psychologique serait traversée par la prévalence du maternel, et ne tiendrait en général la fonction de la figure paternelle que dans une sphère idéalisée et inaccessible.

Le cas très réel de Stéphane illustre à quel point cette démarche, pour passer à la filiation réelle, en empruntant le chemin du père mythique institutionnel, exige un travail conduit dans un cadre solide, respectant le temps de chacun, et surtout l'acceptation des mouvements d'espoir, de souffrance, de rage, d'incertitude, de refus dans lesquels la famille toute entière s'organisait de manière plus complexe.

Il s'agit, par ce travail, de permettre à ces familles de redécouvrir leurs valeurs, leurs ressources, leurs règles, leur mémoire, leur autorité, et de reprendre ainsi progressivement la barre de leurs destinées familiales et individuelles. Dans ce cas particulier, nous avons proposé à la famille de passer progressivement du père mythique institutionnel au père réel.

Les personnages et le décor du drame

La trame théorique sur laquelle nous tissons notre intervention thérapeutique implique une analyse sur plusieurs plans:

- la demande du réseau social, et celle de la famille de l'adolescent;
- la représentation que nous nous faisons de cette famille;
- le symptôme de phobie scolaire (dont l'éclairage théorique est donné par Johnson, Skynner et Guy Corneau);
- les hypothèses faites sur la fonction de placement dans une telle situation.

Le *Service social* nous interpelle au sujet de Stéphane, un adolescent de 18 ans, qui va d'échec en échec depuis l'école primaire, et qui a eu notamment des difficultés avec un professeur et un directeur d'établissement. Après différentes écoles

privées, il tente un apprentissage de cuisinier mais ne parvient pas à suivre, échouant tant dans les cours que dans la pratique.

La **demande** émane plus précisément d'une psychologue du Service d'orientation professionnelle, qui demande au Centre de Chevrens d'admettre Stéphane pour un rattrapage scolaire, pour une préparation à la vie professionnelle, et pour un internat, la crise familiale n'étant plus gérable. Elle estime qu'un travail individuel, à l'intérieur de l'institution, avec un éducateur référent et à l'extérieur avec une psychothérapeute du Service médico-pédagogique, sont nécessaires. Elle souhaite que nous établissions une collaboration étroite avec la mère de Stéphane.

La mère ne veut plus garder Stéphane au domicile familial: bagarres et violence éclatent sans cesse entre le fils et la mère, et entre le fils et le beau-père. La mère voit le salut en Chevrens, estimant que Stéphane a besoin d'être pris en main par d'autres personnes, afin de réussir son préapprentissage.

Le beau-père veut sortir Stéphane du cadre familial pour en sauvegarder l'équilibre, ainsi que celui du couple, car on n'en vient plus à bout. Il espère aussi que Stéphane retrouve l'intérêt pour les cours.

Stéphane, lui, veut rattraper son retard en mathématiques et français, pour devenir cuisinier. Il accepte l'internat, afin de laisser ses parents tranquilles. Il ne connaît pas son père, et ce serait de toute façon trop tard! Il aimerait plus d'autonomie.

Lors de l'admission de Stéphane en juin 1989, nous nous représentons la famille selon le présupposé théorique de A. Fréjaville et A. N'Guyen: une « création collective du groupe institutionnel et familial à partir des représentations individuelles » (1). J'inscris ma prise en charge de ce cas dans cette pensée dynamique et ouverte. Car nous verrons, au cours du déroulement de notre travail, combien notre représentation de départ a dû être remaniée constamment.

Parlant ainsi des demandes, des attentes et des représentations de chaque partenaire, nous avons avancé dans une recherche commune, nous efforçant de respecter les finalités, les contradictions, les ambivalences, la divergence des notions de temps de chacun des protagonistes, des professionnels en charge, comme des membres de la famille.

D'un premier mariage avec M.W., entre 1966 et 1970, la mère, aujourd'hui âgée de 46 ans, a eu Sean, aujourd'hui âgé de 22 ans. Ce mariage aboutit à un divorce en 1970. D'une liaison entre 1969 et 1971 avec un Vietnamien âgé aujourd'hui de 43 ans, la mère a eu Stéphane, aujourd'hui âgé de 18 ans. Elle s'est remariée en 1979 avec M.G., âgé aujourd'hui de 65 ans.

La mère apparaît donc comme le noyau central d'un groupe à géométrie variable selon son histoire, où une succession de trois couples se font et se défont. Cette mère nucléaire a eu une enfance difficile, sa propre mère étant toujours malade, ce qui fait qu'on la baladait entre des orphelinats et sa tante maternelle.

Si elle a assumé son rôle de mère de Sean, son premier fils, elle a divorcé du père de celui-ci car il n'était pas fiable, avec dettes, délits et aventures. La situation de ce couple défait est encore conflictuelle. Mais Sean a quitté la maison maternelle à l'âge de 19 ans et demi, suite à un conflit avec sa mère. Elle ne l'a pas revu depuis un an.

Le père de Stéphane, lorsqu'elle l'a connu et beaucoup aimé, était étudiant en science économique: ce Vietnamien était gentil, cultivé, intelligent; il désirait se

marier et avoir un enfant. Encinte de Stéphane, la mère se refuse cependant à entretenir la famille vietnamienne, ce qui amène la rupture. L'enfant, né prématurément, a vécu jusqu'à l'âge de 8 ans chez une marraine, pendant toute la journée. Il sera reconnu par son père à l'âge de 9 mois, mais père et fils ne se sont plus jamais revus depuis 18 ans !

La mère de Stéphane se remarie alors avec M. G, dont la situation économique et professionnelle est stable jusqu'à une méningite contractée en 1985, qui le contraint à quitter son travail. La mère doit à nouveau reprendre toute seule la direction de la famille, y compris cession de l'entreprise, villa, enfants, etc.

On conçoit donc qu'au moment de l'admission, c'est la crise et l'épuisement qui dominent : le stress familial a encore augmenté avec l'échec de l'apprentissage de Stéphane, et plus personne ne parvient à gérer le drame. Tous crient à l'aide.

Il n'est pas étonnant qu'en filigrane de ces événements on constate un *syndrome de phobie scolaire* (également appelé refus scolaire). Dans son article d'avril 1979 (1), R. Skynner reconnaît l'importance cruciale du rôle paternel, perçue comme sonnage-clef, tant dans le syndrome lui-même, que dans sa résolution. Il cite aussi la conception de Johnson, et de ses collègues : ils admettent que le problème essentiel du refus scolaire réside dans la relation non dépassée de dépendance mutuelle mère-enfant, accompagnée d'une angoisse de séparation intense dès qu'apparaît une perspective de fréquentation scolaire.

Pour Skynner, « la fureur refoulée de l'enfant tourne essentiellement autour de l'école pour ce qu'elle représente de réalité et d'humiliation inévitable, mais aussi autour des parents pour leur faiblesse, leur tromperie. » Il note enfin que dans un contexte comportant des risques de mort, de blessure ou de séparation, cette fureur devient encore plus déterminante.

Dans son livre intitulé *Père manquant, fils manqué* (4) Guy Corneau constate « qu'un homme ou une femme, pour évoluer, doit avoir la possibilité de s'identifier à sa mère et à son père. (...) Le triangle père-mère-fils doit pouvoir se former et venir remplacer la dyade « mère-fils ». (...) Le père incarne un principe de réalité et d'ordre dans la famille, sa présence va permettre au jeune mâle l'accès à l'agressivité, à la sexualité, à l'exploration, aux *logos* entendus comme des aptitudes à l'abstraction et à l'objectivation. (...) Il facilitera également le passage du jeune adolescent du monde familial à celui de la société. (...) »

« Si le père est absent, il n'y a pas de transfert d'identification de la mère au père. Le fils alors demeure prisonnier de l'identification à la mère. L'absence du père signifie automatiquement une influence accrue de la mère alors chargée d'une responsabilité trop lourde. »

Ces textes éclairent la compréhension du symptôme scolaire de Stéphane, ainsi que la demande de la mère à une « tierce institution » de représenter la fonction paternelle manquante.

Il nous a fallu *formuler des hypothèses sur la fonction du placement* dans une telle situation. Les membres du groupe familial demandent d'abord une *séparation*. La dépendance mère-fils est invivable ; le beau-père, figure plutôt grand-parentale, ne peut plus, vu son âge, répondre aux besoins de Stéphane et de sa mère. *Ils en appellent à l'institution pour remplir cette fonction paternelle manquante.*

Mais, paradoxalement, la séparation sera douloureuse et va réanimer les angoisses de séparation non résolues. Séparation qui poursuit la mère depuis son enfance, au travers de son premier divorce, du départ du père pendant la seconde grossesse ; séparation de nouveau pendant l'enfance de Stéphane ; puis lors de l'hospitalisation du beau-père et nouveau conjoint ; enfin avec le départ du premier fils Sean. *Il faut un sauveur, un homme ou des hommes* pour conduire Stéphane au travers de l'école et de son entrée dans le monde professionnel. Tous demandent enfin *un cadre*, une autorité pour contenir la violence de Stéphane.

Le placement de Stéphane à Chevreys semble indiqué, car le Centre y dispose de services éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques qui pourront répondre à une partie de ces demandes. Notre équipe accepte de travailler avec Stéphane, en collaboration avec sa famille. Elle sera consultée tout au long du travail, pour préparer l'avenir en commun, afin que chacun puisse reprendre la barre de son projet de vie individuel et familial.

Nous allons accueillir Stéphane avec ses deux cultures. Nous avons besoin de l'aide de la mère, du beau-père, du frère ; et, si cela s'avère possible, du père réel, pour aider Stéphane autant que possible.

Du père mythique au père réel

Nous pouvons maintenant décrire le processus thérapeutique, familial et institutionnel qui nous a permis de passer progressivement du père mythique au père réel. Dans son article intitulé « Du père mythique au père réel (1), Maurice Moulay nous parle du père mythique, correspondant pour lui à un père ne pouvant jouer un rôle auprès de ses proches. Pour avoir un rôle structurant unificateur, le père mythique comporte les deux versants du mythe :

- un versant positif qui traduit la créativité et la capacité de gérer des représentations dans un groupe (la mythologie) ;
- un versant plus rigide et défensif qui utilise les représentations aux fins de masquer le fantasmatique et l'ambivalence qui en découle.

A cet égard, les institutions (éducatives de soins et d'accompagnement psychologique) sont traversées par la prévalence du maternel et tiennent en général la figure paternelle dans une « sphère idéalisée et inaccessible » (mythique).

Selon un article publié sous le titre de *Mémoire familiale* (9) R. Neuburger dit que « la mémoire est une gestion adéquate de l'oubli ». « La mémoire familiale » est un processus d'élimination, un message de ce qu'il convient d'oublier pour préserver un mythe. Non seulement il est demandé à l'enfant d'oublier sa filiation, mais il lui faut encore ne pas percevoir ce manque d'information.

La réalité de la filiation est incompatible avec le mythe familial, qui est d'appartenir à une famille traditionnelle, respectable, classique, où les rôles sont bien distribués. Neuburger pense que la mémoire revient le jour où l'information sur la filiation n'est plus ressentie comme une menace.

Ces deux éléments théoriques me semblent justifier notre recherche. Comme nous allons le voir, il faudra être très prudent, respecter le temps de la famille, et aussi celui de l'institution; et reconnaître pleinement cette famille reconstituée, ainsi que le placement en tant que tel, avant d'entreprendre, avec l'accord de tous, la recherche du père réel.

Ce cheminement comportera quatre étapes:

- la marche d'approche;
- le rituel de la rencontre avec le père réel;
- les retombées de cette rencontre;
- les nouvelles définitions.

La *marche d'approche* commence par une constatation: le placement de Stéphane à Chevreus est une nouvelle séparation, qui se vit très difficilement. M. G., le beau-père, a été momentanément hospitalisé dans une clinique pour soulager son agressivité. La mère a dû se faire opérer d'un abcès. Stéphane est tyrannique à la maison et menace physiquement sa mère. La mère reproche à l'éducateur de prendre le parti de son fils.

Au sein de l'institution aussi nous retrouvons les mêmes problèmes que ceux qui avaient éclaté dans les écoles et dans la famille de Stéphane. En classe, il se bloque. A la cuisine il éprouve des difficultés dans son travail pratique. Il abuse verbalement de l'aide de cuisine, une jeune femme de 35 ans. Il se tient en dehors du groupe des autres pensionnaires; la violence de certains camarades l'effraie.

Stéphane est suivi régulièrement par son éducateur de référence et par une psychologue extérieure. Il élabore des questions fondamentales qu'il amène dans le travail de thérapie familiale:

- « Comment faire pour devenir adulte? »
- « Sean et moi sommes hypnotisés par l'influence de M. W., le père de Sean. »
- « Je suis l'écho des autres, où sont mes idées propres? »

Cependant le dialogue commence à devenir plus tranquille. La détente rentre à nouveau dans la maison familiale. Au cours des entretiens, nous abordons différents sujets: les 18 ans de Stéphane et ses projets d'autonomie; la culpabilité qu'éprouve sa mère; la préoccupation de Stéphane pour le couple formé par sa mère et son beau-père; le projet de vacances du couple, et l'ambivalence de Stéphane à rester seul.

Puis la crise refait surface: après les vacances du couple parental, la tension se réinstalle dans la famille. La mère met le placement en question. Ceci nous oblige tous à redéfinir nos concepts: en qualifiant notre travail, en qualifiant les parents, en « sermonnant » Stéphane, en affirmant que pour avancer sur la piste de l'influence exercée par son demi-frère, nous devons rencontrer Sean. Mais la rupture produite d'avec Sean est douloureusement ressentie: la famille nous autorise donc à le rencontrer.

C'est à cette occasion que, pour la première fois, Stéphane déclare qu'il aimerait rencontrer son propre père.

La confrontation entre la thérapeute, la famille, et Sean débouchera sur une nouvelle étape dans notre travail et notre relation mutuelle. La mère affirme « qu'au fond ils doivent tous apprendre à parler calmement ».

C'est à l'extérieur de l'institution que nous ferons la connaissance de Sean. Il nous livre certaines « clefs » complémentaires pour comprendre ce qui se passe; et il accepte de venir à Chevreus pour un entretien avec sa mère et son beau-père.

Cependant Stéphane fait maintenant de réels progrès en classe. Son avenir le préoccupe; va-t-il pouvoir commencer un apprentissage? Où préfère-t-il une seconde année à Chevreus? Les parents se plaisent à reconnaître que Stéphane est désormais travailleur, courageux, sensible, poli à l'extérieur, solitaire, volontaire, mystérieux, indépendant. Stéphane dit avoir la rage dans la tête.

Lorsque nous évoquons notre première rencontre avec Sean, les parents expriment leur colère: violence mêlée de joie à l'idée de ces futures retrouvailles. Sean fera cependant faux bond deux fois; puis, aidé par Stéphane, il viendra participer au 1^{er} entretien général.

C'est l'émotion qui préside à la rencontre avec Sean et toute la famille. Ils règlent tous leur contentieux en termes de reproches et de colère. Sean évoque la violence du beau-père, que Stéphane confirme tout en reconnaissant ses propres erreurs. La mère se définit dans ses droits et son exigence d'être reconnue dans ce qu'elle a fait. Elle reconnaît aussi qu'elle ne pouvait pas donner ce qu'elle n'avait pas reçu.

Lors de la séance suivante, en l'absence de Sean, ils diront tous combien cette rencontre avait été difficile, et exprimerons le souhait de ne plus inclure Sean dans les réunions, au moins pour le moment.

C'est donc une marche d'approche comportant des hauts et des bas, difficile à assumer pour les uns comme pour les autres, mais qui consolide les liens existants au sein de la famille peu à peu reconstituée. La séparation résultant du placement de Stéphane a introduit une certaine détente. Les parents on pu vivre des moments de couple. Au cours des séances, des non-dits ont émergé: sur le départ de Sean, sur la violence; mais on a pu assumer les confrontations et redéfinir le contrat familial.

Comme nous l'avons posé d'entrée de cause, le père réel a été présent dans l'esprit de tous dès le départ. Nous avons respecté le temps nécessaire, ainsi que l'imprévisibilité de cette rencontre. La démarche en est progressivement devenue moins menaçante. Le temps laissé à la vie dans la réalité de l'institution, avec ses difficultés mais aussi avec les progrès de Stéphane, nous a aussi permis de reconnaître sa famille dans ses ressources et ses frustrations. Notre alliance autour de Stéphane s'est ainsi renforcée.

Le chemin était désormais ouvert pour *le rituel de la rencontre avec le père réel*. Dès le 6^e entretien général, Stéphane avait exprimé le désir de rencontrer enfin son père. Lors du 10^e, la mère a laissé s'exprimer sa colère à l'égard du père qui ne s'est jamais manifesté pendant toutes ces années. Stéphane, lui, a évoqué sa crainte de le rencontrer, car il a peur de le décevoir: il dit « qu'il a 18 ans et qu'il est encore un gamin! »

Lors du 12^e entretien, la mère accepte que nous commençons les démarches. Elle fournit le numéro de téléphone et me charge d'appeler. Nous envisageons l'éventualité d'un refus d'entrer en contact.

Mais lorsque j'atteins le père de Stéphane, il se déclare d'accord de rencontrer son fils.

Au cours du 13^e entretien, ce contact est évoqué. De nombreux souvenirs font alors irruption (mémoire familiale). La mère parle de leur première rencontre, des qualités du père de Stéphane, de leurs conflits, de la rupture; de sa décision à elle d'élever seule leur fils, de sa réaction impulsive de jeunesse, de sa stabilisation affective grâce à la rencontre ultérieure avec M.G.

Il faudra donc attendre la 14^e réunion pour que cette confrontation extrêmement émouvante pour chacun ait finalement lieu. Tout d'abord je verrai le père de Stéphane en tête à tête. Il me parle de son enfance au Vietnam; de la perte de son propre père alors qu'il n'avait, lui, que 17 ans. Il est venu en Suisse à 19 ans. Aimé de la fratrie, il doit aider sa mère et ses frères et sœurs. C'est deux ans plus tard qu'il fait la connaissance de M^{me} G. Elle représente alors pour lui la sécurité, car il avait encore une mentalité d'étudiant. Il me dit qu'il ignorait qu'elle fût enceinte et qu'il la soupçonnait de sortir avec d'autres hommes. Il n'a jamais pris contact avec Stéphane, dit-il, car il se considérait comme un père indigne.

La réunion du père et de son fils peut alors avoir lieu. Stéphane se présente accompagné de son éducateur. Ils ont préparé ensemble une série de questions par écrit. Nous pensons qu'il faut donner ici sa dimension humaine à cette rencontre: le père accueille son fils en se levant, pris par l'émotion. Ils se serrent la main. Leur ressemblance physique est frappante. Voici leur dialogue:

Stéphane: Bonjour, je me présente, je suis Stéphane, je suis votre fils, je suis très content de vous voir; j'ai tellement attendu ce moment.

(Ils s'assoient et Stéphane commence à regarder sa feuille et ses questions)

Stéphane: Est-ce que j'ai un ou deux demi-frères ou sœurs?

Le père: J'ai deux enfants: Patrick, 17 ans; et Alexandra, 15 ans, avec lesquels j'ai aussi des difficultés.

Stéphane: Est-ce que votre femme est au courant que j'existe?

Le père: J'ai divorcé il y a 5 ans, elle est au courant de ton existence. J'ai aussi toute ma famille à Genève (ta grand-mère et tes oncles).

Stéphane: Est-ce que je pourrais vous voir souvent chez vous? Est-ce que vous seriez d'accord de m'aider pour mon avenir?

Le père: Je suis d'accord de m'intéresser à toi et de t'aider pour ton avenir.

Stéphane: Pourquoi ne m'avez-vous jamais donné signe de vie?

Le père: Je te demande pardon de n'avoir jamais pris contact.

Stéphane: Vousdriez-vous faire la connaissance de mon beau-père?

Le père: Je suis d'accord de rencontrer ton beau-père et ta mère.

Nous étions bouleversés! L'authenticité des questions de Stéphane, la qualité de présence de son père, ont représenté pour moi une expérience intense de ma

vie de thérapeute de famille. Que de résonances personnelles dans cette rencontre avec le père réel! Que d'harmoniques pour chaque pensionnaire et chaque éducateur dans l'institution!

Après cette phase de témoignage direct, il faut examiner les *retombées de cette démarche*. Une étape de maturation s'est imposée, pour accompagner chacun dans les réajustements nécessaires, après un pareil choc émotionnel. Nous avons donc proposé une période de 6 mois de travail thérapeutique, pour consolider l'acquis.

Dans les réunions, avec la famille qui ont suivi la redécouverte du père, nous avons vécu des périodes de crainte, d'espoirs idéaux et de réajustements difficiles: le beau-père craint de perdre sa femme; la violence resurgit entre Stéphane et son beau-père; Stéphane ne comprend pas pourquoi sa mère n'est pas restée avec son père; son père a désormais pris la première place, et il aimerait aller vivre chez lui.

Nous assistons au début de l'autonomie de Stéphane: il améliore son niveau scolaire (54%); un stage dans un restaurant est un succès. Nous assistons aussi à un désir de rassemblement familial: la mère propose l'externat pour Stéphane. De nouvelles rencontres ont lieu, riches de vie, avec le père, la mère et Stéphane; puis avec le père, le beau-père, la mère et Stéphane.

Comme on peut le concevoir, cette étape est pleine de confusion, de chaos, de désordre; chacun l'assume avec peine; elle demande aussi un pilotage très soutenu et d'autant plus chaleureux.

Deux pas en avant, un en arrière: la mère décide de renvoyer Stéphane hors de la maison familiale après des vacances traversées de conflits. Elle se mobilise pour trouver un foyer d'étudiant, puis, avec le beau-père, pour trouver un studio pour Stéphane. Le père n'est pas prêt à reprendre son fils sous son toit. Stéphane désire pouvoir vivre dans un studio indépendant, travailler, avoir un salaire, vivre pour lui tout seul.

C'est au 17^e entretien de thérapie familiale que nous restituons les différents rôles de chacun, posant ainsi *les nouvelles définitions* pour leur vie à venir:

- la mère détient l'autorité parentale jusqu'à la majorité civile de Stéphane: elle se sent unique pour son fils, elle exprime de la tendresse et le soutient dans ses démarches;
- Stéphane demande à sa mère d'être moins présente, d'en faire un peu moins;
- le beau-père se déclare lui aussi unique dans son soutien: il aide Stéphane pour son logement et son école;
- le père donne de l'affection: il est un modèle d'homme; il aide son fils dans son entrée dans le monde du travail.

Lorsque finalement la mère confirme qu'elle reprend de plus en plus la barre familiale en main, en nous manifestant qu'ils n'ont plus besoin de l'institution et des entretiens de famille, nous nous disons au revoir, en balisant les étapes accomplies.

L'épilogue résulte de ce contact par téléphone avec la mère, en octobre 1982, soit plus de 3 ans après la demande d'admission de Stéphane au centre de Chevrens:

Stéphane a paraît-il terminé son Service militaire, il est en apprentissage de cuisinier. Il vit dans un petit appartement, il a pris son rythme de jeune homme. Il voit son père quand il a envie d'aller chez lui. Le père a eu un autre enfant, et refait sa vie. Le couple de la mère et du beau-père continue à vivre des hauts et des bas.

La mère confirme combien ce passage par le centre de Chevreus a été une époque de vie difficile pour chacun. Elle-même ne veut plus revivre ce passé, mais s'attacher à l'avenir, et le mieux qu'elle le peut.

Quant à la conclusion à tirer de cette belle histoire, si parlante par elle-même, elle laisse une large place à la résonance des péripéties de cette tranche de vie réelle dans chaque lecteur de ce rapport, qui est tout sauf un roman à la mode ! D'un point de vue professionnel cependant, j'affirme que le placement a représenté pour chacun des protagonistes une étape importante dans le passage d'un père mythique (personnel et institutionnel) au père réel. C'est bien l'institution et son équipe qui ont assumé, pour un temps, cette fonction paternelle défailante.

L'adolescent est parvenu à dépasser son refus scolaire, à canaliser sa fureur de vivre, à exprimer ses besoins, et à se préparer à la vie professionnelle où il va entrer bien mieux armé. La famille a effectivement « retrouvé la mémoire ». Elle a autorisé le fils orphelin de fait à retrouver son père et sa filiation complète, avec ses racines, son héritage, sa famille élargie, tout en gardant la place dévolue à chacun et en ne rompant aucun des liens tissés entre eux.

Voilà quelques hommes et femmes qui, dans des mouvements de chaos, de souffrance et d'incertitude, se sont réorganisés avec plus de richesse et de complexité.

Claire Emery
23, rue Centrale
CH-1248 Hermance

BIBLIOGRAPHIE

1. Bédary P. (1980) : *Les étudiants vietnamiens et la demande d'asile politique en Suisse. Un cas de loyauté familiale*. Travail de fin d'études du cycle de formation en thérapie familiale au CEFOC, Genève.
2. Berenstein I. (1987) : « La présence de l'absent en thérapie familiale », *Dialogue* 98, *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille* (pp. 24-29).
3. Boszormenyi-Nagy L., Sparck G. (1973) : *Invisible Loyalties*, Harper & Row, New York.
4. Corneau G. (1989) : *Père manquant, fils manqué. Que sont les hommes devenus ?*, Les Editions de l'Homme, Paris.
5. Durcél-Varembont J.-P. (1988) : « Quand les mères veules demandent à un psychothérapeute homme de fournir une image du père à leur enfant... », *Dialogue* 101, *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille* (pp. 105-112).
6. Frajaud A., N'Guyen A. (1987) : « Une approche institutionnelle spécifique par familles agissantes et atypiques », *Dialogue* 97, *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, pp. 121-138.

7. Morel D. (1990) : « Présence de pères absents », *Dialogue* 107, *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, pp. 61-68.
8. Moutay M. (1980) : « Du père mythique aux pères réels », *Dialogue* 107, *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, pp. 80-88.
9. Neuburger R. (1995) : *Le mythe familial*, ESF, Paris.
10. Skynner R. (1976) : *One flesh: separate persons principles of family and marital psychotherapy*, Edition Constable, London (chapitre 16).
11. Sullerot E. (1992) : *Quels pères ? Quel fils ?*, Fayard, Paris.