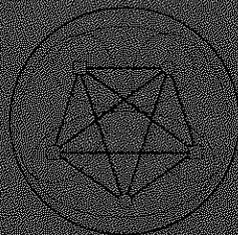


THÉRAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



m+h Genève

Vol. III - 1982 - No 2

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

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

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

Dr J.-J. Eisenring
Hôpital psychiatrique
CH — 1633 Marsens

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène
Case postale 229
CH 1211 Genève 4 (Suisse)

Paievements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, 1211 Genève 6 —
Compte No C2 622 803.
- Banque de l'Union Occidentale, 47 av. George V, 75008 Paris —
Compte No 1251-10532-40
(Les chèques bancaires libellés en francs français sont admis)

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :	SFR. 55.—	FF. 150.—
Bibliothèques et abonnements collectifs :	SFR. 65.—	FF. 175.—

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1982 by Thérapie Familiale, Geneva, Switzerland. Edité en Suisse.

EDITORIAL

Dans le premier article, Madame Selvini-Palazzoli décrit comment parvenir à dépasser notre propre conditionnement linguistique pour entrer en communication avec la famille du schizophrène, où la compétition des niveaux analogique et numérique du langage est typique. Notre conditionnement nous induit à conceptualiser la réalité vivante de cette famille dans le sens linéaire, de façon moralisante, avec une préférence pour le code numérique. L'auteur décrit comment surmonter cet obstacle méthodologique en recourant à la connotation positive, la prescription lors de la première séance et les rituels familiaux.

Une forme abrégée de cette contribution a déjà été publiée, la version que nous avons le plaisir de présenter a été complètement refondue par l'auteur pour notre revue.

Le texte de Jay Haley aborde une question souvent d'une actualité aiguë tant pour les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres d'une part que pour tous ceux qui ont mission de faire régner une certaine harmonie sociale, ceux qui s'occupent de malades et ceux qui s'occupent de délinquants. Souvent une telle dichotomie peut paraître fonctionnelle, mais en réalité où passe la frontière et dans quelle mesure la personne placée au centre de cette opposition n'est pas prétexte à nos propres conflits ? Au-delà d'un constat, l'auteur fournit des éléments susceptibles de favoriser une thérapie auprès de ces familles de jeunes. Il s'agit du chapitre 3 d'un ouvrage paru aux Etats-Unis il y a deux ans maintenant et c'est l'occasion pour Jean-Claude Benoît d'analyser cet ouvrage "*Leaving Home*". A travers ces deux documents, la rédaction tenait à manifester son admiration pour Haley, son apport de pionnier, ses qualités de thérapeute et de théoricien.

Larcher et Lebbe-Berrier nous livrent les résultats de leur analyse pragmatique du discours en thérapie familiale systémique. Ils font le point sur ce que les théories de l'énonciation et la pragmatique linguistique peuvent apporter à la théorie et à la pratique de la thérapie familiale systémique. L'importance du sujet est de taille dans la mesure où l'organisation de l'implicite permet de saisir le jeu des rapports interpersonnels.

Cette première partie sera suivie d'apports cliniques dans un prochain numéro.

Roume et Pense essaient de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure les premiers entretiens avec une famille fournissent des éléments prédictifs de l'évolution de la thérapie.

Sous forme de dialogue autour de Giuliana Prata, Jean-Claude Benoît aborde un aspect de la problématique de la thérapie familiale en institution, avec en particulier la signification des interférences de la hiérarchie.

L'avant-dernière partie de ce cahier est consacrée à des documents cliniques. Il s'agit dans l'un et l'autre cas de visites à domicile et tant dans le document de Soeur et Evrard que dans celui de Godfryd, cette visite à domicile fournit des informations essentielles et permet une élaboration difficilement envisageable dans une consultation institutionnelle.

Ce numéro se termine par quelques notes de lecture et les informations habituelles.

J.-J. Eisenring

LE BARRAGE DU CONDITIONNEMENT LINGUISTIQUE DANS LA THERAPIE DE LA FAMILLE DU SCHIZOPHRENE* (Propositions pour une épistémologie et une méthodologie nouvelle)

Mara SELVINI PALAZZOLI

Peut-être mon exposé sera-t-il quelque peu difficile à comprendre pour quelques-uns des auditeurs qui ne seraient pas familiarisés avec les modèles conceptuels que nous utilisons dans notre travail. Je dois me limiter à dire que les œuvres fondamentales qui nous ont servi de base dans notre tentative de développement des nouvelles propositions épistémologiques et méthodologiques sont au nombre de deux.

Nous avons été particulièrement stimulée d'abord par l'ouvrage de Gregory Bateson *Steps to an ecology of mind* et, plus récemment par un autre livre qui a été publié par Harley Shands et qui a pour titre *The war with words* (La guerre avec les mots) dont je vous citerai ensuite quelques passages.

Je vais exposer les bases théoriques de certains principes méthodologiques que nous avons appliqués. Je n'entrerai pas dans les détails cliniques, sauf pour rapporter quelques exemples. Mais je désire souligner que la validité de ces principes a été confirmée d'une façon éclatante par les premiers résultats que nous avons obtenus. Ces principes méthodologiques ont été découverts progressivement et péniblement. Ils ont été continuellement reformulés et vérifiés et ils le seront encore à l'avenir dans notre recherche.

Notre équipe est formée des Docteurs L. Boscolo, G.F. Cecchin, G. Prata et de moi-même.**

La mise en évidence et la classification minutieuse des troubles de la communication dans la famille schizophrène ont été des conquêtes dans la recherche scientifique. Mais ceci n'a pas marqué, jusqu'à présent, un progrès en ce qui concerne l'application thérapeutique. Et pourquoi ? Parce que nous avons cru pouvoir provoquer des changements en nous appliquant à corriger ces modalités de communication particulière : en les remarquant, les faisant remarquer, faisant refor-

* Repris de *l'Evolution Psychiatrique*, 1975, No 2, 423-430 dans laquelle cet article avait paru sous une forme abrégée.

** Notre thérapie de la famille est une *conjoint family therapy*, car toute la famille, au complet, doit être présente aux séances initiales. Notre équipe est formée actuellement des Docteurs G. Prata, M. Viaro et de moi-même.

muler les messages de façon correcte : en un mot, comme dit Satir, en apprenant aux membres de la famille à communiquer d'une façon fonctionnelle.

Nous avons cru aussi qu'on pouvait employer le code linguistique (parce que nous l'avons considéré, à tort, comme consensuellement partagé par la famille schizophrène) pour montrer et donc, pour changer certains phénomènes révélateurs des dynamiques intra-familiales.

Mais hélas, une série d'expériences frustrantes nous a convaincus que le premier et le plus grand obstacle avec lequel nous, thérapeutes, devons nous confronter est en nous-mêmes, et c'est précisément le langage, ou mieux, *notre propre conditionnement linguistique*.

Personne ne pourra contester que l'entrée et l'appartenance à un monde verbal nous conditionne. Etant donné que la pensée rationnelle se forme à travers le langage, nous conceptualisons la réalité selon le modèle linguistique qui devient ainsi, pour nous, un tout avec la réalité.

En effet, comme le dit Harley Shands, "le langage tient prêt pour nous et nous prescrit une organisation linéaire de données en séquences discursives". Inconsciemment subjugués par la méthode linguistique, nous acceptons et nous renforçons la notion selon laquelle l'univers est organisé sur une base linéaire, selon des modèles de cause à effet. Puisque le langage requiert un sujet et un prédicat, celui qui fait l'action et celui qui la subit, nous arrivons, par plusieurs combinaisons et permutations différentes, à la conclusion que *telle* est la structure du monde. Mais bientôt nous découvrons que, dans les contextes délicats ou compliqués, nous ne trouvons pas un ordre aussi concrètement défini, sinon en l'imposant, et par conséquent nous établissons une ligne de démarcation au milieu d'une variation qui, en réalité, est un continuum. Nous inventons à ce moment-là une distinction entre "normal" et "anormal", entre "noir" et "blanc" et, j'ajoute, entre "organique" et "psychique".

Nous avons appliqué les conceptions de H. Shands à la situation thérapeutique familiale, ce qui a permis de faire des observations surprenantes. Tout d'abord, nous avons compris que la simple action de montrer ou de décrire à la famille ce qui se passe dans la séance n'est pas du tout neutre, parce qu'elle introduit, implicitement, la dimension éthique. Car l'acte de décrire une situation exige, du fait même que l'on emploie le langage, un *avant* et un *après*, un *sujet* et un *objet*, enfin un postulat de *cause à effet* et, par conséquent, inévitablement, une démarcation moraliste. A notre avis, le moralisme est intrinsèque au langage car le langage est linéaire. *Mais le langage n'est pas la réalité. La réalité vivante est circulaire comme le disait Hippocrate.* Toutes les parties de l'organisme forment un cercle. Chaque partie est tant dans le commencement que dans la fin.

Nous sommes prisonniers de l'incompatibilité entre les deux systèmes primaires dans lesquels nous existons : le système vivant, dynamique et circulaire et le système symbolique (ou langage), statique et linéaire.

La schizophrénie est un phénomène *spécifique* de l'espèce humaine qui, seule, a développé le langage et a donc imbriqué ou superposé deux codes différents, le code analogique et le code numérique. Cela nous oblige à reconnaître aussi que le code linguistique a été superposé par l'espèce humaine à une modalité de communication pré-verbale beaucoup plus archaïque qu'on a convenu d'appeler iconique ou analogique.

Selon Shands, "aussi bien les animaux que les hommes ont des comportements qui peuvent être décrits, mais seuls les hommes ont des techniques pour décrire. Décrire est une faculté spécifique des hommes. Pour cette raison, seuls les hommes ont le lot aussi bien de la culture que de la psychose. Cela dépend de l'intégration (culture) ou bien de la compétition (psychose) des deux niveaux de comportement".

Dans la famille schizophrène, la compétition entre les deux niveaux, analogique et numérique, est évidente. Par conséquent, la première difficulté des thérapeutes avec la famille schizophrène est leur propre conditionnement linguistique, numérique, digital.

Faisons une synthèse. Voici les conséquences les plus importantes. Ce conditionnement induit les thérapeutes :

1. à conceptualiser la réalité vivante de la famille dans un sens linéaire (historicisme, réductionisme) et non pas systémique, circulaire.
2. à décrire implicitement d'une façon moraliste les modes de communiquer de la famille schizophrène et à les juger "pires" que les leurs et donc à essayer de les "corriger".
3. à se servir de préférence du code numérique dans l'effort pour agir dans un sens thérapeutique sur la famille.

Les trois points que j'ai mentionnés sont des erreurs épistémologiques et donc méthodologiques, qui dérivent du conditionnement linguistique.

Nous avons essayé de surmonter l'obstacle du conditionnement linguistique et de ses conséquences. Nous avons découvert les trois interventions thérapeutiques suivantes :

- la connotation positive
- la prescription lors de la première séance
- les rituels familiaux.

La connotation positive : nous la découvrîmes par hasard grâce à la nécessité d'arriver, sans nous contredire, à la prescription paradoxale du symptôme. Car nous n'aurions pu prescrire ce que nous avons critiqué auparavant. La connotation positive du symptôme était facile à faire. Mais seuls les comportements des membres de la famille, des parents surtout, étaient très difficiles parce qu'ils nous semblaient liés d'une façon causale au symptôme et, par conséquent, "symptomatiques" d'une "pathologie" dans un sens linéaire.

Nous nous sommes bientôt aperçus que le fait de connoter positivement le symptôme et négativement les comportements symptomatiques traçait une ligne de démarcation entre les membres du système, ce qui nous barrait l'entrée dans ce même système et nous collait au mode linéaire de cause à effet.

Notre déduction fut la suivante : l'accès au système est rendu possible seulement par la connotation positive du symptôme et des comportements symptomatiques. *C'est-à-dire par l'approbation de tous les comportements des membres de la famille comme étant des transactions tendant à renforcer la cohésion du groupe (homéostasie).*

Le but primaire de la connotation positive était donc de nous permettre l'accès au système. Nous précisons que la connotation positive, étant une communication sur la communication, est une métacommunication et donc un passage au niveau d'abstraction supérieur.

En effet, la théorie des types logiques de Russell postule le principe selon lequel ; "un terme qui comprend *tous* les éléments d'une classe ne doit pas être un terme de la classe". Si on métacommunique positivement, c'est-à-dire si l'on confirme tous les comportements des membres de la classe comme ayant pour but de renforcer la stabilité de cette classe, on métacommunique sur la classe même et donc, on effectue un changement de niveau.

Mais pourquoi la connotation doit-elle être absolument positive ? C'est-à-dire de confirmation ? Ne pourrions-nous obtenir l'effet voulu, c'est-à-dire le passage à un autre niveau logique, par une connotation négative *in toto*, c'est-à-dire par un refus ?

Par exemple, nous pourrions dire que soit le symptôme, soit les comportements symptomatiques, sont des comportements "erronés" car ils ont pour but de maintenir à tout prix l'homéostasie d'un système "erroné" et générateur de souffrance. Dans ce cas aussi, on effectuera le changement de niveau, *des membres* du système *au* système, mais on tombera dans le piège moraliste et donc linéaire de connoter négativement le système du fait qu'il recherche l'homéostasie. Cela reviendrait à tirer une ligne de démarcation absolument arbitraire entre les deux caractères essentiels du système : la tendance homéostatique et la

capacité de transformation, comme si ces deux caractères essentiels du système étaient antinomiques, c'est-à-dire comme si la tendance homéostatique était "mauvaise" et la capacité de transformation "bonne". On tomberait alors dans une grande erreur épistémologique (comme d'habitude en suivant le modèle linguistique linéaire). En réalité, ces deux caractères essentiels du système ne sont, l'un par l'autre, *ni mieux ni pires*. Car il n'y a pas d'homéostasie s'il n'y a pas une certaine capacité de transformation (négentropie) ni capacité de transformation sans une certaine homéostasie. Elle se noue dialectiquement d'une façon circulaire selon un continuum, substituant au principe linéaire du *ou-ou* le principe circulaire du *plus ou moins*. Car, dans "l'éthique" systémique, l'antinomie n'existe pas. La connotation positive, qui encourage le caractère entropique du système, dans le hic et nunc d'une famille schizophrène, est nécessaire pour renforcer l'homéostasie et rendre possible la transformation.

En d'autres termes, nous basons notre travail sur l'hypothèse que l'homéostasie apparemment si rigide est en réalité, au moment de la crise au cours de laquelle les familles viennent nous consulter, trop précaire pour qu'on puisse envisager un changement. Pour cette raison, elle doit être confirmée et renforcée par les thérapeutes. Nous sommes convaincus que ces familles ne viendraient même plus en thérapie si elles ne sentaient pas leur homéostasie en danger ; et si elles viennent sans cette peur, poussées par d'autres, on ne peut rien faire.

Arrêtons-nous un instant et analysons la série de paradoxes dans laquelle nous nous trouvons maintenant impliqués.

D'abord, nous avons affirmé qu'il fallait surmonter le conditionnement linguistique avec son moralisme intrinsèque. Mais, par contre, pour approuver et confirmer les comportements homéostatiques, nous utilisons le langage. De même nos louanges (tout comme le seraient nos blâmes) sont de pures marques moralistes. Et même "*connotation positive*", les termes que nous utilisons pour indiquer notre modalité d'approche fondamentale, sont de pures marques moralistes. Mais ici justement est le paradoxe dont parle Shands quand il dit : "Se peut-il que décrire ne puisse jamais cueillir effectivement la réalité, alors que, par contre, la seule réalité que nous puissions cueillir passe à travers la description ?"

Et nous aussi, nous nous trouvons dans le paradoxe d'utiliser le langage pour surpasser le langage, d'adopter un comportement moraliste pour surpasser (surmonter) le moralisme car, par ce biais, nous arrivons à l'approche systémique (là où le moralisme n'a aucun sens).

Je m'explique : en qualifiant de "positifs" les comportements de tous les membres du système, du fait qu'ils sont nécessaires à son homéostasie, ce que nous connotons positivement, c'est l'homéostasie.

Les personnes elles-mêmes ne sont connotées d'aucune façon. Nous approuvons certains comportements des personnes car ils révèlent simplement (c'est-à-dire qu'ils dénotent) une intentionalité homéostatique partagée par les thérapeutes. Une fois parvenus par ce chemin au niveau systémique, nous connotons positivement (et par conséquent, paradoxalement) l'homéostasie dans le but d'amorcer ce qui est, apparemment, son contraire, la transformation. Nous utilisons le paradoxe pour dépasser le paradoxe, poussant le système vers ce qui lui est nécessaire : le processus dialectique entre tendances homéostatiques et capacités de transformation, en tant que processus indispensable à son fonctionnement.

Prenons en considération les modalités particulières de communication, telles qu'elles ont été décrites par Haley. La règle des règles de la famille schizophrène est exprimée par l'effort de ne pas définir la relation (ou du moins certains secteurs de la définition de la relation). Le moyen pour ne pas définir la relation est la disqualification que chacun des membres de cette famille fait soit de sa propre définition, soit de la définition d'autrui. De cette façon, la famille métacommuniquée au thérapeute une conviction normative qui peut être exprimée de la façon suivante : *nous pouvons rester ensemble seulement si nous ne définissons jamais la relation. La définition de la relation est un anathème pour l'homéostasie de notre système.*

A bien réfléchir, nous sommes désormais convaincus que ce que nous appelons le symptôme, c'est-à-dire le comportement psychotique qui apparaît à un moment donné chez le patient désigné, est, de par sa bizarrerie même, un moyen pour ne pas définir la relation et, par conséquent, c'est un moyen pour renforcer l'homéostasie.

Mais, malgré cela, il n'échappe pas à la famille que le symptôme fait allusion (et, *en plus*, d'une façon critique, sarcastique ou protestataire, sur le niveau méta) à une définition de la relation.

Cette allusion est suffisante pour déchaîner dans tous les membres de la famille la peur de la rupture de l'homéostasie.

En effet, déjà l'allusion *viole* la règle selon laquelle il est défendu de définir la relation.

Nous soulignons encore une fois à quel point la famille schizophrène est sensible aux communications sur le niveau méta.

Par conséquent, la famille réagira seulement à celles-ci, c'est-à-dire quand se profile le risque de la rupture de l'homéostasie. A la psychiatrie institutionnelle et aux médicaments, la famille demande de restaurer l'homéostasie. Elle obtient cela de se système plus vaste, car dans ce système il est fait référence à une définition de la relation, donc du

changement qui étiquette ce dernier comme "maladie" et donc co "objet de soins".

Mais lorsque la famille arrive à la psychothérapie familiale au d'arriver à l'hôpital, les motivations qui la pousse sont les mêmes : renforcer l'homéostasie qui est en train de périlcliter.

Voyons alors comment, et selon quelle épistémologie, vont agir les thérapeutes.

En premier lieu, les thérapeutes ne doivent faire aucune distinction entre le symptôme du patient désigné et les comportements "symptomatiques", c'est-à-dire les modalités particulières de communication partagées par tous les membres dans le but de ne pas définir la relation. En effet, nous voyons que ces modalités particulières de communication correspondent exactement à la définition que le modèle cybernétique nous a donné du symptôme.

En effet, la question que nous posons est la suivante : les membres du groupe schizophrène communiquent-ils de cette façon particulière parce qu'ils ne *veulent* pas ou parce qu'ils ne *savent* pas communiquer autrement ? Pour l'épistémologie cybernétique que nous proposons ici, faire un choix serait encore rester *dans une illusion d'alternative* car les deux propositions sont simultanément vraies. Exactement comme il est vrai que le patient désigné ne *peut* et ne *veut* simultanément se comporter d'une façon différente. A ce moment-là, les thérapeutes "savent" une seule chose : que tous les membres de la famille sont terrorisés par le danger de la rupture de l'homéostasie, que l'homéostasie est en effet précaire et qu'il faut la renforcer (pour l'instant, naturellement).

Que vont alors faire les thérapeutes ? *Exactement le contraire de ce que fait la famille*. Ils ignorent l'aspect allusif du symptôme pour en souligner et en confirmer seulement l'aspect homéostatique.

De même ils confirment les comportements des autres membres de la famille comme ayant le même but, c'est-à-dire l'homéostasie. Mais en faisant cela, les thérapeutes introduisent dans la famille quelque chose qui est tout à fait inédit pour cette famille : ils définissent sans possibilité d'équivoque la relation tant des membres *entre* eux que des thérapeutes *avec* eux.

Ils fondent une sorte de société coopérative mutuelle, une espèce de marché commun, pour le maintien de l'homéostasie. Mais finalement, personne ne peut disqualifier la définition de la relation donnée par les thérapeutes car cette définition suit la règle des règles de la famille schizophrène : *noli tangere* l'homéostasie.

Cette définition de la relation qui n'est pas disqualifiée devient alors une *marque de contexte* thérapeutique dans lequel les thérapeutes alliés et associés aux nécessités homéostatiques, s'imposent comme

Les personnes elles-mêmes ne sont connotées d'aucune façon. Nous approuvons certains comportements des personnes car ils révèlent simplement (c'est-à-dire qu'ils dénotent) une intentionalité homéostatique partagée par les thérapeutes. Une fois parvenus par ce chemin au niveau systémique, nous connotons positivement (et par conséquent, paradoxalement) l'homéostasie dans le but d'amorcer ce qui est, apparemment, son contraire, la transformation. Nous utilisons le paradoxe pour dépasser le paradoxe, poussant le système vers ce qui lui est nécessaire : le processus dialectique entre tendances homéostatiques et capacités de transformation, en tant que processus indispensable à son fonctionnement.

Prenons en considération les modalités particulières de communication, telles qu'elles ont été décrites par Haley. La règle des règles de la famille schizophrène est exprimée par l'effort de ne pas définir la relation (ou du moins certains secteurs de la définition de la relation). Le moyen pour ne pas définir la relation est la disqualification que chacun des membres de cette famille fait *soit* de sa propre définition, *soit* de la définition d'autrui. De cette façon, la famille métacommunique au thérapeute une conviction normative qui peut être exprimée de la façon suivante : *nous pouvons rester ensemble seulement si nous ne définissons jamais la relation. La définition de la relation est un anathème pour l'homéostasie de notre système.*

A bien réfléchir, nous sommes désormais convaincus que ce que nous appelons le symptôme, c'est-à-dire le comportement psychotique qui apparaît à un moment donné chez le patient désigné, est, de par sa bizarrerie même, un moyen pour ne pas définir la relation et, par conséquent, c'est un moyen pour renforcer l'homéostasie.

Mais, malgré cela, il n'échappe pas à la famille que le symptôme fait allusion (et, *en plus*, d'une façon critique, sarcastique ou protestataire, sur le niveau méta) à une définition de la relation.

Cette allusion est suffisante pour déchaîner dans tous les membres de la famille la peur de la rupture de l'homéostasie.

En effet, déjà l'allusion *viole* la règle selon laquelle il est défendu de définir la relation.

Nous soulignons encore une fois à quel point la famille schizophrène est sensible aux communications sur le niveau méta.

Par conséquent, la famille réagira seulement à celles-ci, c'est-à-dire quand se profile le risque de la rupture de l'homéostasie. A la psychiatrie institutionnelle et aux médicaments, la famille demande de restaurer l'homéostasie. Elle obtient cela de se système plus vaste, car dans ce système il est fait référence à une définition de la relation, donc du

changement qui étiquette ce dernier comme "maladie" et donc comme "objet de soins".

Mais lorsque la famille arrive à la psychothérapie familiale au lieu d'arriver à l'hôpital, les motivations qui la pousse sont les mêmes : renforcer l'homéostasie qui est en train de périlcliter.

Voyons alors comment, et selon quelle épistémologie, vont agir les thérapeutes.

En premier lieu, les thérapeutes ne doivent faire aucune distinction entre le symptôme du patient désigné et les comportements "symptomatiques", c'est-à-dire les modalités particulières de communication partagées par tous les membres dans le but de ne pas définir la relation. En effet, nous voyons que ces modalités particulières de communication correspondent exactement à la définition que le modèle cybernétique nous a donné du symptôme.

En effet, la question que nous posons est la suivante : les membres du groupe schizophrène communiquent-ils de cette façon particulière parce qu'ils ne *veulent* pas ou parce qu'ils ne *savent* pas communiquer autrement ? Pour l'épistémologie cybernétique que nous proposons ici, faire un choix serait encore rester *dans une illusion d'alternative* car les deux propositions sont simultanément vraies. Exactement comme il est vrai que le patient désigné ne *peut* et ne *veut* simultanément se comporter d'une façon différente. A ce moment-là, les thérapeutes "savent" une seule chose : que tous les membres de la famille sont terrorisés par le danger de la rupture de l'homéostasie, que l'homéostasie est en effet précaire et qu'il faut la renforcer (pour l'instant, naturellement).

Que vont alors faire les thérapeutes ? *Exactement le contraire de ce que fait la famille*. Ils ignorent l'aspect allusif du symptôme pour en souligner et en confirmer seulement l'aspect homéostatique.

De même ils confirment les comportements des autres membres de la famille comme ayant le même but, c'est-à-dire l'homéostasie. Mais en faisant cela, les thérapeutes introduisent dans la famille quelque chose qui est tout à fait inédit pour cette famille : ils définissent sans possibilité d'équivoque la relation tant des membres *entre* eux que des thérapeutes *avec* eux.

Ils fondent une sorte de société coopérative mutuelle, une espèce de marché commun, pour le maintien de l'homéostasie. Mais finalement, personne ne peut disqualifier la définition de la relation donnée par les thérapeutes car cette définition suit la règle des règles de la famille schizophrène : *noli tangere* l'homéostasie.

Cette définition de la relation qui n'est pas disqualifiée devient alors une *marque de contexte* thérapeutique dans lequel les thérapeutes alliés et associés aux nécessités homéostatiques, s'imposent comme

autorité, c'est-à-dire à un niveau hiérarchiquement supérieur. La prescription des comportements symptomatiques qui suivra, deviendra alors une autre marque de contexte et une métacommunication puissante qui, en renforçant l'homéostasie, amorcera automatiquement la capacité de transformation.

Pour conclure : nous pensons avoir démontré que notre premier mouvement thérapeutique, que nous avons appelé "connotation positive" nous permet :

1. de mettre tous les membres de la famille sur le même plan, sans les connoter "moralistiquement", comme individus, évitant ainsi de tracer arbitrairement des lignes de démarcation entre "bons" et "mauvais".

2. de parvenir au niveau systémique (qui comprend tous les membres du système) par la *confirmation* (apparemment unilatérale, moraliste, et donc paradoxale) de sa tendance homéostatique.

3. d'être accueillis dans le système comme des membres à pleins droits, ayant le même but.

4. de renforcer l'homéostasie nécessaire pour amorcer la capacité de transformation, c'est-à-dire le processus dialectique entre les deux caractères essentiels du système.

La connotation positive a encore deux fonctions importantes et interdépendantes :

- a. définir la relation (2e niveau)
- b. se constituer comme marque du contexte thérapeutique.

Analysons le point a.

La famille schizophrène a peu intégré le code numérico-verbal au bénéfice du code analogique. Par conséquent, elle méconnaît le niveau contenu-des-messages et préfère le niveau définition-de-la-relation. Ceci ne veut pas dire que la famille schizophrène définit clairement la relation.

Comme Bateson et Haley nous l'ont appris, la règle secrète de la famille schizophrène est : *éviter de définir la relation*. Chacun refuse de se définir comme celui qui définit la relation et refuse en même temps que d'autres membres de la famille le fasse, c'est-à-dire donne des règles au comportement des autres membres.

Il est également défendu de reconnaître un leadership. La connotation positive représente alors une définition claire de la relation faite par les thérapeutes : ils s'installent dans le système comme des personnes d'autorité, supérieures, les thérapeutes déclarent avoir un but qui est consensuellement partagé par tous les membres du système : renforcer l'homéostasie. Mais ils ne le déclarent pas au niveau *du contenu* utilisant le code numérique, c'est-à-dire des mots que la famille ne prendrait même pas en considération. Ils l'affirment sur le niveau méta en communiquant qu'ils ne doutent pas de leur position hiérarchique.

En effet, l'autorité qui désapprouve fait planer le soupçon qu'elle est poussée à le faire par insécurité. Par contre, l'autorité qui approuve et qui exprime les raisons de son approbation, est véritablement une "autoritas", (étymologiquement : celle qui augmente, du latin *augere*).

A cette définition de la relation est lié le point b. Le fait de métacommuniquer sur sa propre position comme étant hiérarchiquement supérieure est une marque de contexte, de contexte thérapeutique dans notre cas, qui, comme je l'ai démontré dans un travail précédent, ne peut subsister sans une définition précise des buts et des rôles (et j'ajoute maintenant, sans marque de contexte).

Un des comportements particuliers de la famille schizophrène est une disqualification des contextes, continue, subtile et masquée. Dans cette famille, il y a la tendance à disqualifier non seulement l'auteur du message, le contenu de celui-ci et son destinataire, mais aussi le contexte dans lequel les transactions ont lieu. Ce dernier phénomène non seulement provoque la plus grande confusion et la perte de significations, mais de plus, il est insidieux et difficile à repérer.

La connotation positive nous semble donc une marque de contexte très puissante.

La prescription en première séance :

Il s'agit d'une prescription que les thérapeutes effectuent déjà à la fin de la première séance et qui n'a rien à faire avec la prescription du symptôme. Cette stratégie a pour but :

1. de constituer une autre marque de contexte
2. de structurer et discipliner la séance suivante.

Le premier point s'expliquant tout seul, nous passons au deuxième. D'habitude, avec les familles schizophrènes, après la première séance, c'est *comme si* la famille avait déjà tout dit et n'avait rien à ajouter. Ceci arrive tant avec la famille au bavardage chaotique qu'avec la famille réticente et congelée.

Exemple de renversement de contexte

Par exemple, dans le cas de la famille schizophrène réticente et congelée, on peut assister à un phénomène typique : les membres de la famille sont assis en cercle en face des thérapeutes et les regardent avec une expression interrogative.

Dans cette attitude, on voit déjà s'effectuer un renversement très habile de contexte qui est exprimé par un moyen non verbal, mais précisément par le moyen de l'expression interrogative qui peut être traduite en langage formel de la façon suivante : "Nous voici. Et maintenant, qu'est-ce que *vous* voulez de *nous* ?" Ceci est exactement l'inverse du contexte thérapeutique mais serait parfaitement adéquat pour un examen à l'école ou pour une entrevue organisée par les requérants.

Une prescription très simple, bien dosée et non expliquée, inspirée par les redondances observées pendant la séance, servira à délimiter le champ et donc à structurer et à programmer la séance suivante.

Dans celle-ci, les membres de la famille seront obligés, à tour de rôle, de relater aux thérapeutes l'exécution de la prescription.

Voici un exemple. Pendant la première séance avec une famille de trois personnes, les parents et une fillette de 10 ans présentant un comportement gravement psychotique, les thérapeutes observèrent ce phénomène répétitif : si les thérapeutes posaient à la fillette des questions simples, la réponse était donnée immédiatement par la mère. Sans que les thérapeutes n'aient formulé aucune observation, les parents, spontanément expliquèrent que l'enfant ne savait pas construire des phrases, mais disait seulement des mots isolés. A la fin de la séance, les thérapeutes présentèrent à chacun des parents un petit cahier avec cette prescription : dans la semaine suivante, les parents devaient écrire avec la plus grande précision toutes les expressions verbales de l'enfant. Ils devaient donc être extrêmement attentifs pour ne rien oublier. Une seule omission aurait pu nuire sérieusement au travail. Cette prescription visait trois buts :

1. permettre à la petite fille l'expérience toute nouvelle d'être écoutée et de parvenir à terminer des phrases (du fait que les parents, tout occupés à écrire, ne pouvaient pas l'interrompre).
2. apporter aux thérapeutes des données importantes.
3. structurer la séance suivante *sur* la lecture des petits cahiers et éviter ainsi de tomber dans le vague et la répétition.

Le comportement actif et assuré des thérapeutes agit dans le même sens de la prescription précocissime. Tout cela est très important dans

toute thérapie familiale, pour éviter des défections ou l'arrêt de la thérapie.

Shapiro et Budman ont publié, dans la revue *Family Process*, une enquête sur trente familles qui avaient déserté leur traitement dans l'espace des trois premières séances. Sur ces trente familles, vingt-et-une affirmèrent que leur décision de couper net était due au comportement des thérapeutes et treize sur ces vingt-et-une, attribuèrent leur décision à la passivité et au silence critique des thérapeutes.

Les rituels familiaux :

Nous en avons déjà parlé dans notre travail sur la cybernétique de l'anorexie mentale publié dans la revue suisse *Psychosomatische Medizin*.

Le rituel familial, qui doit engager tous les membres de la famille, consiste en une action ou une série d'actions parfois accompagnées de formules verbales. Comme tout rituel, il doit être minutieusement précisé par les thérapeutes : circonstances, moment de son exécution, itération éventuelle. Nous parlerons ici seulement de l'aspect du rituel familial lié au thème spécifique de cet exposé : comment induire dans la famille schizophrène une idée-base sans tomber dans le piège de l'usage exclusif du langage ?

Comme Piaget l'a démontré, la capacité à effectuer des opérations concrètes précède la capacité à exécuter des opérations formelles, c'est-à-dire que chez l'enfant la capacité de *faire* précède la capacité de *dire*.

Shands exprime la même conception quand il dit : on doit insister sur l'idée fondamentale qu'il y a une différence *inévitablement complète* entre le monde objectif et le monde du processus symbolique, entre *faire et nommer*, entre le niveau de l'action et celui de la description. Le rituel a donc pour but d'induire la famille à faire sans dire, à agir sans décrire.

En d'autres termes, le rituel agit au niveau de l'awareness (action) et non pas sur le niveau de la consciousness (verbalisation) et il nous permet par ce biais d'éviter de faire naufrage sur les écueils de la disqualification.

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

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Le Seuil, Paris, 1978-1981.
2. BATESON, G. et coll. : *in Vers une écologie de l'esprit*. Le Seuil, Paris, 1978-1981.

3. BERTALANFFY, L. von : *La théorie générale des systèmes*. Paris, Dunod, 1972.
4. HALEY, J. : La famille du schizophrène : un système mis en modèle. In J.C. Benoit *Changements systémiques en thérapie familiale*. ESF, Paris, 1980, 15-42.
5. JACKSON, D.D. : "The question of family homeostasis", *Psychiatric Quarterly*. Supplément, 31, 1, 79-90, 1957.
6. SELVINI PALAZZOLI, M. : Contesto e metacontesto nella psicoterapia della famiglia". *Archivio Neuro. Psich. Psicol.*, 31, 3, 1970.
7. SELVINI PALAZZOLI, M. : *Self-starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Chaucher, London, 1974.
8. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe. Un modèle nouveau de thérapie de la famille à transaction schizophrénique*. ESF, Paris, 1979.
9. SHANDS, H.C. : *The war with words : structure and transcendence*. Mouton, The Hague and Paris, 1971.
10. WYNNE, L.C., THALER SINGER, M. : "Thought disorders and the family relations of schizophrenics". *Archives of Gen. Psych.*, 9, 191-198 (1963) ; 199-206 (1963) ; 12, 187-212 (1965) ; 201-212 (1965).
11. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D. : *Une logique de la communication*. Le Seuil, Paris, 1972.

Linguistique
Thérapie familiale
Contexte

Linguistic
Family therapy
Context

THERAPIE ET CONTROLE SOCIAL

Jay HALEY*

Tous les jeunes qui aboutissent en institution ont en commun le fait d'être des ratés. Ils n'ont pas réussi dans leur travail ou leur formation et les autres sont en quelque sorte obligés de pourvoir à leur subsistance. Pourtant le problème que ces jeunes posent à la communauté n'est pas celui de leur échec. Ils sont à l'hôpital psychiatrique ou en prison parce qu'ils troublent la collectivité par leurs hallucinations ou leurs délires, parce qu'ils prennent de l'héroïne ou une autre drogue, parce qu'ils volent ou enfreignent la loi d'autre manière, ou enfin parce que leurs parents déclarent ne pas pouvoir les contrôler. Les uns sont une menace pour leur propre sécurité ou pour celle d'autrui, les autres se négligent et manifestent leur besoin d'aide. La communauté doit s'occuper d'eux et les personnes préposées à cette tâche sont les *agents du contrôle social*** tels que la police où les spécialistes qui travaillent dans les centres médico-psychiatriques.

Un *thérapeute*** qui s'occupe d'un jeune sérieusement perturbé, se trouve habituellement confronté à des agents désignés du contrôle social.

Il doit tenir compte des problèmes dérivant de la surveillance, de la prise de médicaments et du contrôle. Parvenir à un accord avec ses collègues des institutions chargées du contrôle social, hôpitaux psychiatriques, centres de traitements pour toxicomanes, centres de post-cure, prisons ou centres de rééducations, est par conséquent un aspect majeur de la thérapie.

Entre le thérapeute dont le but est le changement et les agents du contrôle social dont la tâche consiste à normaliser, rééduquer, garder ou retirer de la circulation les personnes qui troublent la collectivité, surgissent inévitablement des problèmes. Les jeunes savent très bien tourner les règles en vigueur et mener une vie en marge de la société,

* Cet article est la version modifiée d'un chapitre du livre *Leaving Home* Mc Graw Hill Book Co., New York, 1980. Il a paru en italien sous le titre *Terapia e controllo sociale* dans la revue *Terapia Familiare* No 4, décembre 1978, pp. 27-42. Il a été traduit par P. Segond et J.C. Benoit.

** Souligné par les traducteurs. Jay Haley oppose ici deux types d'intervenants sociaux dans le travail clinique face aux jeunes en difficulté : ceux qui doivent, veulent ou peuvent contrôler et contraindre et ceux qui veulent, doivent ou peuvent traiter, "en ayant le changement pour but".

mais relativement peu nombreux sont ceux qui se comportent d'une manière telle qu'ils attirent l'attention des agents de contrôle social ou des thérapeutes. Généralement ces jeunes là peuvent être répartis en deux catégories : les "délinquants" et les "malades mentaux". Les premiers ont commis quelque méfait et se trouvent écartés de la communauté dans l'intérêt de celle-ci, même s'il est incertain que ceci aboutisse à leur réadaptation. Ceux qui sont désignés comme "malades mentaux" sont de deux types : les sujets qui ont des troubles auxquelles leurs familles ne savent faire face, ou les sujets qui ne font rien pour se suffire à eux-mêmes et que leurs familles renoncent à prendre en charge. D'habitude les gens ne sont pas admis à l'hôpital du seul fait qu'ils présentent des symptômes tels qu'hallucinations ou délire. De nombreuses personnes utilisent en fait ces types de communication dans la communauté même. On ne recourt à l'hospitalisation que lorsque le sujet trouble l'ordre social ou lorsqu'il ne subvient pas à ses propres besoins.

Les délinquants et les malades mentaux ne se distinguent pas entre eux par des caractéristiques franches et ne se comportent pas non plus de façon très différente. Parfois leur comportement est tellement similaire que le choix d'une ou l'autre carrière reste un mystère. Souvent c'est la situation sociale plus que le comportement d'une personne qui détermine l'étiquette de malade ou de délinquant.

C'est souvent la police, avec parfois l'appui de la famille, qui va établir le diagnostic du problème et la manière de le résoudre. Le choix est souvent fondé sur la classe sociale : les riches ont une plus forte probabilité de se trouver classés dans la sphère psychiatrique, alors que les pauvres sont plus souvent étiquetés délinquants. Le fait qu'un jeune vole une voiture pourra être un acte délictueux ou le symptôme d'un "manque de contrôle de l'impulsivité", selon le niveau économique de sa famille. Il est des cas limites où l'attribution d'une étiquette criminologique ou médicale dépend du hasard, il en va ainsi pour l'alcoolisme ou la toxicomanie.

Une curieuse différence entre les diagnostics de "délinquant" et de "fou" réside dans l'idée que le premier est responsable de ce qu'il fait et par conséquent qu'il assume un libre choix. Que ceux-ci gaspillent leur vie par des allers et retours en prison sera considéré comme le fruit d'une décision rationnelle. Ils accomplissent de façon délibérée les crimes et méritent donc d'être punis. Le personnel d'une prison, par conséquent, peut se comporter avec une sévérité plus sereine à l'égard d'un détenu que le personnel d'un hôpital psychiatrique, car on sait que les "malades mentaux" ne peuvent éviter de faire ce qu'ils font. Quand dans un hôpital psychiatrique, un patient se conduit mal, les membres du personnel dont de la peine à le punir et ne le font qu'en vue de

l'aider, car ils se définissent autant comme soignants que comme responsables de la sécurité communautaire.

Dans cette perspective les psychotropes, les traitements de choc, les lobotomies sont toujours considérés comme des traitements médicaux et l'on nie leur but punitif.

En raison de la théorie selon laquelle un délinquant assume un choix conscient, le personnel des prisons ne voit pas d'un bon oeil quelque thérapie que ce soit. Ils estiment que leur rôle est de persuader les délinquants de reprendre le droit chemin et par conséquent acceptent de consacrer leur énergie au travail et à l'étude. Ceux qui travaillent dans ce secteur ne sont pas favorables non plus à la thérapie centrée sur les processus "inconscients" et préfèrent d'habitude ne pas impliquer les familles de manière significative. Confrontés à un délit, ils préfèrent croire au libre choix plutôt qu'au résultat de difficultés familiales.

Le délinquant est d'habitude poursuivi en justice sur la base d'une règle que la société a établie pour protéger la communauté et le délinquant lui-même. Lorsque quelqu'un est défini comme malade ou fou, la tâche de la société est plus compliquée. Comme pour les criminels, elle a recours au placement en institution, mais dans les cas psychiatriques sont également utilisés des moyens de contention chimique médicamenteuse. Le problème est de répondre à des troubles qui ne relèvent ni d'un procès ni d'un jugement. Il n'est pas facile d'appliquer la justice lorsqu'il n'est pas clair que l'on se trouve face à un délit ou quand les sanctions utilisées à l'égard des délinquants ne semblent pas appropriées. Si un jeune chante tout nu, à l'entour, des vers sans suite, on appelle la police qui très probablement l'amène à l'hôpital psychiatrique où il sera gardé sur la base d'une rapide évaluation et passera ainsi sa vie en institution essentiellement pour avoir troublé la tranquillité publique.

Un thérapeute qui tente de faire quelque chose pour ce jeune et sa famille, est confronté aux agents du contrôle social qui ont la responsabilité d'éviter que ce jeune ne continue à perturber la collectivité. Au sein de leur institution, les psychiatres, les infirmiers et les assistantes sociales ont leurs modalités de traitement pour ces jeunes déviants. Le mode d'intervention d'un thérapeute centré sur la famille est différent. Souvent la confusion entre les procédures de contrôle social et les interventions thérapeutiques entraînent des conflits entre professionnels. Les praticiens qui ont la charge d'un cas se conduisent à peu près comme les membres d'une famille qui se disputent pour établir qui a fait une erreur envers un enfant malade. La relation qui s'instaure entre ces praticiens détermine ainsi la réussite de la thérapie au moins autant que ce qui passe à l'intérieur de la famille.

Les problèmes qui se posent aux thérapeutes dans une telle situation peuvent être décrits en tenant compte simultanément des institutions auxquelles ils ont affaire, et des prémisses et théories de contrôle social de la communauté.

Les institutions de contrôle social

Les thérapeutes rencontrent des problèmes différents selon le type de l'institution. Il existe une règle générale selon laquelle plus l'institution est à l'écart de la communauté, plus la tâche du thérapeute sera difficile. C'est dans ce sens que l'institution totale, dans laquelle le déviant sera complètement hors de la communauté, est le pire endroit pour tenter une thérapie. Ces lieux sont habituellement isolés, sauf dans les grandes villes, et ainsi sont loin de la famille et des amis des sujets internés. Dans une situation si particulière une thérapie à visée sociale n'est pas réalisable ; elle ne pourra débiter qu'au moment de la sortie du patient. Les hôpitaux psychiatriques, comme les pénitenciers, sont des lieux gigantesques, à l'écart de la communauté, dans lesquels sont enfermés et vivent des exclus. En raison de leur taille et de la rigidité du personnel, les idées nouvelles n'y pénètrent qu'avec d'énormes difficultés. L'institution va être organisée par des professionnels habitués au travail en hôpital, qui ne peuvent comprendre la thérapie dans la communauté. L'accent est mis sur l'intégration des patients à la vie de l'hôpital. Cet objectif est sans rapport avec les comportements qu'un individu doit assumer dans la vie courante. Ce personnel peut oublier ou ne pas comprendre clairement que sa tâche est de changer l'individu au sein de la communauté où se situe le problème.

Nombre d'entre nous ont pu avoir, durant des années et plusieurs fois par semaine, des entretiens avec des parents internés, avec l'idée que le fait de parler les rendrait capables de mieux vivre dans leur milieu. Nous croyions que l'usage d'une juste parole produirait "l'insight" et une expérience émotionnelle nouvelle, amènent le patient à la liberté et à une vie normale.

Quelques fois nous avons négligé le fait que les patients avec lesquels nous avons ces entretiens avaient été internés à l'hôpital depuis si longtemps qu'ils ne se souvenaient même plus comment commander un plat au restaurant et encore moins comment passer un entretien d'embauche en vue de se suffire à eux-mêmes. Ce qui va suivre est un autre exemple qui montre à quel point le personnel qui travaille dans les hôpitaux psychiatriques est loin de la réalité.

Au cours d'une réunion d'équipe d'un hôpital psychiatrique, deux praticiens décrivent la façon dont ils ont créé une communauté thérapeutique dans un service hospitalier. Ils exposent ce qu'ils avaient fait, comment avait réagi le personnel, la procédure démocratique adoptée,

etc. . . Au cours de la discussion qui suit, il leur est demandé s'il y a eu un accroissement de sorties après cette nouvelle organisation du service. Il y eut un long silence et tous les deux restèrent abasourdis. Non seulement, ils ignoraient le nombre des sorties, mais l'idée même de ce contrôle ne les avait pas effleuré. Une telle action, destinée à améliorer la vie du service ne s'accompagnait pas du tout d'une tentative pour modifier la façon dont les patients pouvaient vivre dans la communauté.

Même si le personnel des hôpitaux psychiatriques fait des efforts courageux pour modifier et pour développer de nouveaux modes d'approches de la maladie, il y a une inertie générale qui trouve un terrain favorable dans l'existence d'un système bureaucratique hypertrophié. Durant de nombreuses années la plupart des psychiatres actuels ont tenté d'impliquer les familles dans les problèmes relatifs à l'internement et à la sortie, de façon à ce que le mode de vie habituel des patients se trouve reflété à l'hôpital. On assiste au démarrage de ces tentatives et à leur fin lorsque leur promoteur quitte l'institution. Le service finit par recouvrer l'aspect traditionnel qu'il avait eu pendant des années. En résumé dans un hôpital public traditionnel, ceci ne peut être changé.

Pour les thérapeutes, une différence importante entre délinquants et malades¹ réside dans le fait que les premiers ne viennent pas en prison volontairement (à moins que l'on ne définisse le crime comme une demande d'enfermement). Ils sont condamnés par la loi. Les malades se répartissent en deux catégories, internés d'office et internés volontaires. La première catégorie comprend les sujets qui sont internés sur ordre de l'Etat et sur l'avis d'un psychiatre. La ligne de démarcation entre internés volontaires et internés d'office, comme celle entre services fermés et services ouverts, n'est pas toujours claire, mais il s'agit d'une distinction importante pour le thérapeute qui veut collaborer avec un hôpital. L'internement d'office suscite l'embarras des psychiatres. On peut faire mine de le nier. Un thérapeute qui tente de prendre en charge un patient dans un hôpital est mis dans l'obligation d'affronter également cette ambiguïté.

Un des problèmes dérivant de l'éventuelle fermeture des hôpitaux psychiatriques ou de leur diminution en nombre provient du fait qu'ils sont insérés dans une communauté qui dépend d'eux en partie. Cette dépendance ne se rapporte pas seulement au problème du contrôle social, mais également au fait que souvent un hôpital est une source importante de travail pour la collectivité. Le personnel de ce type d'hôpitaux a une formation et une grande expérience de gardiennage, mais n'est absolument pas préparé à la fonction de thérapeute dans la

¹ Haley utilise ici les expressions opposées : *medical offenders* et *criminal offenders* (M. duT.).

communauté. Les infirmiers psychiatriques, par exemple, devraient avoir une formation entièrement nouvelle pour pouvoir travailler dans un Centre d'hygiène mental de secteur, compte tenu que ce qu'ils ont retiré de leur expérience antérieure est en grande partie inutile.

Il existe dans les secteurs médical et judiciaire des tentatives pour favoriser les relations entre les institutions et la communauté par le biais de la semi-liberté. Dans cette optique les détenus passent la nuit en prison et travaillent à l'extérieur pendant la journée. Dans les institutions psychiatriques c'est le contraire : les malades restent à l'hôpital pendant la journée et sont renvoyés chez eux pour la nuit. De cette façon ils sont occupés durant la journée à des activités qui ne sont pas suffisantes pour les rendre autonomes, à la différence des détenus qui sont au contraire insérés dans une activité professionnelle normale ou dans une formation.

Les lieux de séjour pour anciens internés et anciens malades qui s'initient au lent processus de réinsertion dans la communauté constituent une autre alternative à l'institution totale. Souvent cependant on oublie la nature temporaire de telles situations qui finissent par se transformer en hébergement définitif pour certains de ceux qui en bénéficient et qui s'y intègrent au point de ne plus rejoindre la vie normale.

Parfois sans même une période de détention réelle, ou à l'issue d'un temps de détention, les délinquants sont rendus à la communauté pour une période de liberté surveillée, après laquelle, s'ils n'ont pas fait d'autres délits, ils seront laissés complètement libres. Les malades peuvent aller en visite chez eux pour des permissions d'essai. S'ils présentent à nouveau des comportements anormaux, ils seront réenfermés dans l'institution plein temps.

Cliniques psychiatriques privées

Les malades mentaux peuvent être internés dans des cliniques privées, tandis que les délinquants ne peuvent pas jouir d'un tel privilège. Ces institutions privées sont réservées aux riches qui peuvent payer des mensualités élevées ou à ceux qui bénéficient de systèmes d'assurance privilégiés.

Il s'agit d'institutions dans lesquelles une famille peut faire interner un enfant avec un moindre sentiment de culpabilité qu'elle en éprouverait à le mettre dans un hôpital public. Elle pense qu'il recevra des soins meilleurs, et elle croit pouvoir exercer une influence plus grande par le simple fait de payer une pension. Ceci représente en plus la façon spécifique pour une famille de maintenir son équilibre, en

déléguant le problème du jeune à quelqu'un d'autre, de préférence à distance, à la campagne.

Services psychiatriques universitaires

Les départements de criminologie de l'Université n'ont pas l'autorisation d'avoir leurs propres prisonniers pour former l'équipe destinée à travailler auprès des délinquants. Les départements universitaires de psychiatrie, au contraire, ont leurs malades qui sont utilisés pour la formation du personnel. Même privées, de telles institutions sont malgré tout publiques, du fait que la formation du personnel est souvent payée par le Gouvernement ou que les Universités sont subventionnées par l'Etat. Là d'habitude, le personnel traite des malades librement hospitalisés, mais peut également utiliser la procédure légale des placements imposés. Lorsque les malades ne s'améliorent pas, ils passent de ces institutions à l'hôpital psychiatrique, où souvent ils sont pris en charge par les cliniciens qui étaient en formation dans le service universitaire d'où provient le patient.

Malheureusement ce sont souvent les exigences de la formation du personnel qui déterminent plus ou moins l'internement d'un patient. Services universitaires, hôpitaux publics ou privés ont besoin d'un certain nombre de placements pour leurs programmes de formation et pour équilibrer leur budget. Si à un certain moment il n'y a pas assez de patients, on peut décider que ceux qui sont présents ont besoin de rester internés. De son côté, le service des relations publiques d'une clinique privée va persuader les familles de payer l'hospitalisation et la thérapie d'un proche pour une période de trois ans, ce qui est en somme le temps dont les résidents ont besoin pour se préparer à faire "de la thérapie des profondeurs" avec les patients. La situation financière de la famille et le caractère de son assurance tendent ainsi à déterminer la durée de séjour et la "profondeur" de la thérapie.

Les psychiatres et le personnel des hôpitaux n'aiment pas se considérer comme des agents du contrôle social et préfèrent par contre se définir comme des soignants. Les problèmes surgissent lorsque, pour des raisons financières ou sous la pression de la communauté, il leur est demandé de soigner le malade de gré ou de force. Bien qu'acceptant cette charge, les travailleurs psychiatriques disent préférer toutefois ne pas assumer la responsabilité de ceux qui vivent en marge de la société. Mais, pour des raisons humanitaires, ils ne laisseront à personne d'autre une telle charge. Ils se sentent souvent incompris dans leurs difficiles tâches avec des sujets qui menacent de se suicider ou de commettre d'autres violences, avec la police qui exige que des mesures soient prises,

avec les familles qui demandent l'internement, avec les patients convaincus de ne pas être fous et avec les défenseurs des droits civiques et les sociologues horrifiés par les hôpitaux, et qui les appellent "hôpital-prisons". Etre en même temps soignant et gardien est à la fois pénible et paradoxal et la profession psychiatrique souffre autant qu'elle bénéficie de ses obligations. L'univers des hôpitaux est un monde fou tant pour le personnel que pour les malades.

Idéologie du contrôle social

Par définition les agents de contrôle social ont pour fonction de maintenir la paix dans la communauté. De quelque manière qu'ils agissent, douce et humaine, ou brutale, pour éloigner le perturbateur et protéger les autres, leur objectif premier demeure de ramener le calme. Il est donc logique de prévoir que ces agents partent de certains postulats. En premier lieu ils considèrent que les problèmes sont de nature individuelle et non pas sociale. Les catégories diagnostiques psychiatriques et le système de classification pénale ne concernent pas en fait des unités sociales plus larges que l'individu. Si la violence s'empare d'une famille entière ou si les deux membres d'un couple se comportent de façon bizarre, une seule personne est habituellement choisie pour être diagnostiquée et traitée par internement ou chimiothérapie. Hospitaliser plus d'un membre d'une famille ou des conjoints ensemble est aussi rare que de traiter une famille dans son ensemble. Le système se fonde sur l'idée que la source des problèmes d'une communauté est un perturbateur isolé.

Généralement les agents de contrôle social centrent donc leur attention sur l'individu, mais aussi sont opposés à une orientation familiale. Souvent les proches sont totalement ignorés. Par conséquent on ne tient aucun compte des effets du contrôle social sur l'ensemble du groupe familial. Une personne peut être arrachée à sa famille et internée à l'hôpital sans conscience des conséquences que peut avoir sur le groupe la perte, même momentanée, d'un de ses membres. Il peut arriver qu'un agent de contrôle social de ce type administre de fortes doses de médicaments à une patiente sans se soucier des effets que ceci peut avoir sur son rôle de mère. Un traitement analogue peut être appliqué à un homme dans le but de le rendre plus calme afin de réduire les désagréments subis par sa femme. Mais alors on néglige également le fait que les médicaments peuvent avoir des effets imprévisibles sur le sujet, au point de le rendre apragmatique et d'accroître ses difficultés avec sa femme.

Souvent ces praticiens prétendent que la famille a une mauvaise influence, à l'origine du problème. Ils deviennent ainsi les protecteurs

spécifiques de la "victime" de la famille. L'opposition à une orientation familiale de nombreux centres de réadaptation pour toxicomanes est en partie dûe au fait que l'équipe est formée d'ex-drogés qui ont des difficultés avec leurs propres familles. De ce fait, ils ne voient pas d'un bon oeil la participation de celles-ci à la thérapie. Aussi préféreraient-ils les groupes de gens qui ont le même type de problèmes (tels que d'autres toxicomanes) plutôt que les proches.

Il existe également des psychiatres qui s'allient avec les familles en se fondant sur l'hypothèse d'une cause héréditaire ou organique à l'origine du problème. Ils évitent ainsi de culpabiliser les parents et compatissent au contraire avec eux au malheur qui les frappe d'avoir un enfant qui sera toujours anormal.

En conclusion, les agents de contrôle social représentent la communauté et leur tâche première est de faire en sorte que celle-ci ne soit pas troublée par les délinquants et les déviants divers. Leur tâche d'aider ceux-ci est nettement secondaire. Ils tendent à considérer le problème comme étant de nature individuelle et non-sociale, à ignorer la famille où à ne voir que son influence nocive. De tels postulats ainsi que les institutions qui se basent sur eux compromettent de façon notable *l'action d'un thérapeute centré sur le changement.*²

Différence entre Thérapie et Contrôle social

L'objectif d'un thérapeute est d'introduire une plus grande complexité dans la vie des personnes, au sens de briser des séquences répétitives de comportement et de susciter de nouvelles alternatives. Ils ne désirent pas qu'un patient suive simplement des directives, mais veulent qu'il prenne l'initiative de penser et d'agir d'une façon que le thérapeute lui-même peut ne pas avoir envisagée. En ce sens il encourage l'imprévisible et sa tâche est de favoriser le changement et un nouveau comportement, souvent imprévu.

Les agents du contrôle social poursuivent bien l'objectif inverse. Ils tendent à normaliser les personnes dans la communauté et à réduire l'imprévu. Ils veulent que les perturbateurs retrouvent un comportement prévisible et habituel, afin que personne ne soit plus dérangé. Au lieu de pousser au changement et à la recherche de nouveaux comportements, ils favorisent la stabilité afin d'éviter les plaintes des citoyens.

Il est ainsi inévitable que surgissent de graves conflits entre ces thérapeutes et les agents du contrôle social. En fait, les premiers s'efforcent d'encourager les gens à développer de nouveaux modes de comportement, alors que les seconds recherchent des comportements

² Souligné par nous (M. du T.).

prévisibles et en accord avec les règles sociales en vigueur. Le thérapeute a besoin de couvrir des risques, tandis que l'agent de contrôle social veut réduire toute marge de risque. Lorsqu'un thérapeute est favorable à la sortie, à la diminution des médicaments et à la réinsertion d'un patient dans la vie courante, il y a toujours un agent social pour dire qu'il vaudrait mieux ne pas être irresponsable et procéder avec prudence. Etant donné que la thérapie a des temps propres et un cours spécifique et que le thérapeute doit mettre à profit le moment favorable, il est bien de ne pas être toujours prudent. Il existera un moment opportun où les parents sont prêts à accepter le retour à la maison de leur jeune, ou bien se présentera une possibilité de travail, et la thérapie risque d'échouer si l'occasion n'est pas saisie au vol.

Un thérapeute doit faire preuve de souplesse de multiples façons. Si l'on utilise des médicaments, il est préférable d'être libre de les administrer ou non au moins de les changer, d'utiliser des placébos, de les administrer à plus d'un membre de la famille et ainsi de suite. Les médicaments peuvent faire partie de la stratégie de changement au même titre que d'autres formes de contrôle. S'ils ne sont utilisés que pour calmer le sujet, ou si une règle administrative ou idéologique fait qu'un certain type de patients doit les prendre, ou s'il y a des règles fixes à respecter pour leur administration, la thérapie rencontre alors des difficultés. Une situation type est celle où les parents veulent que le jeune prenne des médicaments parce qu'ils ne peuvent pas se mettre d'accord sur la façon de le contrôler. Il est bien différent qu'un psychiatre administre des médicaments parce que les parents veulent que leur enfant se tienne tranquille, ou pour des raisons stratégiques, comme partie d'un contrat qui les engage à collaborer à la thérapie. Les thérapeutes ont besoin de souplesse, qu'il s'agisse de l'internement ou de la sortie d'un patient, ou de l'administration des médicaments. Un agent de contrôle social vit un autre genre de responsabilités. Il ne veut pas laisser prématurément un jeune sans surveillance ni médicaments. A l'inverse, le problème pour le thérapeute réside dans le fait qu'une sage lenteur stabilise la situation sociale et prévienne le changement en laissant le temps à la famille et à la collectivité de s'organiser à l'égard du patient comme à l'entour d'un invalide, rendant ainsi plus difficile le travail thérapeutique. Plus longs seront l'hospitalisation et le traitement pharmacologique, et plus facilement se structurera pour le sujet une carrière de malade mental. En outre l'étiquette qui est attribuée à celui qui a été interné a des effets négatifs sur ses possibilités de travail ou sur sa réinsertion scolaire. Souvent la prédiction des agents de contrôle social qu'une personne est perturbée et doit être internée et soumise à un traitement pharmacologique, est complétée par un "traitement" qui

accentue les handicaps sociaux durablement. Avec le temps un jeune "atypique" devient un patient professionnel, de la même manière que d'autres deviennent des délinquants de profession. Dans ces deux cas l'institutionnalisation devient leur destin.

Selon les agents de contrôle social, certains thérapeutes sont trop pressé de normaliser la situation provoquant, par la même, une rechute et rendant la vie plus difficile à la famille et au patient lui-même. Il s'ensuit un nouvel internement, de nouvelles dépenses, et de nouvelles absences au travail ou à l'école. Le thérapeute, pour sa part, affirme que parfois une rechute constitue un élément nécessaire de la thérapie. Si un jeune s'améliore après un premier épisode, cela ne signifie pas qu'il restera normal. Les problèmes dans la famille augmenteront, et une rechute se produira sûrement. Si la famille est aidée à résoudre alors le problème, sans devoir recourir au contrôle social, elle sera capable de se réorganiser pour que d'autres rechutes ne soient pas nécessaires. Le changement, conçu comme le passage d'un stade de développement à un autre, peut être contrarié par des interventions tendant à éviter des rechutes.

Une autre différence entre les thérapeutes et les agents de contrôle social réside dans les rapports qu'ils ont avec des collègues. Ces thérapeutes ont la tâche difficile de traiter avec les familles des jeunes patients. De plus, lorsque ceux-ci sont hospitalisés ou détenus en prison, ils se trouvent avoir affaire également aux collègues de ces institutions. Des problèmes surgissent lorsqu'ils tentent de soustraire la situation au contrôle des experts et de réinsérer le patient dans la communauté. Les agents du contrôle social, à l'inverse, préfèrent isoler le déviant hors de la communauté et considèrent la réclusion comme un moyen de pouvoir s'occuper d'un patient sans ingérence de la famille. Ils bénéficient de la collaboration des autres experts, médecins ou infirmiers, thérapeutes de groupe etc. . . , ou de n'importe quel autre type d'intervenants disposés à travailler dans le contexte hospitalier.

Il existe en outre une différence de base dans l'attitude de ces deux catégories de praticiens. Les agents de contrôle social sont pessimistes vis-à-vis des possibilités d'action pour les jeunes perturbés. Ils vivent constamment dans l'insuccès et les sujets auxquels ils ont affaire sont des récidivistes voués à l'échec. Dans une telle situation, on perd tout espoir dans l'efficacité de quelque intervention que ce soit et on accepte de bon gré une théorie physiologique qui dégage les responsabilités. Les thérapeutes, au contraire, ont assez de succès pour espérer et imaginer la possibilité d'un comportement normal chez les jeunes perturbés. L'attitude des pessimistes les exaspère, car seul l'espoir permet d'accomplir ces actions extraordinaires qui parfois font la différence entre le succès et l'échec.

Une classification des agents du contrôle social

Même si les psychiatres et les criminologues contemporains soutiennent que les institutions montrent des changements importants, on peut penser toutefois qu'avoir affaire avec le contrôle social équivaut à un retour au temps des dinosaures. Il est possible dans une telle optique d'établir une classification qui va des agents du contrôle social ancien style, avec lesquels il est difficile de traiter, jusqu'aux membres d'une institution moderne.

— *Les Pithécanthropes*. La forme la plus extrême de contrôle social est représentée par le psychiatre ou le criminologue qui accepte le postulat en fonction duquel le problème d'un jeune perturbé est de nature physiologique. Ces agents affirment l'origine génétique des troubles et que par conséquent il n'y a rien à faire. Pire encore, ils suggèrent implicitement qu'il ne *faut* rien faire. Les déviants, pour cette raison, devraient être isolés et enfermés de façon à ne pouvoir ni reproduire ni élever leur propre espèce. S'ils se trouvent contraints sous la pression des tenants des droits civiques de libérer une personne, les Pithécanthropes préfèrent lui administrer une dose telle de médicaments qu'ils la font vivre, selon les termes de Bateson, "dans un état d'intoxication chronique par les psychotropes". S'adressant à une femme qui avait été internée à plusieurs reprises dans le même hôpital psychiatrique, un médecin déclara qu'elle aurait mieux fait de se tuer pour en finir, exprimant par là une idée typique des Pithécanthropes. Ce type applique la même théorie au comportement criminel, estimant que celui-ci a une base physiologique et que par conséquent il n'est pas susceptible de changement.

Les thérapeutes devraient éviter d'avoir affaire aux Pithécanthropes et de tenter des accords avec eux. Leur éducation est impossible. On ne peut que faire tout son possible pour éviter que des patients ne tombent entre leurs mains.

— *Les Cro-Magnons*. Ce type croit à l'origine génétique des problèmes et estime donc nécessaire une réclusion probablement à vie dans l'institution. Malgré tout, ils essayent d'être plus ouverts et suggèrent que peut-être dans certains cas le patient a été marqué pour toujours par une expérience traumatique infantile. Ils ne sont favorables à la sortie des internés que si ceux-ci sont soumis à un traitement pharmacologique massif. La diminution des médicaments est contraire à leur philosophie.

Même lorsqu'il est prouvé que la chimiothérapie provoque des dommages neurologiques irréversibles, le Cro-Magnon estime que ceci est préférable à une hospitalisation à vie, tenant compte du fait que le

patient a déjà un dommage physiologique génétique. Ils peuvent offrir aux thérapeutes la possibilité de prouver que la thérapie est inutile, car aux moments cruciaux, lors de la discussion du traitement ou de la sortie, ils interviennent pour empêcher le changement. Les thérapeutes devraient, si possible, éviter ces personnes ; lorsque cela est impossible, il est important pour eux de paraître écouter, naïvement, de façon à obtenir d'elles une chance de pouvoir "suivre jusqu'au bout la voie de l'erreur".

— *Les Antiques* : Ce type affirme toujours l'éventualité d'une cause physiologique ou génétique chez les jeunes gravement perturbés, mais il se complait également à penser à une origine intrapsychique, comme par exemple un problème oedipien. Ils utilisent les entretiens avec les patients au sein de l'institution. Ils s'attendent à ce que ce traitement dure de nombreuses années ; parfois ils estiment que la thérapie nécessite autant d'années que le patient en avait lors de son institutionnalisation. Ainsi peut-on prévoir vingt années de thérapie pour un sujet de vingt ans. Ils affirment en outre que les problèmes peuvent être résolus à l'intérieur de l'institution et que c'est seulement à l'issue d'une longue période de normalité qu'une personne peut sortir. D'habitude ils exercent dans des institutions privées et onéreuses où ils ont en thérapie des patients appartenant à de riches familles. Dans le passé, ils évitaient d'utiliser les médicaments, mais actuellement ils s'en servent "pour rendre la personne accessible à la thérapie" et chaque fois qu'un patient perturbe le service.

D'habitude un thérapeute d'orientation familiale n'a pas de rapports avec cette catégorie d'agents de contrôle social qui vivent à l'intérieur des institutions, éloignés de la communauté. Il est ainsi difficile de leur soustraire un client, car si les patients commencent à s'en aller et à retourner vers leurs familles dans la communauté, la survie même de l'institution est mise en cause.

— *Les Pragmatistes*. Ce type est très répandu dans les hôpitaux psychiatriques modernes et n'a pas essentiellement de théorie propre. Il croit leurs professeurs qui soutiennent la possibilité d'une origine génétique ou biologique des troubles, mais croit également en son analyste qui affirme la nature psychodynamique de ces troubles. Ils acceptent de bon gré une théorie interpersonnelle selon laquelle les relations d'une personne avec ses proches sont importantes et, pour se tenir au courant, il lit un ouvrage de thérapie familiale afin de pouvoir discuter au cas où ce sujet est évoqué. Généralement, dans leur pratique psychiatrique, ils se contentent d'administrer des médicaments et de faire sortir les patients dès que possible. Si ceux-ci sont de nouveau hospitalisés, ils

leur administrent des doses plus fortes et les mettent dehors, quand ces patients, farcis de psychotropes, ne réussissent à marcher qu'avec peine. La folie est pour eux un mystère et ainsi, comme cela arrive souvent, il est facile de passer du mystère à la superstition. En conséquence de quoi, ils tentent des périodes thérapeutiques "magiques" comme, par exemple : trois mois d'hospitalisation avant la sortie; ou six mois de traitement pharmacologique, quelque soient les éventuels changements. Habituellement, au cours de leur formation, ces agents de contrôle social ont seulement appris l'écoute des patients et à les encourager à parler. Il s'agit en définitive, du type le plus utile de praticiens auxquels un thérapeute puisse avoir affaire. Ils permettent en fait à ce thérapeute de se charger d'un cas dans la mesure où cela ne leur cause pas d'ennuis et ni de demandes particulières.

Le fait que ces agents de contrôle social exercent dans les hôpitaux psychiatriques ou les prisons n'implique pas que dans de telles institutions n'existent pas aussi des thérapeutes. De nombreux psychiatres traitent les sujets perturbés dans le contexte de leurs familles et ne pensent pas qu'une pilule puisse résoudre les problèmes humains. Nombre de psychologues, d'assistantes sociales et d'infirmiers ont une approche de type thérapeutique, et non pas de contrôle, qu'ils exercent dans des hôpitaux ou des prisons. Les institutions totales peuvent toutefois conditionner de façon très négative le comportement de chacun. De la même façon qu'il arrive à des patients de se surprendre à agir de façon anti-thérapeutique, il peut arriver également au personnel soignant d'intervenir de façon anti-thérapeutique sans le vouloir. Les psychiatres, en particulier, peuvent être contraints d'assumer des fonctions de contrôle social, même si ceci est le dernier de leur souci. Je me souviens d'un jeune psychiatre qui avait quitté telle ville et cherché du travail dans un autre Etat, parce qu'il n'avait pas réussi à trouver un poste où faire autre chose pour les patients que de leur administrer des médicaments.

Un thérapeute peut être tenté de lutter contre le personnel d'un hôpital pour soustraire un patient aux mains des agents de contrôle social, mais ceci est souvent une erreur. Il est essentiel de parvenir à un accord et de tirer au clair qui est responsable d'un cas : utiliser un patient comme prétexte de querelle avec un collègue ou pour lui imposer ses conceptions signifie en fait produire les conflits mêmes d'une famille dont certains membres tentent de sauver un enfant de l'influence des autres à leur profit. Une telle situation de conflit peut en fait être à l'origine des problèmes que le thérapeute devra ensuite résoudre.

Comment accroître la probabilité du succès

La thérapie auprès des familles difficiles n'exige pas seulement une grande habileté mais également une situation qui favorise le succès de la thérapie même. Certaines circonstances accroissent les probabilités de succès avec un patient jeune et l'emportent sur la chronicité ou la durée de l'hospitalisation.

1) — Dans le cas d'un patient interné, un thérapeute ne devrait pas entreprendre la thérapie sans prévoir la possibilité d'une sortie immédiate. Depuis des années on a pu vérifier les échecs habituels de la thérapie avec des malades hospitalisés. Organiser des séances familiales hebdomadaires avec des patients et leurs familles à l'intérieur de l'institution, non seulement n'est pas thérapeutique mais est aussi inutilement pénible.

2) — Dans le cas de patients internés, le thérapeute, pour établir un plan thérapeutique, devrait obtenir la reconnaissance de son pouvoir de la part des supérieurs. Il vaut mieux respecter la hiérarchie en vigueur dans l'institution. Le reste du personnel ne collaborera que lorsqu'il aura l'approbation des supérieurs.

3) — La date de la sortie, convenue entre le thérapeute et la famille, devrait faire partie du projet thérapeutique pour un interné, et ne devrait pas se fonder sur le règlement du service, selon une coutume rigide, ou se lier à l'organisation de visites à domicile. L'idéal serait que le thérapeute demande aux parents de décider du moment pour ramener le jeune à la maison. Ceci relève en fait de leur compétence vis-à-vis de leur enfant et établit qu'au sein du projet ce sera à eux de devoir mieux assumer la responsabilité du jeune déviant à la maison.

4) — Le thérapeute qui commence une thérapie familiale à l'intérieur de l'institution, doit la poursuivre également après la sortie du patient. Changer alors de thérapeute constitue souvent un problème. La famille a besoin d'être aidée pour formuler les projets d'avenir et d'être accompagnée sur la voie de la guérison.

5) — Le thérapeute doit pouvoir contrôler l'administration des médicaments. S'il est médecin, il les administrera lui-même ; dans le cas contraire, il aura besoin d'un médecin qui les donnera en fonction des exigences et des stades de la thérapie particulière et non en fonction d'une idéologie utopique.

6) — Il importe que le thérapeute contrôle les nouveaux internements éventuels. Le personnel des institutions devra collaborer et, avant de procéder à l'hospitalisation, consulter le thérapeute.

7) — Aucun autre praticien ne devrait intervenir dans la situation de cette famille sans l'accord du premier thérapeute. Celle-ci ne devrait pas en fait être poussée dans diverses directions par des experts différents.

En résumé, pour accroître les probabilités de réussite d'une thérapie il est nécessaire que : le thérapeute demande à être chargé de la situation de façon à éviter qu'un des membres de la famille ne soit placé dans une institution et que l'on administre des médicaments à l'un d'eux sans son autorisation. Pour rendre la famille responsable d'elle-même, le thérapeute doit être reconnu comme responsable de la famille par la communauté.

Le cas qui suit illustre l'une des fausses routes qu'un thérapeute peut prendre en traitant avec un collègue doté d'un plus grand pouvoir dans un contexte de contrôle social.

Une jeune fille de vingt ans avait été internée dans un service psychiatrique universitaire à la suite d'une tentative de suicide. Au bout de deux semaines d'hospitalisation, une thérapeute, assistante sociale, s'intéresse au cas et rencontre la famille pour organiser la sortie de la patiente. A la première séance assistent douze personnes, frères et parents divers y compris. La famille est d'accord pour que la jeune fille sorte et retourne à l'Université. Le vendredi suivant est fixé comme date de sortie. L'assistante sociale pensait avoir, à ce sujet, l'approbation de ses supérieurs. Mais apparaît un jeune interne en psychiatrie, placé depuis peu à la tête du service, qui refuse de libérer la patiente en affirmant qu'il lui appartient de décider de la date de sortie. Il pense que la patiente devrait rester encore à l'hôpital, non par crainte d'une tentative de suicide, mais parce qu'elle se refuse à parler avec lui durant les séances de thérapie individuelle et qu'elle ne participe pas de façon adéquate à la thérapie de groupe ni aux autres activités du service.

L'assistante sociale demande à son superviseur d'organiser une réunion pour discuter du problème. Durant cette rencontre le psychiatre se montre inébranlable : la patiente ne sortira pas aussi longtemps qu'elle ne lui aura pas parlé et qu'elle n'aura pas participé aux activités du service. Il oppose des arguments légaux. En définitive, c'est seulement si la jeune fille admet avoir besoin d'être à l'hôpital, qu'elle pourra sortir ; dans le cas contraire elle devra rester. Le psychiatre se montre assez agressif et affirme que dans une telle situation son statut lui donne pouvoir de décision.

Le superviseur s'irrite vivement de ce qui lui apparaît comme une ingérence incorrecte contre un plan thérapeutique si minutieux et suggère à la thérapeute d'abandonner le cas et d'en chercher un autre dans un service différent. L'assistante sociale renonce à la thérapie. La

jeune fille sort quelques semaines plus tard. Ses parents se demandaient s'il ne fallait pas la placer dans un hôpital psychiatrique.

Cet exemple illustre le dilemme d'un thérapeute qui a affaire à des collègues préposés au contrôle social. Adhérer à leurs positions aboutit à l'échec de la thérapie. D'autre part lutter contre ces positions entraîne le même genre de conflits relationnels que l'on cherche à modifier dans la famille même. Le système auquel a affaire un thérapeute qui a à s'occuper des problèmes d'un jeune perturbé est constitué par la famille et par les intervenants impliqués dans la situation. Le thérapeute doit savoir négocier avec ses collègues au moins autant qu'avec une famille difficile. C'est une erreur de se mettre en colère contre une grand-mère qui jouit du pouvoir et de la provoquer, de la bousculer de telle sorte que la famille en arrive à interrompre la thérapie. C'est aussi une erreur de provoquer un collègue qui a le pouvoir sur le cas en question.

Dans l'exemple évoqué le méchant n'était pas le psychiatre qui ne voulait laisser sortir la patiente que lorsqu'elle aurait accepté de lui parler. Celui qui se trompa fut le superviseur qui s'était énervé parce que le collègue n'avait pas voulu collaborer à une thérapie déjà amorcée avec succès. Le superviseur, qui était moi-même, aurait probablement pu persuader le psychiatre de faire sortir la patiente, ou faire en sorte qu'intervienne pour ce cas une autorité supérieure. Il avait pourtant négligé le fait que l'unité thérapeutique n'était pas seulement constituée par la patiente et par sa famille mais également par tout le personnel du service. Non seulement je m'étais irrité de l'ingérence, mais je crains d'avoir utilisé la jeune fille pour démontrer ma propre théorie au psychiatre. La perdante fut la patiente. Si j'avais agi de façon plus responsable, celle-ci eu moins couru le risque de finir ses jours dans un hôpital psychiatrique. Les intervenants devraient être plus objectifs et devraient éviter de se laisser impliquer dans ce même type de conflits que les familles ne sont pas capables d'éviter. Il importe d'avoir toujours présent à l'esprit que la fonction principale des jeunes perturbés, que ce soit à l'intérieur de leur famille ou entre les intervenants, consiste à être le véhicule des conflits et que leur destin est d'être sacrifiés.

Jay Haley

Directeur du Family Therapy Institute of Washington, D.C.,
4602 North Park Ave. Chevy chase,
Md. 20025 USA

RESUME

L'auteur souligne la différence entre thérapie et contrôle social. L'agent de contrôle social tend à considérer le problème comme étant de nature individuelle et à isoler le "déviant" de la communauté, en

recourant à l'hospitalisation et à la contention chimique. Son objectif est de normaliser les personnes pour le bien de la communauté. Au contraire, le thérapeute centré sur le changement considère le problème comme étant de nature sociale et sa tâche est de favoriser le changement du sujet au sein de la communauté dans laquelle le problème a ses racines. Son objectif est d'introduire une plus grande complexité dans la vie des gens, dans le sens de rompre les séquences répétitives de comportement et de susciter de nouvelles alternatives. En conclusion l'auteur souligne qu'il est nécessaire d'avoir toujours présent à l'esprit le fait que le patient, que ce soit à l'intérieur de sa famille ou entre les intervenants, court le risque de devenir le véhicule des conflits cachés.

* * *

SEMINAIRE DE PSYCHOTHERAPIE COMPAREE

Dr. Richard MEYER, Strasbourg

Une plongée de trois/quatre jours dans la **pratique** ;
Une approche **théorique** avec le fondateur de la thérapie ;
Un débat **comparatif** avec les autres professionnels-participants.

- 1) "L'haptopsychothérapie" avec Frans VELDMAN
Week-end de trois jours en mars 1983
- 2) La "Thérapie par le cri" avec Daniel CASRIEL
Quatre jours à la Pentecôte 1983 (20-23 mai)
- 3) La "Somatanalyse" avec Richard MEYER
Quatre jours du 14 au 17 juillet 1983
(et tous les 15 jours, en week-end)

Documentation, renseignements et inscription auprès du
Dr. Richard MEYER, 17, rue de Lausanne,
67000 STRASBOURG. Tél. : (88) 35-17-27.

QUITTER SA FAMILLE

J.C. BENOIT

ANALYSE DE LEAVING HOME THE THERAPY OF DISTURBED YOUNG PEOPLE. JAY HALEY, MC GRAW HILL BOOKS, NEW YORK 1980.

L'ouvrage de J. Haley met l'accent sur un des thèmes les plus délicats des thérapies familiales, celui du départ vers une vie sociale autonome des adolescents présentant des troubles graves du comportement. A travers ses commentaires et les longs extraits commentés de séances qu'il présente, J. Haley donne comme à l'accoutumée un point de vue d'une radicale importance, fondé sur une expérience pratique et un dynamisme thérapeutique auxquels il faut rendre hommage. Le compte rendu ci-dessous vient compléter le chapitre de l'ouvrage présenté ci-avant, dans ce même numéro.

Certes les techniques d'interventions familiales s'améliorent et se diversifient, mais subsistent "*des idées qui gênent les thérapeutes*" (chapitre I), en particulier face aux jeunes franchement perturbés. En fait, pour agir dans ce domaine, il faut s'appuyer sur des théories appropriées répondant à certains impératifs : optimistes, simples, larges, axées sur l'action, impliquant l'entourage et enfin capables de comprendre leurs échecs. Le thème central est que le trouble grave du comportement, trouble mental, toxicomanie, passivité ou agressivité, est l'expression d'une organisation disfonctionnelle. J. Haley souligne cette loi générale : "tous les êtres vivants organisent et ne peuvent éviter de le faire". Nous nous trouvons donc devant la reformulation d'un thème connu : "On ne peut pas ne pas organiser". C'est-à-dire il faut créer des frontières et des hiérarchies : "Ignorer une grand-mère toute puissante ou s'allier à un enfant contre ses parents est tout à fait naïf". A l'hôpital comme à la maison, un jeune malade mental répond à une forme particulière d'organisation. La théorie de l'organogénèse des psychoses cultive les images de dommages cérébraux irréversibles, maladie incompréhensible sur un plan psychique et comportant un handicap définitif. J. Haley conseille donc ceci : le terme de schizophrénie doit être évité à tout prix. Don D. Jackson désignait simplement ce type de patient comme plus doué que tout autre individu dans l'art de l'échec personnel . . .

Pour sa part, la théorie psychodynamique fonde sur un passé lointain le déterminisme des troubles, de façon pessimiste, intellectua-lisante et avec l'appui d'une théorie du refoulement dont l'emploi est tout à fait aléatoire. A l'inverse, il faudrait rétablir la qualité relation-nelle de la pathologie et toujours comprendre le symptôme comme une tentative de protection et d'aide vis-à-vis d'un tiers. L'hypothèse utile est que les jeunes malades se sacrifient pour maintenir l'équilibre de leur famille. La théorie des systèmes, à son tour, apporte des thèses plus actuelles et plus globalisantes mais tend à décrire les participants comme égaux, lorsqu'elle s'appuie trop sur l'idée d'homéostasie. L'iden-tification des séquences répétitives inhibe la perception des change-ments possibles en faisant oublier la part individuelle de responsabilités dans le fonctionnement du système. Enfin, la théorie dite du double lien peut encourager l'idée d'une victime et trop souligner le caractère négatif des interactions. Il est bon de revenir à l'idée originelle et plus simple de paradoxe. Le dysfonctionnement se manifeste donc à l'oc-casion des injonctions paradoxales ("Désobéis-moi").

L'orientation familiale des soins aux jeunes gens perturbés répond en fait à des contextes familiaux toujours dysfonctionnels (chapitre 2). La caractéristique générale de ces jeunes est *leur échec, leur devenir de ratés et d'exclus*. La thérapie a pour but premier un changement positif à un âge qui est celui où l'on quitte sa famille. A ce titre, en des termes organisationnels, aucun thérapeute ne peut éviter de devenir une part de l'organisation familiale. Les succès d'un jeune dans la vie sociale dépasse sa seule réussite personnelle. En même temps, ils le désengagent de l'organisation familiale et induisent ainsi une réorganisation du milieu d'origine. La fonction d'un échec réside, à l'opposé, dans le maintien d'une communication parentale et d'une organisation familiale dysfon-ctionnelles, stabilisation triangulaire qui va se maintenir des années durant. Le placement du jeune par sa famille, ou le pseudo-départ pathologique de celui-ci, maintiennent une attention unifiante à son propos, sans que s'améliore pour autant le dialogue parental. La discorde des parents prive ceux-ci des moyens d'un contrôle efficace et aboutit à l'appel aux experts et aux intervenants extérieurs. Etre aber-rant ou agressif donne au jeune le pouvoir d'imposer plus de stabilité dans l'organisation familiale. La nature des symptômes indique souvent de façon analogique la nature du problème parental en cause. Le thérapeute peut s'aider de ces indications, mais la question qui lui est posée est avant tout celle de la responsabilité des actes aberrants. Dans "Strategies of Psychotherapy", Haley a déjà écrit comment le symp-tôme comportemental s'accompagne d'indications qui qualifient l'acte comme n'engageant pas la responsabilité de son auteur. Une auto-disconfirmation accompagne l'acte pathologique. Il en va de même dans

la famille du psychotique, c'est-à-dire que son organisation est incertaine, la hiérarchie et les limites précises d'autorité manquent. Dans ces situations, les conditions de conduite du traitement de ces jeunes gens perturbés sont les suivantes : 1) le thérapeute doit avoir le contrôle de la médication, voire de l'hospitalisation ; 2) la mise en route de la rencontre avec la famille doit être organisée avec des buts précis : accent mis sur le trouble du comportement et sur l'actualité, alliance avec les parents contre le jeune, méconnaissance systématique des conflits conjugaux, thèse que le jeune est normal et refus de son échec, prévision d'une fragilité parentale qui nécessitera une aide dès que le jeune ira mieux ; 3) la thérapie nécessite un engagement intense et une fin rapide.

Le chapitre 3 figure intégralement dans ce numéro de cette Revue (cf. p. 115). Il rappelle la proximité de nature, chez les jeunes, des déviances anti-sociales ou psychiatriques et le drame au long cours de l'engagement dans une telle "carrière". On sait que le *contrôle social* peut favoriser celle-ci en particulier par la mise à l'écart du jeune vis-à-vis de la société courante. Cet aspect social de la pathologie et de la déviance concerne directement le thérapeute, "celui qui est à la recherche d'un changement", en particulier dans ses relations avec les agents du contrôle social, ou avec cette part de lui-même qui assume ce rôle et cette responsabilité.

Le système qui soutient le thérapeute (Chapitre 4) joue donc un rôle capital. La supervision (glace sans tain, téléphone) fait partie du soutien dont le thérapeute a besoin dans sa confrontation avec une famille qu'il peut supposer plus habile et manipulatrice que lui. Une relation analogique existe entre supervision et hiérarchie intra-familiale. Haley condamne la co-thérapie, qui peut dérouter bien plus qu'aider. Le plan général consiste à rechercher des solutions courantes, normales, où le comportement demandé à un jeune individu en difficulté sera adaptatif à une situation normalisée. Le retour à la vie normale après une hospitalisation, par exemple, sera direct, avec reprise immédiate des activités. Le superviseur aide, chaque fois que nécessaire, le thérapeute à faire découvrir par la famille les impératifs d'une vie commune tolérable, où la crise sera temporaire grâce au travail collectif d'organisation que propose le thérapeute. L'hospitalisation a montré que le jeune a échoué dans son aide à l'union familiale et que celle-ci doit être obtenue maintenant par le renforcement de règles claires dont son comportement pathologique, d'abord toléré, a montré la fragilité.

Haley décrit ainsi le "premier stade", *aménagement du retour à la maison et reprise d'une vie normale du jeune après la crise*. La seconde étape sera dominée par *la menace de la rechute* qui se dessinera après un premier succès familial et qui peut marquer le début des cycles répéti-

tifs bien connus, entretenus par les triangles transgénérationnels du disfonctionnement. Au premier stade, la thérapie a pour but principal le rétablissement des hiérarchies intra-familiales. Si le jeune, majeur de plus de 18 ans, veut rester dans sa famille, il lui faudra changer son comportement à l'occasion de l'amélioration des contrats parentaux d'autorité. Il s'agit de réduire sur des points très concrets les divergences parentales qui entament l'autorité intra-familiale.

Un exemple clinique est présenté où, malgré les hésitations initiales des parents, des séances successives permettent peu à peu au thérapeute d'entrer dans le détail de la vie quotidienne de la famille et d'aider celle-ci à la mise en œuvre d'une forme de rigueur centrée sur les besoins des parents. Tel est un des débuts de cette procédure, maintenir l'union parentale, en fait branlante, par une redéfinition des règles, avec un plan commun d'autorité dans le présent lors du retour du jeune au milieu familial. Dès que les parents deviennent ainsi plus clairs, d'autres membres de la famille réagissent. Par exemple, un collatéral rejoint le jeune patient dans sa contestation. Les parents doivent alors éviter le retour à des menaces plus ou moins nettes entre eux de séparation : *"ainsi la première étape est terminée, le jeune en difficulté a quitté l'hôpital pour retrouver valablement le foyer et la famille est prête à aborder la question qui a déterminé la première crise"*. La hiérarchie est rétablie à la maison. La mise en route d'une relation thérapeutique est fonction du but du thérapeute. L'hospitalisation, l'internement, la prison, sont de . . . fausses sorties du jeune hors de la famille (chapitre 5). Il faut d'abord le réintégrer clairement dans celle-ci si l'on veut faciliter une vraie autonomie, évitant une réintervention des institutions. Cela est essentiel pour le premier épisode où la famille et le jeune sont au début d'un apprentissage nocif des solutions institutionnelles. Encore au stade de flottement, ils peuvent accepter l'effort du changement. Pour réussir, le thérapeute doit partir de convictions basales, hypothèses que la hiérarchie familiale est trouble et qu'il existe une crise conjugale d'une sévérité notable. Le jeune en difficulté assume le rôle de protecteur familial et doit donc être abordé sur ce point avec patience, respect, dans la perspective de sa normalité. Son départ est implicitement une menace pour la famille, qui induit les parents à mettre en avant ses troubles plutôt que ceux de la famille. Le thérapeute suivra à la fois les indications données par le jeune et une perspective de contrôle des troubles.

Il est nécessaire d'informer la famille des buts du traitement. *Les véritables thérapeutes du jeune seront ses parents* et ceux-ci doivent s'attendre à devoir contrôler, activer, surveiller le jeune. Les parents tenteront d'échapper à cette prise en charge coordonnée. Ils essaieront

de rendre l'autorité aux thérapeutes, à d'autres experts, au jeune perturbé, ou à un collatéral. Ils fuiront ou au contraire montreront leur incompetence par leur agressivité. Le thérapeute leur rappellera cette vérité : eux seuls, les parents, seront confrontés, leur vie durant, à leurs enfants. L'accent mis sur des actions présentes élimine toute culpabilisation. La première séance, en présence du jeune, crée le climat d'un tel contrat. L'engagement du thérapeute se fait plus personnel que professionnel. Jouant la carte de la normalité du jeune, il impose implicitement l'image d'une crise familiale mais sans la dévoiler, insistant sur l'immédiat retour à une vie active : études ou emploi.

La deuxième étape évolutive peut prendre la *forme de l'apathie* (chapitre 7) qui menace gravement l'avenir par son caractère de durée indéfinie. Une phase préalable du contrat concernera l'accord de tous dans une mise en route immédiate. La tension qui apparaît dans le groupe familial mérite une attitude foncièrement bienveillante du thérapeute.

J. Haley écrit que la sympathie est alors l'arme suprême. La ténacité aussi, pour ne pas dire l'opiniâtreté : le thérapeute doit remporter la partie en un mat final, "même s'il lui faut atteindre 85 ans". L'interaction est intense. Le cas d'un jeune noir, pris entre les perspectives discordantes d'un père manuel et d'une mère intellectuelle, apporte l'illustration d'une telle partie. La séance, parfois violente, montre qu'il faut d'abord que le jeune soit aidé par le thérapeute à se désenclaver de son rôle pacificateur, puis que les parents aboutissent à un accord au moins temporaire et que le thérapeute apaise à son tour les angoisses et les émotions exprimées, une fois décidée la mise au travail du jeune.

Lorsque la seconde étape concerne les *comportements actifs de perturbation* (*trouble making*, chapitre 8), on part de l'hypothèse que les symptômes correspondent à la réaction du jeune au double message : 1) qu'il se désengage du triangle figé, 2) qu'il redoute des sanctions s'il le fait. Cette seconde étape apparaît lorsque la discordance entre les deux parents se manifeste aux premiers gestes d'autonomie du jeune. Les parents ne peuvent être aidés que par un engagement personnel des thérapeutes à leur égard. La somme d'efforts réalisés par les parents à la première étape est la base de leur motivation pour l'effort demandé par la deuxième. De son côté, le thérapeute doit savoir que les seules armes dont il dispose sont les tâches et les informations concrètes au niveau de la vie familiale lorsque le contrôle des comportements psychotiques s'accompagne de la définition du jeune comme étant un individu normal. Le point faible demeure la discorde parentale. Dans la conduite des séances, le rôle du contrôleur est essentiel. Il ramène constamment

l'intervenant, dans la séance, à cette conscience des manipulations du jeune pour désunir le couple parental et l'induire à exprimer des menaces réciproques de séparation. Dans le cas décrit d'une jeune psychotique, le thérapeute a imposé aux parents un délai de six mois de prolongation de la vie commune, période qui a permis à la patiente désignée de s'autonomiser.

Le processus de la cure est décrit à propos d'un cas d'héroïnomanie (chapitre 9) où la stratégie thérapeutique a marqué une première étape de prise en charge du jeune par son père, de façon à le désengager de ses liens excessifs avec la mère. Poursuivant cette action, le thérapeute demande au père de se placer directement entre la mère et le fils. Toutes les interventions de la mère devront passer par le père, durant un essai dans la période qui sépare deux séances. Une partie de la séance elle-même se passe à empêcher la mère de communiquer directement avec le fils, en leur faisant accepter à tous les deux cette forme d'entraînement. Les séances ultérieures portent sur la préparation de la future autonomisation du jeune. La cohérence des contrôles vis-à-vis du jeune et l'effet d'engagement vers un avenir fournissent les thèmes des séances. Plus le jeune tend à s'autonomiser, plus le conflit entre les parents s'exprime. Le thérapeute, le contrôleur et le Centre de soins assument une disponibilité permanente pour répondre du mieux possible aux secousses inévitables.

Un cas chronique montrera les problèmes de violence d'un jeune sourd-muet (chapitre 10). Le thème du rejet centre le cycle pathologique. Le départ — ou faux départ — hors du milieu familial, se fait lors de crises, dans un climat d'agressivité et de lassitude. Or un changement ne pourra être obtenu que si ce départ se déroule clairement dans le calme. La première étape consiste donc en un changement d'emblée de la façon dont le sujet vit dans la famille, c'est-à-dire en établissant précisément les règles de la cohabitation et en contrôlant leur emploi. L'exemple donné montre que c'est là une façon de faire se révéler les éléments positifs des conduites du jeune, expression indispensable pour qu'ensuite l'adaptation extérieure puisse se réaliser. Les difficultés sont bien entendu liées à des manipulations relationnelles et en particulier à la création de secrets dans la famille. La mère veut protéger le fils contre la violence éventuelle du père, qui de son côté évite de montrer sa lassitude, tandis que le fils ne sait pas comment l'argent de sa pension médicale est gérée. Dès que le fils présente des troubles francs, fugue, violence, intoxication, les parents se réconcilient dans la reconnaissance de son invalidité. Dès qu'il va mieux, la tension monte entre eux. Les séances peuvent être utilisées pour leur faire affronter en commun plus clairement les violations par le jeune des règles qui avaient été précisées.

L'expression de la violence du jeune au cours de la séance apporte à celle-ci des émotions dramatiques que le thérapeute et la famille toutefois sont à même d'assumer.

Le jeune est confronté au pouvoir familial et aux hiérarchies sociales. Cette expérience est thérapeutique.

Le dernier chapitre comporte une réflexion sur l'utilisation des paradoxes et en particulier l'œuvre de Mara Selvini. Haley donne l'exemple d'une prescription paradoxale qui va lier deux symptômes familiaux : l'apragmatisme du fils et le tabagisme du père. Tant que le fils n'aura pas trouvé de travail, le père devra s'empêcher de fumer. La passivité négligeante du père vis-à-vis de l'agressivité apathique du fils est ainsi mise à jour et utilisée. Peut-être Haley trouve-t-il une plus proche inspiration dans les pages qu'il consacre à l'attitude de compréhension nécessaire à toute intervention familiale. Pour lui cela revient concrètement à mieux connaître "*le langage de la famille*", à tenter de l'utiliser avec les membres de celle-ci en leur offrant des solutions dans des termes qui soient les leurs. Sans être précisément citée, la connotation positive se dessine en tant qu'agrément vis-à-vis des difficultés et des complexités d'une situation familiale dramatique. L'objectivité de la formulation du problème va éviter la culpabilité et fera naître des comportements efficaces ou coordonnés chez les participants.

La conduite de la cure nécessite à la fois fiabilité et souplesse. La règle générale est : "*une participation intense et un désengagement rapide, chaque fois que possible*". Le rythme des rencontres, après le bilan de départ, peut être varié. Le but demeure l'autonomisation du jeune et la stabilisation des parents après son départ. La souplesse de l'organisation des rencontres prend sa signification dans la précision de cette ligne générale. L'essentiel consiste dans l'emploi de tous les moyens disponibles pour l'autonomisation des individus, à travers les mises en question créées par la crise. Tout ce savoir systémique aboutit à un travail *in situ*, dans la famille même, d'éclaircissement et de rétablissement des hiérarchies. On retrouve bien là une idée batesonienne.

Notre présentation de cette œuvre récente de Jay Haley veut être un hommage aux éminentes qualités de thérapeute d'un théoricien si brillant, qui a marqué de la rigueur de sa pensée tout le développement de l'abord éco-systémique en thérapie familiale. Toute l'estime et l'attachement vis-à-vis du pionnier se doublent de notre admiration pour la continuité et la lucidité dans la découverte.

J.C. Benoit

Centre Hospitalier Spécialisé
34, avenue de la République
F - 94800 Villejuif

cerf

CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LA FAMILLE

FORMATION AUX THERAPIES FAMILIALES

Le Centre d'Etude et de Recherche sur la Famille organise, de septembre 1982 à juin 1983, des cycles de sensibilisation et de formation aux Thérapies Familiales. Ces cycles se dérouleront à raison d'une journée par mois (dix séances dans l'année), et comprendront des sessions d'apprentissage personnel, ainsi que la confrontation d'apports cliniques et interdisciplinaires, sous la forme d'un groupe de travail également mensuel.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser aux responsables de la formation à partir de Mai 1982 :

Dr. Jacques MIERMONT	344 61 97
Dr. Sylvie STERNSCHUSS-ANGEL	720 60 99
Dr. Pierre ANGEL	720 60 99

75, rue Madame 75006 PARIS Tél. (1) 548.40.07
association régie par la loi du 1er juillet 1901

L'IMPLICITE RELATIONNEL DANS LE DISCOURS EN THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

D. LARCHER et P. LEBBE-BERRIER

Première partie : Aspects théoriques

(La seconde partie, intitulée "Illustrations et repérage", sera publiée dans un prochain numéro de la revue).

L'analyse pragmatique de la communication, comme l'affirment M. Selvini et G. Prata, est l'instrument de choix pour étudier le fonctionnement des systèmes familiaux.

Toutefois, bien qu'ayant constitué une avancée remarquable, les axiomes de la théorie systémique de la communication (Watzlawick, 1972) ne permettent pas, à eux seuls, de rendre compte de toute la complexité des interactions verbales et non-verbales.

Sluzki et Véron (1980) parlent même d'une "stagnation théorique" qui serait due au "manque de méthodologie dans l'analyse des discours des patients".

Une telle remarque met en évidence, selon nous, l'intérêt d'une articulation entre l'approche systémique de la communication et la pragmatique linguistique, ou de manière plus générale l'analyse des conversations.

Dans le champ de la psychopathologie, quelques auteurs ont déjà tenté de mener une étude du discours "pathologique" en termes d'*énonciation*¹, d'*actes de langage*², de *pragmatique linguistique* (cf. notamment L. Irigaray, 1967, et S. Consoli, 1980). Sur le plan méthodologique, l'importance de cette orientation semble par ailleurs se confirmer (cf. R. Menahem, 1979, J. Cosnier, 1981, P. Boyer, 1981).

Essayant de contribuer au développement de ce type de recherches³, nous nous orientons maintenant plus précisément vers l'analyse pragmatique du discours en thérapie familiale systémique.

Appliquant conjointement, depuis près de trois ans, les méthodes de l'approche systémique et de la pragmatique linguistique à des corpus constitués par les transcriptions d'entrevues familiales, il nous a paru

¹ Processus de production d'un énoncé. Par extension, étude des "traces" de ce processus repérables au sein de l'énoncé produit.

² Acte réalisé par la parole même (promesse, ordre, etc.).

³ Cf. D. Larcher, 1981, et J.-Cl. Chevalier, D. Larcher, 1981.

intéressant de faire le point sur ce que les théories de l'énonciation et la pragmatique linguistique pouvaient apporter à la théorie et à la pratique de la thérapie familiale systémique.

L'articulation des deux approches nous semble être un aboutissement logique de nombreuses recherches indépendantes, mais convergentes en ce sens qu'elles ont pour objet commun l'étude des interactions entre individus dans un contexte.

La parution du recueil consacré à *La nouvelle communication* (Y. Winkin, Ed., 1981) reflète bien cette évolution conceptuelle, mais il faut aussi signaler le récent ouvrage de Bachmann, Lindenfeld, et Simonin (1981) qui fait entre autres le point sur la pragmatique anglo-saxonne. Enfin, pour compléter ce panorama, la présentation par C. Kerbrat-Orecchioni (1980) de la problématique de l'énonciation, et les divers travaux consacrés aux actes de langage (Austin, 1970 ; Searle, 1972 ; Ducrot, 1972, et bien d'autres) sont essentiels pour qui souhaite faire une analyse pragmatique approfondie de la communication.

Pour revenir à l'articulation des deux approches, celle-ci nous paraît intéressante non seulement d'un point de vue théorique mais aussi en pratique, car elles sont complémentaires.

Si l'approche systémique se révèle surtout efficace dans l'analyse des séquences de communication relativement longues (dans ce que nous appelons la "macro-analyse"), la pragmatique linguistique, par contre, apporte beaucoup dès que l'on entre dans le détail de la "micro-analyse" (l'étude approfondie de deux ou trois répliques, par exemple).

L'idéal serait bien sûr de combiner les deux approches, toutes deux ayant pour objectif l'étude des relations entre les interlocuteurs à travers la communication.

En ce sens, la pragmatique "générale" que nous préconisons, en tant que base théorique de la thérapie familiale systémique, devrait intégrer à la fois l'approche systémique de la communication et de la pragmatique linguistique.

L'objet de cette pragmatique générale pourrait alors se définir comme *l'implicite relationnel*, en tant que manifestation, dans la communication, du réseau relationnel implicite que constitue le système familial.

Reprenant à notre compte les précautions et conseils méthodologiques de Sluzki - Beavin (1981) et Sluzki - Véron (1980), nous avons choisi d'étudier, dans une première étape, l'implicite relationnel *dans le discours* (c'est-à-dire de ne prendre en considération que ce que Sluzki et Beavin appellent "le niveau audible-linguistique").

Mais avant d'aller plus loin dans l'étude de notre objet, nous voudrions faire certaines remarques concernant la place du langage dans l'approche systémique et les diverses conceptions de la langue.

I. REMARQUES PRELIMINAIRES

A. Une conception instrumentale du langage

Il existe dans la théorie systémique de la communication un point problématique essentiel qui se manifeste par l'association quasi constante entre :

– d'une part, les concepts : contenu – digital – verbal.

– d'autre part, les concepts : relation – analogique – non verbal.

Le code digital étant destiné à transmettre, par l'intermédiaire du discours, un certain contenu, la communication analogique engloberait "posture, gestuelle, mimique, inflexions de la voix, succession, rythme, et intonation des mots, et toute autre manifestation non-verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que les indices ayant valeur de communication qui ne manquent jamais dans tout contexte qui est le théâtre d'une interaction" (Watzlawick, 1972).

Cette répartition pose question car elle révèle une conception de la langue comme *code* qui est celle des linguistiques de l'énoncé (cf. D. Larcher, 1981) : la langue n'y est appréhendée que comme un instrument de communication destiné à transmettre à l'auditeur, de manière totalement *explicite*, des informations *manifestes*.

Dans cette optique, l'émetteur et le récepteur sont égaux, symétriques, interchangeables, et se retrouvent évacués de l'analyse. Seule l'étude de la communication non-verbale permettrait alors d'appréhender les relations entre les interlocuteurs.

Très souvent, nous constatons que cette opposition trop schématique verbal/non-verbal limite et fausse les résultats de l'analyse de la communication.

B. La conception pragmatique

En dehors de la conception instrumentale (sans doute à l'origine de la stagnation théorique évoquée plus haut) et de celle, plus ancienne mais aussi tenace, faisant du langage l'expression de la pensée, une troisième conception est apparue, parallèlement au développement des théories de l'énonciation et de la pragmatique linguistique.

En accord avec O. Ducrot (1972), et à la suite de E. Benveniste (1966-1974) et des philosophes de l'école d'Oxford (Austin, 1970 ; Searle, 1972 ; Grice, 1979), nous considérons la langue comme "vouée

à l'interaction entre les individus", comme leur fournissant un lieu de rencontre voire même le cadre général de leur reconnaissance réciproque.

L'intersubjectivité dans le langage se marque non seulement par les pronoms personnels mais aussi par les actes de parole : ordonner, par exemple, n'est pas seulement informer l'auditeur de ce que l'on désire qu'il fasse, c'est aussi déterminer une situation, *définir une relation* au sein de laquelle on se pose en supérieur. De même, questionner, c'est présenter son énonciation comme obligeant l'autre à répondre.

La langue comporte en fait, comme l'indique Ducrot, "tout un catalogue de rapports interhumains, toute une panoplie de rôles que le locuteur peut se choisir pour lui-même et imposer au destinataire (...), tout un dispositif de conventions et de lois qui doit se comprendre comme un cadre institutionnel réglant le débat des individus".

Cette conception de la langue, il faut reconnaître qu'elle a été parfois approchée par certains tenants de la théorie systémique : J. Haley (1980), lorsqu'il aborde la question des "types d'énoncé", Sluzki et Beavin (1981), lorsqu'ils tentent de cerner les "caractéristiques structurales" du discours. C'est en reprenant de Bateson (1965) la distinction indice/ordre que Watzlawick (1972) introduit la structure de la communication en deux niveaux, contenu et relation, qui peuvent être rapprochés des niveaux de l'énoncé et de l'énonciation. Enfin, décrivant les "alternatives illusoire", il illustre avec brio le phénomène de la présupposition (Watzlawick, 1980).

Tous ces éléments que nous venons de citer, plus quelques autres, sont à présent assez bien définis par la pragmatique linguistique. Et c'est à les situer par rapport au concept d'*implicite relationnel* que nous voudrions maintenant vous inviter.

II. LES DIVERSES FORMES DE L'IMPLICITE RELATIONNEL DANS LE DISCOURS

Pourquoi cette formule : "implicite relationnel" ? D'abord et tout simplement parce que l'objet de la pragmatique est selon nous l'étude des *relations* qui se manifestent *implicite*ment entre les interlocuteurs, à travers la communication.

Ensuite parce que cette formulation, contrastant avec celle de l'"inconscient individuel", exprime clairement ce qui différencie l'approche pragmatique de l'approche psychanalytique.

La pragmatique de la communication étudiée en effet non seulement le contenu du discours mais aussi et surtout l'ensemble des éléments qui, indépendamment du contenu, nous renseignent sur les relations existant entre les interlocuteurs.

Le fait que ces éléments soient conscients ou inconscients apparaît tout à fait secondaire par rapport à la distinction capitale entre *implicite* et *explicite*. C'est en effet dans l'organisation de l'implicite que va se révéler le jeu des rapports interpersonnels. Si, lorsqu'on parle à quelqu'un, on a souvent l'intention de lui transmettre des informations manifestes, on parle aussi et surtout pour définir une relation et/ou pour vérifier qu'un certain type de relation se maintient.

En outre, on a souvent besoin de "dire sans avoir dit". Pour Ducrot (1972) en effet, "le problème général de l'implicite (...) est de savoir comment on peut dire quelque chose sans accepter pour autant la responsabilité de l'avoir dit, ce qui revient à bénéficier à la fois de l'efficacité de la parole et de l'innocence du silence".

L'implicite a plusieurs fonctions dont deux paraissent évidentes :

1°) Il résout le problème des tabous linguistiques et plus généralement des thèmes dont il est interdit de parler dans certains contextes. (Les notions de "non-dit" et de "secret" gagneraient, semble-t-il, à être redéfinies à partir de la distinction implicite/explicite).

2°) Il permet d'éviter la contradiction, la mise en question de certains éléments, car toute information explicite peut constituer un thème de discussion, et peut donc être critiquée, réfutée, etc.

Après ces quelques remarques générales, nous allons maintenant nous arrêter plus longuement sur les différentes formes d'*implication* (c'est-à-dire de communication implicite d'informations).

Nous décrirons d'abord les actes de parole et la présupposition, phénomènes qui ont d'importants points communs dans le type de relation qu'ils organisent entre les interlocuteurs.

Ensuite, nous passerons à l'étude des "implications conversationnelles" (sous-entendus et actes indirects) qui ont eux aussi des points communs qui les différencient des deux phénomènes précédents.

Nous terminerons enfin ce chapitre (et donc la première partie de cet article) par des remarques conclusives, dont la formulation d'une hypothèse de recherche consistant dans l'établissement d'un parallèle entre la contrainte liée aux diverses formes d'implicite relationnel et le "double-bind".

A. L'implication fondée sur l'illocutoire : actes de parole et présupposition

Distinguant avec Austin (1970) les niveaux "locutoire" (correspondant à l'énoncé, à ce qui est dit), "illocutoire" (correspondant à l'énonciation, à l'acte réalisé *en* disant), et "perlocutoire" (correspon-

dant aux effets plus lointains provoqués *par le fait* de dire), il est possible de regrouper au niveau illocutoire les actes de parole et l'acte de présupposition (Ducrot, 1972).

1) Les actes de parole

Un acte de parole (encore appelé acte de langage, de discours, ou acte illocutoire) est un acte à valeur "juridique" dont l'effet immédiat est de transformer le rapport entre les interlocuteurs.

De même qu'un juge peut transformer un accusé en coupable en le *déclarant* coupable, l'individu qui promet quelque chose à quelqu'un est engagé par sa parole : il se crée l'obligation de réaliser ce qu'il a promis, et il fait de son interlocuteur un témoin de cet engagement.

Partant d'actes "performatifs" (tels que la promesse), Austin en est arrivé à attribuer une valeur performative à tout acte de parole, valeur qu'il a alors nommée "illocutoire".

Si "viens" peut être considéré comme un acte illocutoire implicite (celui d'ordonner), "je t'ordonne de venir" est un ordre explicite. Les actes de parole, généralement implicites, doivent pouvoir être explicités sans pour autant perdre leur valeur illocutoire. Il est alors aisé de distinguer l'illocutoire du perlocutoire : des énoncés comme "je me plains" ou "je te provoque" seront considérés par l'auditeur non comme des actes illocutoires de plainte ou de provocation mais comme de simples assertions. Par contre, l'énoncé "je te conseille de venir" pourra effectivement être entendu comme un conseil.

La difficulté n'est donc pas tellement de distinguer illocutoire et perlocutoire, mais plutôt d'associer tel acte illocutoire à telles caractéristiques linguistiques. Si les trois grands types de phrase peuvent être en général associés aux trois actes de base (affirmation, question, ordre), il est aussi des affirmations à valeur de question ("je me demande quelle heure il peut bien être"), des questions qui n'attendent pas de réponse ("ai-je besoin d'insister ?"), etc.

Un acte de parole ne peut donc pas uniquement être caractérisé par l'ensemble des éléments linguistiques présents dans l'énoncé. On doit, pour l'identifier, tenir compte du rapport entre les interlocuteurs, de la situation, et du contexte linguistique.

Une fois résolues ces difficultés, l'identification des actes de parole apporte des éléments intéressants pour mieux caractériser le type de relation établi entre les interlocuteurs. En effet, l'acte d'ordonner exige un certain type de relation entre celui qui commande et celui qui est commandé. De même l'acte d'interroger crée pour l'auditeur l'alternative : répondre ou faire affront par son refus. D'où la possibilité, par exemple, d'interroger avec l'intention principale de montrer (à l'autre) et/ou de vérifier (pour soi) qu'on est en situation — en droit — de poser

des questions. L'affirmation elle-même, qui paraît si peu directive, oblige l'autre d'abord à écouter, ensuite à croire ce qui a été dit.

Cette conception du langage, tenant compte de la valeur illocutoire du discours, amène donc à réexaminer les rapports entre *symétrie* et *complémentarité*.

En effet, parallèlement à la dissymétrie fondamentale entre JE (énonciateur) et TU (énonciataire), postulée par la linguistique de l'énonciation, tout acte de parole, comme on le voit, vise à établir une relation complémentaire (à un degré variable selon le type d'acte de parole). C'est seulement la réponse de l'interlocuteur qui va permettre de dire quel est le type de relation effectivement établi.

Si la réponse est adéquate, est celle qui est attendue par le locuteur, il y a confirmation de la relation complémentaire. Si elle exprime une opposition qui reste digitale, liée au contenu explicite, (ex. : "oui, mais . . ."), la relation complémentaire est aussi confirmée, l'écoute et la reconnaissance réciproques ne sont pas mises en cause.

Par contre, le refus à un niveau supérieur entraînera automatiquement l'installation d'une relation symétrique : l'absence d'écoute, de reprise du discours de l'autre, le refus de répondre, les coupures et chevauchements de la parole de l'autre sont autant de manifestations de cette symétrie.

Par ailleurs, si tout acte de parole vise à définir une relation, il forme en outre un cadre, un *contexte*, qui permettra à l'auditeur d'interpréter l'énoncé, cadre et contenu étant situés à deux niveaux logiques différents (d'où la possibilité de paradoxes sémantiques du type "je mens" ou "je te demande de me désobéir").

Nous avons choisi deux exemples pour illustrer les actes de parole :

— Le premier concerne la description par une mère des réactions de ses enfants, après la convocation des parents seuls par le thérapeute : "Ils nous ont dit", raconte-t-elle, "bon, ben c'est très bien, vous, *vous continuez . . . vous n'avez qu'à y aller . . . nous, ça nous casse les pieds*". Cet exemple illustre l'absence apparente d'autorité parentale dans cette famille : les enfants vont jusqu'à dire aux parents ce qu'ils doivent faire.

— Le second exemple invite à porter une très grande attention aux débuts d'entrevues, moments de mise en place des différents contextes.

Il s'agit de la famille de Sylvia, une enfant de sept ans qui est amenée pour des problèmes de lecture⁴.

⁴ Cette situation a été étudiée dans deux articles : D. Larcher, 1981, et D. Larcher, J.-Cl. Chevalier, P. Lebbe-Berrier, à paraître.

Alors que, durant toute l'entrevue, la majeure partie des interactions a lieu entre l'ami de la mère (qui joue le rôle du père) et un thérapeute, une seule petite phrase énoncée au tout début par la mère permet de resituer le rôle de cet ami à sa juste place : "*Vas-y, commence*", lui dit-elle doucement. Et l'ami de démarrer avec une argumentation le présentant comme "maître" . . . par rapport à l'enfant (qui le met d'ailleurs en échec).

2. La présupposition

Dans l'exemple classique : "Avez-vous cessé de battre votre femme ?", la réponse attendue est soit "oui" soit "non", et ne peut donc porter que sur "avoir cessé" qui est l'élément *posé*. Le *présupposé* selon lequel l'auditeur a battu sa femme ne pourrait être mis en doute que par une question à valeur polémique, qui transformerait immédiatement la relation de complémentaire en symétrique.

Si, pour Ducrot (1972), l'acte de présupposer, au même titre qu'un acte de parole, est un acte illocutoire, en quel sens peut-il avoir cette valeur illocutoire ?

Dès lors qu'on considère un énoncé comme élément d'un discours plus large, soit il continue l'échange de paroles qui l'a précédé, soit il appelle un débat ultérieur. Ducrot propose alors d'envisager une analyse structurale du discours qui définirait les énoncés par rapport aux autres énoncés qui peuvent les environner. C'est d'après lui cette "étude combinatoire" qui permet le mieux de caractériser la présupposition.

Définissant alors une *loi d'enchaînement* selon laquelle l'interlocuteur n'a le droit d'enchaîner que sur le posé, constitué des éléments nouveaux apportés explicitement par l'énoncé, et non sur les présupposés (éléments implicites tenus pour acquis), Ducrot estime que la présupposition établit les limites du dialogue offert à l'interlocuteur. "Présupposer un certain contenu, c'est placer l'acceptation de ce contenu comme la condition du dialogue ultérieur". En présupposant, on transforme donc les possibilités de parole de l'interlocuteur, et "il s'agit d'une transformation institutionnelle, juridique : ce qui est modifié chez l'auditeur, c'est son droit de parler".

Ducrot considère donc la conservation des présupposés comme une des lois définissant la structure du discours. En effet, s'il veut poursuivre le discours amorcé, l'auditeur doit prendre les présupposés comme cadre de sa propre parole. Obligation liée au caractère extérieur — en marge — des présupposés par rapport à l'enchaînement des énoncés.

Or nous avons vu que l'acte de parole est lui aussi un cadre, cadre qui permet d'interpréter l'énoncé, d'une part, et qui, d'autre part,

conditionne de manière plus ou moins contraignante la réponse attendue (établissant du même coup un certain type de relation).

Une caractéristique fondamentale de l'illocutoire est donc le fait qu'il constitue un *contexte*⁵, non seulement pour l'énoncé produit mais aussi pour les énoncés ultérieurs.

Dans la pratique, si l'acte de parole vise à définir un type de relation, donc à établir, répartir des rôles, les présupposés apparaissent très efficaces et très fréquemment utilisés dans l'induction et le maintien de ces rôles⁶.

Bien sûr, il est toujours possible de contester les présupposés, mais il faut bien voir que ceci revient à *disqualifier l'acte de parole* accompli par le locuteur. "Attaquer les présupposés de l'adversaire, c'est attaquer l'adversaire lui-même". C'est rejeter le dialogue offert (ou imposé) par le locuteur. C'est donc établir une relation symétrique transformant la discussion en affrontement.

On voit très bien ce que cela implique dans le cas d'une relation intense et rigidement complémentaire entre deux personnes : une simple question de la personne "supérieure" oblige l'autre à reprendre à son compte les présupposés, car "la question ne se contente pas d'offrir le dialogue, mais l'impose" (Ducrot, 1972).

Il faut voir aussi ce que cela implique du point de vue de la stratégie thérapeutique : l'identification des actes de parole et le repérage des présupposés constituent des tâches essentielles permettant de ne pas entrer en relation symétrique avec tel ou tel membre de la famille. La méconnaissance de ces phénomènes peut conduire le thérapeute à entrer de plein pied dans le système familial avec le risque de s'en faire aussitôt rejeter.

Nous réservons pour la IIe partie de cet article une série d'exemples illustrant entre autres le phénomène de la présupposition. Mais nous signalerons dès maintenant que si les présupposés peuvent être mis en évidence grâce au critère de la loi d'enchaînement, ils reposent sur des éléments linguistiques très variés, morpho-syntaxiques ou lexicaux.

B. Les "implications conversationnelles" : sous-entendus et actes indirects

Ces deux phénomènes se différencient des précédents par le niveau plus élevé (ou plus "profond", si l'on préfère) qu'ils mettent en jeu : l'implicite est ici constitué comme "condition d'existence de l'acte d'énonciation" (Ducrot, 1972).

⁵ Au sens donné à ce terme par M. Selvini (1981).

⁶ Cf. aussi les débats politiques et les slogans publicitaires, situations dont le but est plus d'assujettir l'autre que de le convaincre.

1. Les sous-entendus

H.P. Grice (1979) définit l'implication conversationnelle en l'opposant aux implications "conventionnelles". Les actes de parole et la présupposition seraient selon nous à classer dans le deuxième groupe, étant donné le caractère "institutionnel", "juridique", de l'illocutoire.

Les sous-entendus sont des phénomènes conversationnels car ils mettent en jeu l'organisation de la conversation à un niveau supérieur.

Grice définit d'abord un "principe de coopération", principe selon lequel chacun apporte normalement sa contribution au déroulement de la conversation, jusqu'à ce que les participants tombent d'accord pour y mettre fin.

Ensuite, un certain nombre de "règles de conversation" sont énoncées qui ont trait d'une part à la quantité et la qualité des informations apportées, d'autre part à la pertinence et la clarté avec lesquelles elles sont apportées.

Le sous-entendu correspond alors au résultat d'une démarche de l'auditeur consistant à se demander pourquoi le locuteur a dit ce qu'il a dit. (Le sous-entendu X est identifié si l'auditeur se demande : "pourquoi a-t-il dit ça ? Il a dit ça parce que X").

L'auditeur faisant la supposition que le locuteur connaît les règles de conversation, et sait que l'auditeur sait qu'il les connaît, il y a dans le cas du sous-entendu, *exploitation* des règles.

Le locuteur peut en effet produire un énoncé apparemment inadéquat, non-pertinent, (par rapport à l'échange précédent ou à la situation) avec l'intention de communiquer autre chose de manière implicite. La reconstitution du sous-entendu sera alors pour l'auditeur la seule façon possible de concilier ce qui a été dit effectivement avec la supposition selon laquelle les règles sont respectées. L'inadéquation apparente de l'énoncé sert donc de signal indiquant à l'auditeur la nécessité de chercher la signification implicite à un niveau supérieur.

Un exemple, tiré d'un entretien avec une enfant psychotique⁷, va nous permettre d'illustrer ce phénomène.

L'enfant réclamant avec insistance une image, le médecin lui demande : "Comment peux-tu faire pour avoir une image ?" L'enfant répond alors : "J'irai pas l'arracher", sous-entendant qu'une possibilité serait de l'arracher. Identifiant ce sous-entendu, le médecin va l'expliquer par une question à valeur méta-discursive : "Parce que ça t'arrive d'arracher des images ?" Question qui met clairement à jour sa démarche intellectuelle qui pourrait être ainsi énoncée : "Elle dit ça parce que ça lui arrive . . . etc."

⁷ Cf. J.-Cl. Chevalier, D. Larcher, 1981.

En règle générale, les sous-entendus sont décelables lorsqu'apparaît un *manque* dans l'enchaînement des énoncés, une sorte de rupture provoquée par l'inadéquation apparente entre deux répliques. Un autre point accentue encore la différence entre sous-entendu et présupposé : la signification implicite qui est sous-entendue n'est en aucune manière prise en charge, assumée par le locuteur. C'est le destinataire seul qui prend la responsabilité de l'interprétation, reconstituant l'implicite comme ce qui a rendu possible l'énonciation du locuteur.

On notera toutefois, mises de côté ces différences, un point commun intéressant : la mise en question du sous-entendu comme du présupposé ne peut se faire que par la production d'un énoncé à valeur méta-discursive, énoncé qui met en question non seulement l'acte de parole du locuteur, mais aussi le locuteur lui-même.

2. Les actes indirects

Les actes indirects, ou "dérivés" (Anscombe, 1980), sont des actes dont l'interprétation est obtenue par "dérivation" à partir des actes de base ou "primitifs" (affirmation, question, ordre). Ces mécanismes de dérivation font entrer en jeu les différents niveaux du discours (éléments linguistiques de l'énoncé, valeur illocutoire de l'énonciation, règles conversationnelles).

Anscombe distingue deux types d'actes indirects : les actes dérivés marqués et les actes allusifs.

Les *actes dérivés marqués* sont des actes dont l'interprétation est obtenue grâce à la reconnaissance par l'auditeur de *marques de dérivation* repérables dans l'énoncé. Les verbes modaux (pouvoir, vouloir, etc.) sont souvent utilisés comme marques de dérivation.

"Pouvez-vous ouvrir la fenêtre ?" est une question (acte primitif), mais la marque introduite par "pouvoir" va transformer cet acte en demande. De même "voulez-vous ouvrir la fenêtre ?" est une demande dérivée à partir de la question, tandis que "Voulez-vous boire quelque chose ?" est une offre.

Ces actes mettent en jeu essentiellement les niveaux locutoire (énoncé) et illocutoire (énonciation).

A ces actes marqués, Anscombe oppose les actes non-marqués ou *allusifs*, qui font appel, pour leur interprétation, aux mêmes mécanismes conversationnels que dans le cas du sous-entendu.

Au lieu de dire "Voulez-vous ouvrir la fenêtre ?" le locuteur aurait pu dire "Il fait chaud ici". Dans ce cas, simple affirmation, son énoncé ne révèle aucune intention directe en rapport avec une action possible de l'auditeur. Le locuteur peut nier avoir formulé une demande. Tout comme dans le sous-entendu, c'est l'auditeur seul qui prend en charge la signification implicite de l'énoncé.

Ce type d'acte indirect, dans lequel un fait est présenté à la place d'un autre fait pouvant apparaître comme conséquence, est fréquemment rencontré au cours des entrevues familiales. Ce phénomène a souvent été appelé "message indirect".

Remarques conclusives

Nous terminerons ce chapitre (et cette première partie) par une série de remarques, en commençant par cette multitude de significations que peut avoir un simple énoncé. Comme nous l'avons vu avec les sous-entendus et les actes indirects, un énoncé peut donc avoir de nombreuses significations implicites. Et ce qui semble étonnant, c'est que cela n'engendre habituellement pas la moindre confusion.

- C'est qu'en fait, lors d'une interaction précise se déroulant dans un contexte bien défini, une seule signification est sélectionnée par l'auditeur. Comme l'écrit M. Selvini (1972), "lorsque nous participons *"in situ"* aux messages que les membres d'une famille échangent entre eux, nous nous apercevons que chaque membre choisit une seule signification dans la gamme de possibilités que tout message possède, et y répond en conséquence. Comme si la spirale des échanges se développait dans une seule direction, en laissant de côté toute une série d'alternatives. Un message polyvalent en soi est reçu et compris comme s'il était pourvu d'une signification extraordinairement univoque. Cela se fait sans hésitation et si rapidement que souvent la personne venant de l'extérieur ne s'en aperçoit pas".

Mais qu'en est-il alors du thérapeute qui lui aussi sélectionne inmanquablement une signification parmi d'autres, à chaque énoncé qu'il entend ? Plutôt que de chercher comment faire pour éviter de sélectionner, la question peut être posée en ces termes, plus réalistes : "En fonction de quoi vaut-il mieux sélectionner ?"

Une solution à ce problème, qu'ont trouvée les thérapeutes du Centre pour l'étude de la famille de Milan (M. Selvini et coll., 1980), consiste dans l'élaboration d'hypothèses systémiques sur le fonctionnement familial, et la vérification (confirmation ou invalidation) de ces hypothèses lors des entrevues avec la famille.

- La seconde remarque a pour but de résumer les différences existant entre la présupposition, la supposition, et les implicites conversationnelles (sous-entendus et actes allusifs).

+ Nous avons vu que l'auditeur est contraint d'accepter les pré-supposés qui lui sont transmis, imposés, à l'occasion d'un rapport de forces (symboliques) favorable au locuteur. Cette contrainte implicite est seulement fondée sur la règle générale du discours obligeant l'audi-

teur à répondre aux énonciations qui lui sont adressées. En outre, "il résulte du caractère implicite de la contrainte qu'elle ne peut pas se fixer de limites temporelles, ou simplement envisager sa propre fin, car cela exigerait qu'elle se dénonce elle-même" (Ducrot, 1972).

+ Par la supposition introduite par "si", au contraire, le locuteur demande explicitement à l'auditeur de faire une hypothèse. L'élément supposé étant explicite, l'auditeur peut le contester sans pour autant disqualifier son interlocuteur. La supposition forme aussi un cadre pour le discours ultérieur, mais un cadre non contraignant, provisoire, comportant en lui-même son éventuelle annulation.

+ Le sous-entendu et l'acte allusif, formes d'implication conversationnelle, doivent être reconstitués par l'auditeur qui prend totalement en charge leur interprétation et les conséquences qu'il en tire. Dans ce cas, le locuteur est dégagé de toute responsabilité, il est inattaquable. (Dans le cas de la présupposition, le locuteur est responsable de la signification implicite transmise, mais l'auditeur ne se sent en général pas autorisé, ou pas capable, de l'attaquer).

- Ces remarques nous amènent, pour terminer cette première partie à établir un parallèle entre la contrainte liée aux diverses formes d'implicite relationnel (en particulier celle liée à l'illocutoire), et le "double-bind".

+ Les effets pathogènes de la présupposition peuvent apparaître dans une situation où il existe une relation intense, vitale, et rigidement complémentaire entre deux personnes. La personne en position haute obligeant l'autre à reprendre à son compte des présupposés le concernant, ce dernier doit ensuite se comporter en conséquence. Ne pas le faire reviendrait à contredire, par l'action, autant son propre discours que celui de l'autre, et donc risquer de s'attirer une punition. Comme dans la situation de "double-bind", on suppose que la personne en position basse est dans l'incapacité de méta-communiquer, d'une part, de se retirer du contexte, d'autre part.

+ Après une période d'apprentissage plus ou moins longue, de simples sous-entendus ou actes allusifs, émis dans le même contexte relationnel, pourraient alors suffire à maintenir les rôles et les comportements qui leur sont attachés.

De nombreux exemples, qui seront présentés dans la IIe partie de cet article, nous semblent confirmer la première partie de cette hypothèse de recherche.

D. Larcher

P. Lebbe-Berrier

Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (Pr. Agr. P. Ferrari)
CHR de Reims, Hôpital Robert Debré
Rue Alexis-Carrel, 51092 Reims Cedex

Groupe de formation A.R.F.A.S.S.
17, rue du Jard, 51100 Reims

RESUME

Prônant une articulation entre l'approche systémique de la communication et la pragmatique linguistique, les auteurs tentent de définir la notion d'"implicite relationnel", et d'en décrire les diverses formes présentes dans le discours.

Une hypothèse de recherche est proposée, mettant en parallèle la contrainte liée à cet implicite et le "double-bind".

SUMMARY

Recommending an articulation between the systemic approach of the communication and the linguistic pragmatics, the authors try to define the notion of "relational implicit" and to describe its different forms which are present in the discourse.

For the research, an hypothesis is proposed, which makes a parallel between the constraint of this implicit and the "double-bind".

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSCOMBRE, J.-Cl. : *Voulez-vous dériver avec moi ?* Communications, No 32, 1980, pp. 61-124.
2. AUSTIN, J.-L. : *Quand dire, c'est faire.* Editions Seuil, Paris, 1970.
3. BACHMANN, C. ; LINDENFELD, J. et SIMONIN, J. : *Langage et communications sociales.* Ed. Hatier-Crédif., Paris, 1981.
4. BATESON, G. : *Codage et valeur.* In Psychologie Sociale, textes fondamentaux anglais et américains. A. Lévy, Ed., Ed. Dunod, Paris, 1965, pp. 186-192.
5. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit.* T. 1 - 2. Ed. Seuil, Paris, 1977-1980.

6. BENVENISTE, E. : *Problèmes de linguistique générale*. Tomes 1 et 2, Gallimard Paris, 1966-1974.
7. BOYER, P. : *Les troubles du langage en psychiatrie*. P.U.F. Paris 1981.
8. CHEVALIER, J.-Cl. et LARCHER, D. : La pragmatique d'un entretien avec une enfant psychotique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 29, No 4-5, 1981, pp. 231-245.
9. CONSOLI, S. : La mise en place des interlocuteurs dans le discours du schizophrène. *L'évolution Psychiatrique*, 45, No 2, 1980.
10. COSNIER, J. : Théories de la communication et psychiatrie. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, 37010 A 10, *Psychiatrie*, 2, 1981.
11. DUCROT, O. : *Dire et ne pas dire*. Ed. Hermann. Paris, 1972.
12. DUCROT, O. : Présupposés et sous-entendus, réexamen. In *Stratégies discursives*. Presses de l'Université de Lyon, 1978, pp. 33-43.
13. GRICE, H.P. : Logique et conversation. *Communications*, No 30, 1979 pp. 57-72.
14. HALEY, J. : La famille du schizophrène : un système mis en modèle. In changements systémiques en thérapie familiale. J.-C. Benoit Ed. ESF, Paris, pp. 15-42, 1980.
15. IRIGARAY, L. : Approche d'une grammaire d'énonciation de l'hystérique et de l'obsessionnel. *Langages*, No 5, pp. 99-109, 1967.
16. KERBRAT-ORECCHIONI, G. : *L'énonciation, de la subjectivité dans le langage*. Ed. Colin, Paris, 1980.
17. LARCHER, D. : Linguistique et psychopathologie : vers une approche pragmatique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 29, No 4-5, pp. 187-203, 1981.
18. LARCHER, D. ; CHEVALIER, J.-Cl. et LEBBE-BERRIER P. : Pragmatique et approche systémique d'une entrevue familiale thérapeutique (point de vue macro-analytique) — A paraître.
19. MENAHEM, R. : *Langage et folie*. Psychologie médicale, 1979.
20. SEARLE, J.-R. : *Les actes de langage*. Ed. Hermann, Paris, 1972.
21. SELVINI, M. : Contexte et métacontexte. *Thérapie Familiale*, Vol. 2, No 1, p. 19-27, 1981.
22. SELVINI, M. et FERRARESI, P. : L'obsédé et son conjoint. *Social Psychiatry*, No 7, pp. 90-97, 1972.
23. SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. et PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. Ed. ESF, Paris, 1978.
24. SELVINI, M. ; BOSCOLO, L. ; CECCHIN, G. et PRATA, G. : Hypothesizing, circularity, neutrality, Three Guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, Mars 1980.
25. SLUZKI, C.-E. et BEAVIN, J. : *Symétrie et complémentarité : une définition opérationnelle et une typologie des dyades*. In Sur l'interaction, P. Watzlawick, J.-H. Weakland, Ed. Seuil Paris, pp. 98-117, 1981.
26. SLUZKI, C.-E. et VERON, E. : *Le "double-lien" comme situation pathologique universelle*. In Changements systémiques en thérapie familiale. J.-C. Benoit Ed., Ed. ESF Paris, pp. 91-104, 1980.

27. WATZLAWICK, P. ; HELMINCK-BEAVIN, J. et JACKSON, D. : *Une logique de la communication*. Ed. Seuil, Paris, 1972.
28. WATZLAWICK, P. : *Le langage du changement*. Ed. Seuil, Paris, 1980.
29. WINKIN, Y. (Ed.) : *La nouvelle communication*. Ed. Seuil Paris, 1981.

Mots-clés
Théorie systémique
Linguistique
Thérapie familiale

Key Words
Linguistic
Systemic theory
Family therapy

* * *

INSTITUT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Enseignement pluridisciplinaire sur les différentes psychothérapies individuelles et de groupe. Séminaires théoriques et cliniques d'octobre à juin en groupes restreints.

Objectif : — compléter la formation psychothérapique personnelle (exigée parallèlement) des médecins, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (séminaires ouverts aux étudiants)

— apporter une connaissance générale de la psychothérapie aux professionnels des secteurs paramédical, social et pédagogique.

Agrément formation continue.

Renseignements-Candidatures :

à "L'ARBRE VERT",

12, rue St-Julien-le-Pauvre, 75005 PARIS.
Tél. 633-52-47

Exclusivement le LUNDI de 16 à 19 heures.
Du 6 septembre au 11 octobre.

LE PRONOSTIC FAMILIAL : ELEMENTS FOURNIS PAR L'ENTRETIEN PRELIMINAIRE EN PSYCHIATRIE D'ADULTES

D. ROUME et J. PENSO

L'objet de l'Etude : le Pronostic

Est-il possible, lors des premiers entretiens avec une famille, de discerner des éléments prédictifs d'une évolution favorable de la thérapie ? En d'autres termes, est-il pensable de vouloir établir un pronostic en T.F., et sur quels critères fiables pourrions-nous nous fonder pour cette évaluation ?

C'est à un tel problème que nous avons été très tôt confrontés lors de nos réunions d'équipe, où il est habituel de rendre compte du suivi des prises en charge, et après une inévitable période d'empirisme, nous avons été tentés d'en objectiver les données.

Cet article regroupe donc les principaux aspects de cette réflexion, et rapporte une étude du pronostic familial relative à trente cas familiaux.

Les entretiens préliminaires : une nécessité

Après quelques années de mise au point de notre technique, il nous apparaît nécessaire actuellement de consacrer une à trois séances, que nous appelons "entretiens préliminaires", à faire connaissance avec la famille et à réunir les informations destinées à l'établissement d'un génogramme. Ce n'est en effet qu'une fois déterminé ce génogramme qu'il nous est possible d'établir une ou plusieurs hypothèses de travail. Ces entretiens se situent donc avant toute tentative de mobilisation systémique.

Ces quelques séances préliminaires nous ont semblé constituer une réponse satisfaisante aux trois préoccupations essentielles qui sont les nôtres lors du début des interventions familiales proprement dites :

1°) Déterminer la technique d'intervention la plus adaptée (intervention ponctuelle de crise, Entretien Collectif, Thérapie Systémique "orthodoxe", travail sur le réseau).

2°) Evaluer la motivation familiale, dans le but d'éradiquer les "drop-out" en cours de thérapie, source de perte considérable de temps et d'énergie.

3°) Etablir enfin, un pronostic familial ce qui revient à poser le problème fondamental de l'indication thérapeutique des interventions familiales.

Nous avons ainsi été amenés peu à peu à codifier le déroulement de ces entretiens préliminaires, dans le but de rendre plus performant le recueil d'informations significatives.

Le contenu des entretiens préliminaires : les différents niveaux abordés

A) Brièvement, le début des entretiens est consacré à la recherche d'*informations concrètes* concernant les troubles récents du patient, l'existence d'un mécanisme déclenchant et d'antécédents similaires. Puis sont recueillies des informations concernant les différents membres de la famille (âge, études, métier, hobby, date de mariage, date de naissance des enfants, ascendants, collatéraux, relations proches, animaux domestiques, etc.). On étudie leur lieu d'habitation (adresse, disposition des pièces, occupation préférentielle de l'espace par les différents membres de la famille). On aborde l'organisation générale de la vie familiale (travaux ménagers, horaire de travail, problèmes scolaires, répartition des loisirs, gestion financière, options générales morales, politiques ou religieuses, appartenance associative, etc. . .).

B) Parallèlement sont observés les *modes de communication* utilisés par chacun des membres. Le plan verbal est évalué : Respect des lois logiques, type de vocabulaire, mode plutôt descriptif ou plutôt interprétatif, conventions apparentes de la conversation familiale, contenu informatif réel par rapport au temps de parole, redondances, réticences, langue étrangère utilisée éventuellement. Bien entendu, on connaît l'importance du plan non-verbal : corrélé ou non au précédent, signes variés mimiques ou posturaux, position des sièges choisis, mouvements réciproques, émotions exprimées. Les anomalies sont systématiquement notées, néologismes, coq-à-l'âne, confusions, négligence du tiers interlocuteur, paradoxes, doubles liens, etc. . .

C) Vient ensuite le recueil d'informations plus spécifiquement destinées à la *constitution du génogramme familial*. Celui-ci comporte bien évidemment la généalogie classique, mais également les liens relationnels supposés entre les différents membres du groupe familial. La pondération des relations intra-familiales est notée avec beaucoup de soin, bonne, mauvaise, indéfinie, indéfinissable ou au contraire hyper-définie. La séparation des générations est explorée : alliances verticales,

horizontales, obliques. L'aspect pathologique des relations est envisagé en termes de tendance à la fusion, à l'exclusion, à la rigidité, à l'hyperlaxité. On cherche à repérer également les "problèmes tenseurs", fréquents supports des hétérodéfinitions relationnelles, contraintes affectives, problèmes sociaux ou financiers, interventions de la Justice, alcoolisme, toxicomanie, handicaps divers . . .

D) L'établissement du génogramme nous permet dans le même temps d'explorer les *capacités métacommunicationnelles*, la possibilité pour un membre de la famille de décrire clairement son propre complexe relationnel et la perception conflictuelle qu'il peut avoir du fonctionnement global familial est ainsi évaluée pour chacun des protagonistes. Ce type d'information étant particulièrement délicat à obtenir directement, (l'investigation paraît alors vécue comme "artificielle" par la famille), il nous a semblé qu'elle devenait beaucoup plus "naturelle" à l'occasion d'évocations concernant la ou les générations antérieures, abandons, mauvais traitements, placements familiaux, maladies, instabilité géographique dans le passé familial, où l'expression émotionnelle est en général autorisée par les règles de communication familiale même dans les cas de familles extrêmement réticentes.

E) Nous complétons le bilan du fonctionnement familial par le recensement des *relations extra-familiales* (amis, voisins, commerçants, Services Publics, relations à l'étranger . . .) à titre global et individuel, et des *capacités familiales au changement induit par l'extérieur* (suivre la mode, les campagnes de presse, les mobilisations syndicales ou politiques, les actions collectives ou sociales).

F) A travers les différents niveaux abordés prennent naissance diverses *hypothèses concernant les rôles* supposés de chaque membre de la famille. Ces hypothèses doivent être cohérentes avec les informations concrètes recueillies, avec les modes de communication utilisés, avec les éléments relationnels du génogramme, avec les capacités métacommunicationnelles observées. Le tableau des différents rôles familiaux supposés permet de jeter les bases d'une *description fonctionnelle* du système.

Description de l'étude : contexte et technique

Nous avons pu suivre en Institution trente familles en état de crise interne, dans différents services d'adultes. Nous avons pratiqué dans chaque cas de un à trois entretiens préliminaires selon le protocole que nous venons de décrire, avec un recueil d'informations aussi complet que possible. Nous avons évalué un an après la fin de la prise en charge

l'évolution globale de la famille et celle du patient désigné. En fonction de ces résultats nous avons recherché, parmi les éléments explorés durant les entretiens préliminaires, si certains d'entre eux se retrouvaient de façon significative dans l'un ou l'autre groupe de résultats (test de Student). Cette démarche revient en pratique à isoler des éléments prédictifs de succès ou d'échec.

Sur le plan technique, les entretiens préliminaires se sont toujours déroulés en présence du patient désigné. C'est toujours une décompensation clinique grave qui a justifié son hospitalisation. La demande pour une intervention familiale n'a jamais été clairement formulée au préalable.

Deux co-thérapeutes, Internes des Services, reçoivent le patient et sa famille nucléaire durant l'hospitalisation, dès que les conditions cliniques le permettent, en pratique dès que les visites sont autorisées. Ils ne sont pas directement responsables du traitement chimiothérapique du patient.

A ce groupe peut se joindre un "invité" supplémentaire, psychologue, infirmier(e), assistante sociale, stagiaire en formation ou un proche de la famille. Le type de technique le plus fréquemment utilisé est celui des Entretiens Collectifs, longuement décrits par ailleurs (1, 2, 3, 4) qui s'est révélé à l'usage le mieux adapté au contexte institutionnel. Les co-thérapeutes, entraînés à ce genre d'entretiens, constituent une équipe stable depuis plusieurs années.

Ajoutons qu'il n'est utilisé ni magnétoscope, ni vitre unidirectionnelle, chaque thérapeute notant indépendamment les transactions observées pendant les quarante minutes de l'entretien, pour confrontation ultérieure. Ces séances sont seulement clôturées par la proposition d'un nouveau rendez-vous dans un cadre identique. L'observance exacte de ce nouveau rendez-vous indique pour nous l'existence d'une demande. De même la poursuite des entretiens après la sortie du patient de l'hôpital, celui-ci étant suivi médicalement en dispensaire, est également à considérer dans ce sens.

Population étudiée

1) *Pathologie du patient désigné*

– Processus schizophrénique :	10 cas
– Toxicomanie :	6 cas
– Alcoolisme :	3 cas
– Bouffée aiguë dissociative :	3 cas
– Problème conjugal :	3 cas

– Psychopathie :	2 cas
– Anorexie mentale :	2 cas
– Psychose maniaco-dépressive :	1 cas
2) <i>Poursuite de la prise en charge</i>	
– Acceptée :	21 cas
– Drop-out du fait du patient désigné :	3 cas
– Drop-out du fait de la famille :	3 cas
– Drop-out du fait de l'éloignement :	2 cas
– Drop-out pour problème institutionnel :	1 cas
3) <i>Type d'intervention familiale utilisé</i>	
– Entretiens Collectifs :	11 cas
– Thérapie systémique "orthodoxe" :	6 cas
– Intervention en crise :	2 cas
– Travail sur le réseau :	2 cas
4) <i>Evolution des thérapies terminées</i>	
– Bonne : séparation des générations, pas de rechute à un an :	8 cas
– Moyenne : génogramme relationnel inchangé, pas de rechute à un an :	6 cas
– Mauvaise : rechute dans l'année :	5 cas
– Inévaluable : informations insuffisantes ou contradictoires :	2 cas

Résultats

Cette étude correspond au dépouillement partiel d'un travail plus vaste portant sur une cinquantaine de famille. Nous avons toutefois obtenu dès ce stade deux sortes d'informations statistiquement significatives qu'il nous a semblé intéressant de signaler :

1°) En ce qui concerne la *typologie familiale* : il existe une corrélation positive entre une symptomatologie très lourde (processus schizophrénique grave) et les caractéristiques familiales suivantes :

- Anomalies majeures de la communication
- Métacommunication impossible
- Problématique transgénérationnelle très prégnante
- Mécanismes morphostatiques plus puissants et plus marqués.

2°) En ce qui concerne l'établissement d'un *pronostic familial*, deux éléments se sont révélés statistiquement prédictifs d'une évolution favorable (pas de rechute à un an) :

- Les relations *individuelles* positives avec l'extérieur (amis, copains de classe, camarades de travail, commerçants du quartier)
- Les capacités *familiales* positives à suivre la mode, l'actualité politique, les campagnes de presse . . .

Discussion

Cet échantillon de trente familles comporte malheureusement trop peu d'éléments par classe pour permettre l'analyse de nos résultats en fonction des différents diagnostics des patients désignés. Il ne nous permet pas encore de vérifier le bien-fondé d'un type de prise en charge vis-à-vis du résultat thérapeutique, pour la même raison.

Toutefois, nos résultats semblent apporter des éléments en faveur de l'importance de l'*analyse transgénérationnelle* des mécanismes familiaux*, et de la nécessité d'une étude approfondie des *troubles de la communication* au cours des entretiens préliminaires, dans une perspective évolutive. Nous pensons, en effet, qu'un des modes d'action éventuel de nos interventions passerait par la mobilisation des lois communicationnelles, et non par modification directe des positions relationnelles.

L'exploration des deux critères d'ouverture relationnelle individuelle sur l'extérieur, et de capacité à assimiler les nouvelles règles de comportement venant de l'extérieur, nous apparaît également très performante pour l'évaluation globale du pronostic thérapeutique. Ces résultats très partiels, seraient à rapprocher de communications récentes de Mesdames M. Selvini et G. Pratta (5) selon lesquelles la capacité, pour les membres d'une famille, à intégrer rapidement à leurs propres lois conversationnelles celles qui sont implicitement imposées par la thérapeute au cours des premières séances, serait hautement prédictive de l'efficacité de la thérapie à plus long terme.

L'extension de ce protocole à un nombre plus important de familles nous permettra éventuellement de préciser des critères objectifs

* A rapprocher des idées de Bowen sur la genèse de la schizophrénie (6).

d'indications thérapeutiques des différentes techniques familiales, qui ne sont actuellement posées que de façon intuitive.

Conclusion

Nous voudrions rapporter ici en forme de conclusion un court extrait d'échanges avec une mère, en présence de son fils hébéphrène. Il nous semble parfaitement illustrer la possibilité et la nécessité d'explorer simultanément les domaines informationnels, communicationnels et relationnels au cours d'un entretien. Cette séquence montre les éléments d'une désorganisation majeure du tissu interactionnel de base et la puissance des mécanismes morphostatiques, tendant ici à l'exclusion du patient.

Th. 1 : Votre fils va mieux, Madame, acceptez-vous qu'il vienne en permission ?

Mère : Oh non, c'est pas possible . . . (sourire) la dernière fois, j'ai failli vous appeler, il voulait battre mon mari en arrivant . . .

Th. 2 : C'était à quelle occasion ? . . .

Mère : La dernière fois ! Heureusement mon mari était couché. Il était huit heures, le soir quoi. Il disait qu'il voulait pas lui dire bonjour. Moi je savais qu'il allait venir, alors j'avais fait coucher mon mari.

Th. 1 : Vous attendiez votre fils qui venait en permission ?

Mère : Oui, je savais qu'il devait venir. Alors j'ai fait dîner plus tôt, pour qu'il n'y ait pas d'histoire (sourire), j'avais rien dit . . .

Th. 1 : Mais votre mari s'entend si mal avec votre fils ?

Mère : Non, non, je vous ai dit, il n'y a aucun problème.

Th. 1 : Je vous repose alors la question, qu'est-ce qui vous empêche de le recevoir chez vous ?

Mère : Non, là vraiment, il nous en a fait trop voir, les crises, les copains, l'alcool, tout quoi . . .

Th. 2 : Mais il était malade, Madame . . .

Mère : Oui, malade, il le disait oui . . .

Th. 2 : Alors, le recevoir chez vous, c'est fini ?

Mère : Oui, je l'aime beaucoup, vous savez, c'est quand même mon fils, alors il faut qu'il fasse sa vie, en homme . . .

Th. 1 : Vous nous dites que vous ne voulez plus le voir chez vous ?

Mère : Si ! c'est ça ! Pas comme avant, où on savait pas où il était . . .

Th. 1 et Th. 2 : ? ? ?

Mère : Il faut qu'il travaille, rembourse ses dettes . . .

Th. 1 : Mais si on vous disait qu'il a besoin pour un temps de votre soutien, d'un certain réconfort, vous le refuseriez ?

Mère : Oui, voilà . . .

Th. 2 : Et si avant de se trouver un foyer, il n'a pas d'autre solution que de venir coucher chez vous, vous le refuseriez ?

Mère : Ah oui, (sourire), mais je vais pas lui interdire ma porte, hein ? Il peut quand même venir chercher ses affaires à la maison, on le met pas dehors, c'est pour tous nos enfants pareil.

Th. 1 : Nous savons que votre belle-mère a une ferme dans les Vosges. Pensez-vous qu'elle puisse l'employer ?

Mère : Non, non, elle est trop âgée, et seule, et très malade. Non, il ne faut pas qu'il aille là-bas.

Th. 2 : Et dans votre famille à vous, il y a aussi une propriété. Il nous a parlé d'un travail agricole possible là-bas, qu'en pensez-vous ?

Mère : Oh non, j'ai téléphoné, pensez-vous, ils n'ont rien pour lui. Qu'il ne perde pas son temps. Non, un foyer et un travail, *comme vous dites*, c'est le mieux pour lui. Nous on l'aime bien, mais il y a les autres . . . il ne peut pas rester comme ça . . .

D. Roume, J. Penso
C.H.S. de Villejuif, Centre de Formation
54, avenue de la République
F - 94806 Villejuif Cedex

RESUME

Les auteurs ont étudié les possibilités d'organisation de situations thérapeutiques impliquant la famille en psychiatrie d'adultes. Ceci leur permet de décrire les éléments pronostics de la prise en charge et leur recherche attentive au cours des premiers entretiens. Dans ces familles où la communication est très souvent gravement perturbée, ils notent

deux faits habituellement favorables : 1) des relations individuelles positives avec le milieu extérieur, 2) des capacités familiales à suivre la mode, l'actualité et à participer à la vie sociale. Les éléments de l'analyse transgénérationnelle se révèlent aussi très significatifs sur le plan de ce pronostic.

SUMMARY

Authors study how the therapeutic field may be structured in family therapy with psychiatric adult patients. They show pronostic elements, in the therapeutic purpose, as it appears in the first meetings. In those families, that demonstrate bad forms of communication, two positive facts may be : 1) positive individual relationships in social field, 2) family abilities to follow modes, actuality and social life. Trans-generational facts seem to be of major value for pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. DAIGREMONT, A., GUITTON, C., RABEAU, B. : *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*. ESF, Paris, 1979.
2. BENOIT, J.C., POROT, D., GUITTON, C., RABEAU, B. et DAIGREMONT, A. : La méthode des entretiens familiaux en présence du malade, dans les schizophrénies récentes. *Ann. Méd. Psychol.* 136, 1, 132-141, 1978.
3. BENOIT J.C. : Entretiens collectifs familiaux en psychiatrie d'adultes. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 37.819 D.10, 1980.
4. BENOIT, J.C. : *Les doubles liens, paradoxes familiaux des schizophrènes*. P.U.F. Edit. Paris, 1981.
5. SELVINI, M. : Communication au congrès de Zurich, 1981.
PRATA, G. : Séminaire de Boulogne, octobre 1981.
6. BOWEN, M. : *Family Therapy in Clinical Practice*. Aronson, New York, 1978.

Mots clés
Pronostic
Premier entretien
Thérapie familiale

Key words
Pronostic
First discussion
Family therapy

GENITIF

Journal pluridisciplinaire de psychologie

GENITIF s'interroge sur la naissance des enfants, des relations, des idées... Aux carrefours de la psychanalyse, de la pédagogie, de la médecine, de la sociologie, une réflexion à plusieurs voix sur l'ontologie et l'épistémologie appliquées. Chaque numéro de la revue est consacré à un thème. Les dix parutions de 1982 abordent les sujets suivants :

- N° 1 : **Hommage à Bateson**
PARADOXES ET PSYCHANALYSE
P.C. Racamier, D. Anzieu, P. Watzlawick,
A. Ruffiot
- N° 2 : **Hommage à Bateson**
L'INTERACTION EN MEDECINE
G. Errieau, M. Lequesne, O. Rosowski, G. Maruani
- N° 3 : **Hommage à Bateson**
LE SYSTEME FAMILIAL
J. Miermont, P. Angel, S. Angel-Sternschuss,
G. Maruani
- N° 4 : **Hommage à Bateson**
EPISTEMOLOGIE ET ECOLOGIE
E. Morin, J. Baillet, P. Watzlawick
- N° 5 : **PSYCHOPHARMACOLOGIE DE LA VIE**
QUOTIDIENNE
P. Sivadon, M. Harmon, J. Mouret, G. Chassoux,
J. Dugarin, G. Errieau
- N° 6 : **LE COMPORTEMENT PARENTAL**
J.L. Flandrin, Ph. Wallon, J.P. Klein, C. Aubert,
O. Masson
- N° 7 : **LA SEXUALITE DES HANDICAPES A DEFICIT**
8 & 9 MENTAL
Institut des Sciences de la Famille, Lyon
- N° 10 : **LE CONTINENT NOIR DE LA GYNECOLOGIE**
SOCIALE
sous la direction de D. Duprez, ARPPF, Marseille

Les abonnements commencent avec le numéro 1 de l'année, quelle que soit la date de souscription.

Rédaction :
(Directeur : Dr Guy MARUANI)
Centre MEDICO-SOCIAL
24, rue Emile-Roux
94120 FONTENAY-SOUS-BOIS
Tél. (1) 875.43.11

à retourner à votre libraire habituel ou, à défaut, à la LIBRAIRIE LUGINBUHL,
Service GENITIF, 36, boulevard de Latour-Maubourg, 75007 Paris (Tél. (1) 551.42.58)

Nom Profession

Adresse

Code Postal

- s'abonne à GENITIF pour 1982

France	Etranger
individuel 250 F	320 F.F.
Bibliothèque/Institution 300 F	400 F.F.
Etudiant (sur justification) 200 F	200 F.F.
- commande la collection 1979 : 180 F - 1980 : 250 F - 1981 : 250 F

- commande exemplaires de :

<input type="checkbox"/> Hommage à Bateson	France 200 F	Etranger 250 F.F.
<input type="checkbox"/> Familles et acculturation	80 F	100 F.F.
<input type="checkbox"/> Passions de familles	80 F	100 F.F.
<input type="checkbox"/> Marugo	40 F	50 F.F.
<input type="checkbox"/> Le médecin, le psychiatre et leur malade	50 F	60 F.F.

- règlement joint (chèque bancaire ou postal) à l'ordre de LIBRAIRIE LUGINBUHL
- souhaite recevoir une facture en exemplaire (s) Cocher les cases de votre choix

BULLETIN DE COMMANDE

DIEU LE PERE

J.C. BENOIT

Cette apparition de Dieu le Père s'est réalisée lors d'une séance de l'Atelier de Giuliana Prata, au Centro del Studio della Famiglia de Milan, le 17 janvier 1981 . . .

Cet atelier réunit des thérapeutes familiaux intéressés par une orientation systémique et souvent concernés dans leur pratique par les relations intra-institutionnelles au niveau des équipes soignantes. On sait que des pouvoirs, extérieurs à la situation thérapeutique elle-même, jouent un très grand rôle dans la conduite et le résultat des interventions familiales. Les liens hiérarchiques et les interférences idéologiques influencent la conduite des soins. Des familles utilisent souvent des appuis extérieurs pour éviter tout risque de changement. Des malades acceptent des alliances multiples et contradictoires. Des collègues souhaitent nous apprendre à mieux soigner nos malades. Des administratifs rappellent les équipes au bon sens. Etc., etc. . .

La question peut finalement se préciser ainsi : *comment un chef de service peut-il aider une équipe systémique ?* Ceci est brièvement évoqué ci-après.

Une participante, psychologue dans une institution suisse, présente le cas difficile d'une jeune patiente dont la famille a déjà "vaincu" plusieurs thérapeutes. Malgré une convocation générale de la famille, une partie seulement des membres se présente.

— *G. Prata*. Comment le premier contact s'est-il réalisé ?

— *Z. (La psychologue)*. J'ai téléphoné à la mère. *C'est le Chef de service qui distribue les cas et qui nous l'a attribuée*. La mère avait demandé à voir quelqu'un.

— *G. Prata*. Il vaudrait mieux demander à la secrétaire de dire à la famille de vous appeler. Cela vous permet d'étudier la demande et de refuser de faire la séance si quelqu'un d'important ne vient pas. Vous avez toujours les mêmes problèmes dans vos services médicaux. Ici, par contre, je peux engager une négociation jusqu'à ce que les gens convoqués viennent tous.

— *Y. (Psychiatre, chef de service, français)*. Pour ma part, il est important de définir le contexte thérapeutique. Il faut que chacun se

définisse en fonction du pouvoir qu'il a dans l'institution. Peut-être pourrait-on montrer une certaine indifférence dans le cas évoqué : "Vous savez cela n'a pas grande importance. Venez quand vous serez prêts". Dans les services publics, nos devoirs nous placent en position d'infériorité au départ.

— X. (*Autre psychiatre, chef de service, français*). La solution pourrait être au niveau de la secrétaire, à qui il serait demandé de remplir une fiche d'observations. Dans mon service, pour les interventions familiales, nous attendons la demande claire du médecin traitant responsable du cas dans l'institution.

— W. (*Psychiatre, assistant dans un hôpital suisse*). Dans mon hôpital, tout est centré au niveau du patient désigné. On ne nous reproche pas de ne pas voir une famille mais on nous oblige presque à accepter les manipulations de celle-ci. Elle peut se plaindre.

— G. Prata. Si la famille veut se plaindre, est-ce directement au *Chef de Service* qu'elle téléphone ?

— Y. La loi, c'est que l'hôpital reçoit le patient qui se présente ou qui est amené. Lorsqu'il est admis, nous avons la responsabilité totale du cas. Il est même paru récemment une circulaire ministérielle sur les urgences en psychiatrie. Le psychiatre doit répondre au sentiment d'urgence qu'éprouvent les familles !

— G. Prata. Il vous faut donc inventer un sentimomètre ! Mais la question est : à qui la famille présente-t-elle sa plainte ?

— Y. Parfois au directeur.

— G. Prata. Pour vous, il n'y a sans doute pas de problème, mais s'il s'agit d'un assistant ? Le directeur vous téléphone : "Votre Assistant ! Et patati, et patata . . ." Que faites-vous alors ?

— X. Je raccroche.

— Y. Nous avons organisé une permanence téléphonique un après-midi. Dans les cas difficiles, la secrétaire renvoie à cette permanence.

— G. Prata. Que pensez-vous de la réponse : "Je raccroche" ?

— Y. Une autre technique consiste à jouer dans le sens du système familial en disqualifiant un peu la personne attaquée. Puis on refait la même chose en renforçant ainsi sur le plan analogique.

— Z. En pratique, cela peut compliquer la thérapie. Il faudrait éviter une disqualification même mineure, c'est le rôle du chef de service ou de je ne sais comment on peut l'appeler . . .

— G. Prata. Dieu le Père ! C'est son nom. Tu es Dieu le Père, que fais-tu ?

— Z. Je dirais : "Je vais parler au thérapeute". Je n'en dirais pas plus à la famille. Raccrocher, c'est aussi une disqualification. Il faudrait écouter et mettre au point une stratégie. Je leur dirais de toute façon : "Les personnes avec qui je travaille ont toute ma confiance". Je montrerais à la famille que j'écoute ce qu'elle dit, mais que c'est à eux à en reparler à la prochaine séance.

— G. Prata. Je rappelle que ma question est : "Si vous êtes Dieu le Père et si Monsieur ou Madame vous téléphone, qu'est-ce que vous faites ?"

— Z. Tout dépend de la position de Dieu le Père, vis-à-vis des familles, dans le service.

— G. Prata. Vous, vous êtes maintenant Dieu le Père, un Dieu le Père idéal qui ne connaît peut-être pas la famille et qui peut-être ne s'intéresse pas aux thérapies familiales. Vous essayez de faire quelque chose qui soit utile.

— Y. Si Dieu le Père idéal s'intéressait aux thérapies familiales, le problème serait résolu. Il pourrait moduler son pouvoir ou ne pas répondre.

— G. Prata. On peut répondre. Dieu le Père idéal, même s'il ne connaît absolument rien de la famille et ne sait pas ce que fait son Assistant, il veut d'une part être correct et d'autre part faire une chose qui soit positive. Si j'étais Dieu le Père idéal, je profiterais de ce coup de téléphone pour faire parler la famille, c'est-à-dire pour récolter un maximum d'informations. Je resterais une heure au téléphone : "Alors la séance s'est passée comme ça ? C'est cela que le thérapeute vous a dit. Je pense que c'était la seule chose à faire !". Non seulement, vous appuyez votre Assistant, ce que Dieu le Père idéal doit faire, mais apparemment vous vous mettez également du côté de la famille. Vous récoltez des informations. On croit être très méchant en raccrochant, mais je suis bien plus méchante encore.

— X. Mais vous êtes un père idéal !

– *G. Prata.* Certes. Je concluerais en disant : “C’est très bien, j’ai noté tout ce que vous m’avez dit, Monsieur, Madame, et je vais transmettre mes notes au thérapeute. Voulez-vous reprendre contact dans quelques jours avec lui ? ” Dieu le Père idéal sait aussi comprendre au niveau du contenu et pas seulement au niveau de la hiérarchie.

– *Z.* Parfois tout se répète la semaine suivante.

– *G. Prata.* Certes, ce sont des familles difficiles, avec des anorexiques, des schizophrènes, mais ils sentent que tout sera retransmis et qu’il n’est pas possible de scinder les thérapeutes. C’est tellement peu amusant, ils laisseront tomber pour l’instant.

– *W.* Certaines personnes vont au-delà de l’institution. Ils montent au Département de la Santé Publique et vont se plaindre au Conseiller d’Etat.

– *Y.* Ce genre de démarches peut obliger le psychiatre à se définir clairement comme thérapeute et l’équipe à assumer des positions très claires. On peut obliger le directeur de l’hôpital à exprimer ses arrières pensées et à prendre ses responsabilités.

– *G. Prata.* C’est tout le problème de la vitesse avec laquelle les choses marchent en France et en Suisse. Ici, dans ce genre d’interventions, on a bien le temps de terminer la thérapie.

– *W.* Deux fois, je me suis trouvé dans ce type de difficultés, les Autorités se sont arrangées pour imposer une thérapie individuelle.

– *G. Prata.* Quel est votre contexte ? Qui est au-dessus de vous ?

– *W.* D’abord un Médecin-Chef, puis au-dessus le Directeur des Institutions psychiatriques régionales, puis au-dessus le Conseiller d’Etat.

– *G. Prata.* On se sent plutôt écrasé. Est-il possible de s’entendre avec le supérieur direct ?

– *W.* Il peut être lui-même court-circuité. Même si le supérieur est correct, il peut être en difficulté avec l’équipe de thérapie familiale.

– *G. Prata.* Il faut tout faire pour que la hiérarchie puisse aider et qu’au niveau de l’équipe cela soit clair. L’essentiel est d’éviter les échanges sur la hiérarchie et de les placer sur le contenu. Par exemple, je peux dire à Mara Selvini : “Avec cette famille, tu as utilisé un ton trop sarcastique”. Nous nous demandons ensemble, simplement, quel est le ton le plus utile en ce moment avec cette famille, un ton sarcastique, compréhensif ou encore culpabilisant. C’est une discussion à propos du

contenu. Si c'est vous qui répondez au téléphone, telle est notre question, que vous faut-il faire pour que la famille ne puisse pas scinder Dieu le Père et le thérapeute ou l'équipe et le thérapeute ?

— X. L'idée que Dieu le Père inscrit tout me paraît intéressante. Le fait que l'on dit aux gens que l'on prend des notes manifeste l'unité de la structure thérapeutique.

— G. Prata. Vous remplissez le rôle de Dieu le Père en écoutant mais aussi votre travail de co-équipier en notant. Il ne faut pas disqualifier le thérapeute, pas disqualifier la famille, pas disqualifier la thérapie. Et pour terminer, vous utilisez une formule très forte : "Il n'y avait rien d'autre à faire, mais je parlerais au thérapeute, rappelez-nous dans une semaine".

— X. Parfois cela se pose avec des confrères ou des collègues qui téléphonent parce qu'ils ont été contactés par la famille. Il peut être très intéressant de noter leurs relations dans le contexte.

— Y. "Mon cher Collègue, quelle chance que vous me téléphoniez . . ."

— G. Prata. Bien sûr, vous le considérez comme un membre de la famille. C'est le référant suspect même si ce n'est pas lui qui vous a envoyé le malade et s'il sort de la boîte à ce moment-là, c'est un personnage important qui manœuvre dans la coulisse. *Pourquoi n'écrivez-vous pas un article sur la question de ces relations institutionnelles ?*

J.C. Benoit

Centre Hospitalier Spécialisé
54, avenue de la République
F - 94800 Villejuif

Mots clés
Hiérarchie
Institution
Thérapie familiale

Key words
Hierarchy
Institution
Family therapy

RESUME

Les relations hiérarchiques dans une institution psychiatrique interfèrent avec les interventions familiales décidées par les équipes soignantes. Le chef de service peut jouer un rôle positif dans la conduite de ces soins, de différentes façons.

SUMMARY

Hierarchy relationships in psychiatric wards are tangled with family treatments conducted by teams. The medical chief may have positive actions in that family interventions and that by various ways.

DOCUMENT CLINIQUE

L'ESPACE ET L'AGIR D'UN SCHIZOPHRENE ET DE SA FAMILLE OU L'HISTOIRE D'UNE PRISE EN CHARGE FAMILIALE A DOMICILE

M. SOEUR et R. EVRARD

I. Biographie de Gilbert et histoire de sa maladie

Les parents de Gilbert sont cultivateurs. En outre, la mère tient dans la maison familiale, l'épicerie-bar-dépôt de gaz-jeu de boules du village. Gilbert a deux sœurs, respectivement âgées de six et quatre ans de plus que lui.

Quand celles-ci se marient et s'établissent loin du domicile parental, Gilbert entreprend des études de comptabilité, sous la pression de la mère, et va travailler à Paris. C'est là qu'apparaissent les premiers troubles en 1973. Gilbert a alors 25 ans. Il quitte son emploi, revient chez ses parents et verra un psychiatre pendant trois ans, qui finit par l'hospitaliser en novembre 1976.

Les troubles de Gilbert atteignent deux sphères : l'espace et l'agir.

- L'espace : il perd ses limites corporelles, son corps se dilue et flotte autour de lui. Il ne quitte plus son lit.
- L'agir : il ne fait plus rien. Il demeure couché toute la journée.

Il nous semble que cet apragmatisme soit commandé par un automatisme mental à tonalité inquisitrice et culpabilisante : "N'y vas pas" . . . "Que vas-tu y faire" . . .

On pose alors le diagnostic de schizophrénie et un traitement neuroleptique est instauré. Trois semaines après son admission, Gilbert exige sa sortie. Le tableau est inchangé.

Pendant quatre mois, Gilbert "vivotte" chez ses parents, de façon obsessionnalisée, et traverse des périodes de retrait autistique où il refuse de quitter son lit. L'inquiétude des parents nous amène à une seconde hospitalisation en mars 1977.

Gilbert verbalise "sa peur de s'engager" alors qu'il était quasi mutique lors de son précédent séjour. Il pense que ses parents sont

responsables de sa maladie, car ils lui répètent sans cesse "Ne fais pas ça" . . . "Que vas-tu faire" . . . — ce qui nous rappelle étrangement le contenu de son automatisme mental qui semble, à ce moment, avoir disparu. Il fugue de l'hôpital deux jours plus tard pour retourner chez ses parents.

Il revient huit jours plus tard, accompagné d'un infirmier qui était allé à domicile, à la demande des parents. Il fugue de nouveau au bout de trois semaines sans que rien ne soit modifié. Il ne répond pas à nos convocations l'invitant à nous donner de ses nouvelles. Nous envisageons alors des visites à domicile, mais aucune n'est couronnée de succès. Le tableau est identique à chaque visite : le père est aux champs, la mère à l'épicerie, Gilbert dans sa chambre qu'il ne quitte plus désormais : sa mère lui apporte, sur le palier, nourriture et vase de nuit. C'est dans ce contexte que nous intervenons en mai 1978.

II. Notre première visite à domicile

Nous sommes frappés d'emblée par le fait que, pour accéder à Gilbert, le passage par la mère soit obligatoire. Il nous faut traverser son espace (épicerie, bar, cuisine), dans son sillage. D'une voix tonitruante, accompagnée de grands gestes, elle filtre les informations concernant son fils et sa famille.

A l'image de l'espace que nous traversons, nous nous sentons envahis et nous nous surprenons à envier Gilbert exilé dans sa chambre, le père aux champs, et les sœurs à des centaines de kilomètres !

Elle nous dépeint Gilbert en ces termes : "*Il ne fait rien, avec tout le boulot ici, il s'enferme dans sa chambre . . . je ne peux supporter ça, j'ai besoin d'être constamment en activité, je dois être à la fois à l'épicerie, au bar, au jardin !*"

Pathologie de l'espace, pathologie de l'agir . . . Mais aussi mère et fils sont aux antipodes de l'espace, aux antipodes de l'agir, même au niveau corporel : elle est forte et gesticule, il est longiligne et immobile. L'opposition les sépare et les relie, intimement.

Gilbert, informé par la mère de notre visite, est réticent. *Il redoute ce qu'on vient faire ici.* Notre réponse : "*On ne vient pas faire quoi que ce soit, on vient parler avec toi et ta famille. On est venu chez toi car ta souffrance n'est pas à l'hôpital, mais ici.*"

Gilbert descend de sa chambre ; c'est la première fois depuis des semaines. Nous nous installons à la cuisine : M.S. et R.E. sont assis de chaque côté de la table. La mère retourne à l'épicerie mais, entre deux clients, revient mesurer l'étendue du miracle . . . ou du désastre : son

fils parle . . . pendant plus de deux heures, debout dans l'encadrement de la porte, prêt à fuir et désireux d'entrer . . . en communication avec nous.

Ce qu'il dit ? Il n'a pas droit à la parole dans cette famille où l'on travaille trop, où l'on est toujours en action, où l'on ne prend jamais le temps de se parler. Il n'a pas de place dans cette maison qui appartient autant aux clients de l'épicerie, du bar, du jeu de boules, qu'à la famille.

Souffrance de l'espace, souffrance de l'agir / non-dire.

Nous proposons à Gilbert de revenir chez lui pour parler avec toute la famille. Nous lui expliquons que nous pensons, en effet, que les irrptions fréquentes de sa mère dans la cuisine montrent qu'elle est intéressée par ce qui se passe en lui et autour de lui, dans la famille, et que l'absence constante de son père est peut-être une volonté de s'exiler dans les champs comme lui s'exilait dans sa chambre. Gilbert nous invite à revenir un mois plus tard, ce que nous acceptons malgré l'inquiétude de la mère qui a peur qu'on ait "débloqué" son fils, qu'il soit "agressif" avec elle, et qui souhaiterait nous revoir rapidement. Nous lui assurons que tout ira bien et lui laissons la possibilité de nous téléphoner en cas de difficultés — ce qu'elle ne fera pas.

III. Modification des patterns interactionnels de la famille — Médiation par l'utilisation de l'espace et de l'action

A : Première période : Mai 1978 — Octobre 1978 : visites mensuelles

L'espace des entretiens est celui de la mère : la cuisine. Nos entretiens se déroulent dans "quelque chose de la mère" et l'oralité de la mère et du fils s'exprime dans l'espace et l'agir. La mère se tient près des marmites qui mijotent sur le poêle, les surveillant attentivement, donnant ainsi l'impression de faire de la bonne cuisine. Gilbert, à l'opposé de la pièce, accoudé au placard, boit et grignote, critiquant la nourriture de la mère, "peu élaborée, toujours la même". Il est persuadé, pour sa part, que M.S. doit faire de la bonne cuisine et il souhaiterait qu'elle puisse s'occuper des casseroles à la place de sa mère, mais aussi qu'un jour R.E. et M.S. restent à déjeuner pour que la mère fasse un bon repas, "pour une fois". Les jeux identificatoires et projectifs mère/M.S. autour de la confection du repas, et notre situation dans l'espace (R.E. près de la cuisinière et de la mère, M.S. du côté du placard et de Gilbert) vont induire la dynamique des entretiens de cette période.

La mère entre et sort constamment — épicerie oblige ! — Elle ne s'adresse qu'à R.E., le situant "de son côté", recherchant sa compassion au sujet de "la misère qui lui arrive". Elle ignore totalement Gilbert et M.S.

R.E. reconnaît la souffrance de la mère et intègre Gilbert et M.S. en répétant qu'on est là tous ensemble pour l'aider. Il demande également des nouvelles du père pour relever son absence, mais aussi pour reconnaître son existence "quelque part ailleurs, mais quand même ici".

Gilbert vit les incursions de sa mère dans la cuisine comme une inquisition. Mutique en sa présence, il l'agresse violemment en son absence. Par contre, il agresse sans cesse M.S. ouvertement, et R.E. en miroir, renforce son attitude de façon déculpabilisante, souvent ludique. Il s'affirme peu à peu face à M.S. image maternelle qui, en retour, offre un modèle de comportement autre que celui habituel de la mère. Gilbert dira un jour : "Vous devriez venir prendre la place de ma mère . . . c'est des bêtises mais les psychologues, ça doit comprendre ça et les profondeurs de l'Inconscient".

M.S. accepte d'être ignorée par la mère et agressée par Gilbert et R.E. Peu à peu, elle intégrera la mère sous la forme "nous les femmes", reprenant le mode de fonctionnement de Gilbert et de sa mère qui commencent souvent leurs phrases par : "nous les . . .", et offrant ainsi à la mère une alliance autre que celle la liant à R.E. qui l'agressait en compagnie de Gilbert en agressant M.S./mère ! Mais à aucun moment cependant, l'alliance première créée par la mère avec R.E. ne fut détruite ou interdite : nous lui avons simplement offert un autre modèle d'alliance avec M.S., et par là, de nouvelles possibilités de projections et d'identifications. C'est à ce moment qu'elle pourra nous parler de sa propre enfance, de la rigidité de sa mère, de la faiblesse de son père. M.S. et R.E. deviennent, alors, tant pour la mère que pour le fils, des modèles d'identification et des images parentales.

Pendant toute cette période, Gilbert restaure son Moi détruit, par le droit à l'existence qui lui est donné, ainsi que par l'expérience de l'agressivité d'autrui et de soi-même, mais d'une agressivité non dévastatrice. Parallèlement, il retapise sa chambre. Les parents (nous rapporte la mère — nous ne voyons toujours pas le père —) le trouvent mieux. Il ne vit plus dans sa chambre. Il bricole dans la maison, multipliant les menus travaux de réparation : il agit la réparation de son Moi détruit.

B : Deuxième période : Octobre 1978 – Octobre 1979 : visites bi-mensuelles

L'espace des entretiens se diversifie : nous sommes reçus parfois dans l'espace maternel (épicerie, bar, cuisine), parfois dans l'espace

paternel (cave, remise), parfois dans l'espace social (jeu de boules, prés, jardins). Se diversifient également les difficultés abordées lors de nos visites.

L'espace maternel est de moins en moins fréquenté et la mère accepte qu'il se passe quelque chose hors d'elle et de son contrôle : elle reste dans sa cuisine ou à l'épicerie pendant que Gilbert se donne le droit d'exister indépendamment d'elle . . . et de M.S./mère. Un jour Gilbert nous demande de l'aider aux champs : R.E. se voit attribuer des outils, et M.S. se voit installer en retrait du champ, sur le chemin, puis proposer d'aller rejoindre la mère ! Une autre fois, Gilbert entraîne d'office R.E. avec lui pour repeindre la porte de la cave et lui offre de la bière ; il confie à M.S. un rôle passif : s'asseoir dans un coin, avec de la limonade "bien suffisante pour une femme". M.S. accepte et encourage cette suprématie des hommes, observée de la fenêtre par la mère qui confiera plus tard : "Je me suis dit, ne fais rien, ne bouge pas, comme la demoiselle mais quand même, accepter une telle attitude malpolie, rien faire, rien dire, mais puisque ça semble être nécessaire !".

Pendant cette période, Gilbert essaiera son autorité et son indépendance et exprimera ses premiers désirs plus oedipiens : le chat de la maison qui affectionne plus M.S. que R.E. et qui s'installe sur ses genoux ou sa poitrine devient l'objet transitionnel porteur de tous les fantasmes de Gilbert. "Le chat aime bien se faire caresser par vous, on dirait que R.E. le gêne car il lui lance des regards, ça me plairait d'être chat".

La mère, à ce moment, essaie souvent d'accaparer R.E. en qui elle voit un père fort et protecteur, et compare l'attitude de R.E. et celle de son mari. Elle commence à admettre l'indépendance de Gilbert et parle de ses filles. Elle lit des articles (on ne peut savoir où) sur la dépression, alors qu'elle doit résoudre sa propre problématique dépressive (s'autonomiser par rapport à sa propre image maternelle, perdre son fils . . .). Elle peut pleurer, être moins rigide, et demande à M.S. quelle attitude elle aurait à sa place.

Le père apparaît. Il vient toujours en fin de visite trinquer avec Gilbert et R.E., scellant ainsi le clan des hommes. Il confie qu'il a connu sa femme par hasard au retour du service militaire et qu'il ne s'est marié pratiquement que pour être reconnu homme par son propre père : "c'était comme ça, tu te mariais pas ou trop tard, t'étais pas un homme". Il dit s'être toujours appuyé sur sa femme, mais reconnaît, désespéré, "j'aurais voulu être autre chose". Gilbert est soulagé de cet aveu où son père n'est plus cet homme soumis, il formule des désirs qui peuvent lui permettre d'accéder à autre chose, d'être différent, peut-être comme il désirerait qu'il soit. C'est Gilbert qui s'appliquera, en-

suite, à lui donner la parole, à lui permettre enfin d'exister, ce que R.E. et M.S. renforcent tout en sécurisant la mère et en la félicitant d'être elle-même différente, plus effacée.

Gilbert continue à faire des réparations pendant cette période, mais restaure cette fois son Moi social : les volets de la maison, le jeu de boules . . . Il commence à travailler aux champs avec son père, devient le cantonnier officieux du village, aide un copain mécanicien dans son garage, fait partie de l'équipe de football de la ville voisine. Il refait sa garde-robe (il n'avait pas fait d'achats depuis sept ans !) se promène en ville pour regarder les filles, dit-il, avant d'aller au bal assez régulièrement.

C : Troisième période : Octobre 1979 – Mai 1980 : visites trimestrielles

Cette troisième période commence par un passage à l'acte de Gilbert, qui, en allant au bal, se présente au domicile de M.S. "pour lui dire un petit bonjour", lui montrant ses habits neufs et lui demandant d'emblée de ne pas signaler sa visite à R.E. "qui serait jaloux" ! Il s'excuse d'avoir trouvé par hasard sur l'annuaire téléphonique l'adresse de R.E. qu'il a d'ailleurs oubliée ! et celle de M.S., plus facile à retenir ! et enfin de s'être aperçu, tout aussi par hasard, qu'il passait devant chez M.S. pour aller au bal !

Face à ce vécu oedipien, à ce passage à l'acte, et à la culpabilité qui semblait y être liée, M.S. se contente de féliciter Gilbert de son ouverture sur le monde extérieur, lui interdit de dépasser les limites du palier et impose que sa visite soit rapportée à R.E. afin qu'ils en reparlent, tous les trois, lors de la prochaine visite. Gilbert, devant cette attitude surmoïque, s'irrite ; il conteste qu'on le traite comme un enfant de quatre-cinq ans (sic !), qu'on se pose en supérieurs, puis soudain s'apaise et part en disant qu'il veut bien qu'on reparle "de ces choses qui ne devraient rester que dans la tête".

Lors de notre visite, quelques jours plus tard, Gilbert scie du bois à la scie circulaire : le bruit nous interdit de parler, ce que remarque R.E. avec sévérité. Gilbert est penaud, mais poursuit son travail, s'appliquant à jeter les morceaux de bois le plus près possible des pieds de M.S. qui dit à R.E. que Gilbert est mécontent de ne pas avoir le droit d'avoir une relation avec elle ressemblant à celle que R.E. a avec elle. Gilbert arrête la scie et ramasse les morceaux de bois aux pieds de M.S. en faisant remarquer que c'est un travail difficile. R.E. dit qu'"il sait bien, qu'il a fait ça, dans le temps". Langage dans le réel, mais aussi dans le

symbolique qui permet à Gilbert de suggérer que c'est peut-être moins utile qu'on vienne le voir, puisqu'il est aussi adulte que R.E. !

Lors de notre visite suivante, Gilbert est absent et charge ses parents de nous dire que nos visites le gênent maintenant dans cette vie sociale avec laquelle il a renoué, car elles lui prennent son temps. Les parents, surtout la mère, sont irrités que Gilbert ait besoin d'agir pour s'exprimer. La mère dira même : "avant qu'on se parlait pas, mais maintenant qu'il parle, tout ce qu'il dit ! , tu vois qu'il parle bien avec nous et tout, et qu'il fait ça avec vous ! "

Ces deux visites sont très courtes : nous refusons de voir la famille tronquée, et que chacun agisse sans en référer ni au dire, ni à l'autre. Nous envoyons alors un courrier à toute la famille pour préciser la date de notre prochaine visite en exigeant la présence de tous afin de faire le point sur nos rencontres et de décider de leur poursuite ou de leur transformation.

D : Notre dernière visite à domicile : 28 Mai 1980

Tout le monde est présent, dans la cuisine, mais change de place par rapport aux places habituellement occupées : nous y voyons le jeu d'identifications nouvelles et souples.

Les parents expriment leur satisfaction de voir Gilbert "normal". "Il vit avec le monde, travaille, et même à la perfection" et la mère nous montre que la cuisine a été entièrement rénovée par Gilbert. Elle commente l'événement "j'aurais pas cru qu'il puisse *me* la réparer comme ça" (nous soulignons notre interprétation !) et le père d'ajouter "ça va bientôt être mon tour puisqu'on (père et fils) va refaire le bistrot et peut-être bien le jeu de boules".

Gilbert ajoute qu'il est normal qu'au début on soit venu d'office "car ça n'allait pas". Il pense qu'il y a des sentiments profonds entre nous qui lui ont permis de trouver sa voie et que nos visites ne lui sont plus nécessaires. Le père est d'accord. La mère pense qu'on pourrait venir encore parfois mais "les hommes" la rassurent. Gilbert est persuadé que si un problème se présentait, chacun serait maintenant capable d'en parler aux autres ou de nous téléphoner "car quelque chose a profondément changé".

Nous décidons d'arrêter nos visites et exigeons que, si l'un d'autre eux veut nous contacter, il en informe les autres afin que toute demande, à notre égard, reste familiale. Par contre, chacun peut, s'il le désire, suivre une thérapie individuelle avec un autre thérapeute.

IV. Un an après

A : Le dernier contact avec la famille

La mère téléphone à M.S. cinq mois plus tard, paniquée : Gilbert vient de leur annoncer qu'il leur présentera sa future femme dans deux jours ; il la connaît depuis presque un an. Elle se demande "s'il est assez guéri pour pouvoir se marier et reprendre l'épicerie familiale comme il l'envisage". M.S. la rassure, l'encourage, et lui demande de rapporter cette entrevue téléphonique aux autres. Père et fils ne sont pas loin et la mère demande à M.S. de rester au téléphone pendant qu'elle va leur parler. Quelques secondes plus tard, c'est Gilbert qui reprend le téléphone.

Gilbert dit à M.S. qu'il avait gardé ces décisions pour lui car il avait besoin d'être serein pour les prendre, et que l'inquiétude de sa mère et l'incertitude de son père l'auraient gêné. Il "présente" alors sa femme à M.S. : il l'a rencontrée au bal, l'a mise au courant de ses difficultés et de sa thérapie, de ses projets ; il ajoute "elle est bien habillée, de la ville, et va choquer ma famille, comme vous, mais ça s'est bien passé".

Il poursuit alors l'expression de son transfert sur R.E. et M.S. Nous terminerons en rapportant quelques paroles de Gilbert : "Je pensais souvent à vous, je voulais vous informer, j'avais hâte de voir votre surprise et votre joie, je pensais que ma mère serait inquiète, pas vous, et que mon père ne dirait rien, pas R.E. . . Il y a quelque chose entre nous . . . Vous me connaissez mieux que quiconque, même le profond, les choses obscures . . . Vous m'avez permis de prendre mon envol, mes parents avaient du mal à l'accepter ; encore maintenant . . . C'est profond, ce qui s'est passé entre nous, j'avais honte, vous m'avez encouragé, respecté devant mes parents . . . Ma mère s'en est référé à vous, ils ont des habitudes de la campagne, c'est dur pour eux mais elle va aller dire ce que vous avez dit à mon père, et vous à R.E., je ne lui téléphone pas . . . Je vous remercie d'être venus d'office au début, nous, à la campagne, on sait pas parler, les actions comptent, je pense que je m'exprime assez bien pour que vous compreniez . . . Je vous remercie, enfin, c'est dit comme ça . . . Je pense me marier début 1981, je vous enverrai peut-être un faire-part, j'irai peut-être vous présenter ma femme, elle sait déjà qui vous êtes".

Les derniers "peut-être" étaient certainement le dernier lien que l'anxiété de Gilbert tenait à conserver avec nous devant cette transformation de son existence. Il semble qu'il n'ait pas eu besoin d'y recourir : nous ne l'avons jamais revu, ni eu au téléphone, non plus que ses parents.

B : Conclusions

Il est bien évident qu'au premier abord, la demande de traitement passait par un patient identifié, Gilbert, et que notre intervention sur la cellule familiale a cessé de conforter la famille dans sa désignation du coupable, du bouc émissaire, en traitant la personne la plus déstructurée de la famille. Il est vrai que ce travail n'était pas intentionnel au départ et qu'il s'est organisé spontanément au fil de nos visites à domicile, de par la constatation d'un échec certain à traiter Gilbert seul, et parce que le fait de voir la famille à domicile et de vivre avec elle quelques heures par mois a vraisemblablement eu un impact émotionnel important sur nous, ainsi qu'un rôle révélateur.

Le plus souvent on est allé aux faits les plus significatifs plutôt que vers une symptomatologie finie. La famille nous a entraînés dans des modèles de réponses qui imitaient, et en fait révélaient les véritables difficultés dont elle faisait elle-même l'expérience. A partir de là, on employait leur système de communication favori (entre autres, la situation dans l'espace des individus et de leurs actes, et l'utilisation de l'action comme registre transitionnel) qu'on les aidait à organiser ; soit en le renforçant, en miroir, soit en provoquant son déséquilibre pour leur faire exercer d'autres mécanismes de fonctionnement en les utilisant nous-mêmes avec eux. Nous avons aussi, par quatre fois, emmené un stagiaire avec nous ; deux fois un élève-infirmier, deux fois un stagiaire psychologue : la famille les percevait d'emblée comme co-thérapeutes potentiels ou effectifs (selon les situations, selon leur aisance à entrer dans le "jeu familial") et la famille et nous, nous les "utilisions" pour montrer une interaction qui reflétait des divisions, la compétition, les difficultés de communication, la confusion des rôles.

C'est certainement la découverte de la thérapie familiale que nous avons faite à travers cette expérience que nous relatons ici, mais c'est aussi le sentiment profond qu'une thérapie familiale à domicile est peut-être un mode d'abord privilégié de ces familles rurales pour qui venir au Dispensaire de la ville représente une "cérémonie" pour laquelle on "se déguise". Nous connaissons tous ces familles rurales qui, dans des vapeurs de naphthaline ou de lavande, sont assises dans la salle d'attente du dispensaire, guindées, pas habituées à être en ville, peu à l'aise d'être assises, inquiètes d'avoir à s'exprimer par des mots, ces mots qui dépaysent, qui trahissent, dont on se méfie quand on ne les réprouve pas ! C'est pourquoi il nous a semblé important de rencontrer cette famille, et d'autres familles rurales, sur leur terrain, sur leur terre,

afin de les rencontrer plus déroutants peut-être pour nous, mais tellement plus authentiques et mobilisables.

Marielle Soeur, Psychologue
Raymond Evrard, Infirmier Psychiatrique
Service du Docteur P.A. Lambert
C.H.S. 73011 Bassens (France)

RESUME

A partir de la constatation d'un double échec à traiter isolément en milieu hospitalier un patient schizophrène, les auteurs ont été amenés à travailler au niveau de la structure familiale, à domicile. Chez cette famille de longue tradition rurale où la verbalisation est auréolée d'inquiétude et de méfiance, l'agir constitua le mode de communication privilégié entre la famille et les thérapeutes. Parallèlement, alors que l'espace "dispensaire-ville" était pour cette famille un espace étranger, inquiétant, entraînant de leur part des attitudes défensives ou conventionnelles, l'espace "maison-village" favorisait au contraire l'expression de comportements spontanés et habituels. L'importance des thérapies familiales à domicile chez les familles rurales est l'une des réflexions que nous livrent les auteurs en conclusion de l'expérience qu'ils rapportent ici.

SUMMARY

Having failed twice to treat a schizophrenic patient individually in a hospital, the authors decided to treat the patient at home with his family. They were country people and so did not like to speak, then acting was the privileged means of communication between the family and the therapists. At the same time when the space "dispensary-town" was a foreign and upsetting space for this family which made them defend themselves, the space "home-village" made them behave as usual, genuinely and spontaneously. From this experience, the authors come to the conclusion that for country people those family-therapies are very important.

Mots clé
Prise en charge à domicile
Schizophrénie
Thérapie familiale

Key words
Home treatment
Schizophrenia
Family therapy

DOCUMENT CLINIQUE

VISITE POUR UNE REVELATION

M. GODFRYD

Le travail présenté ci-après se veut document clinique, c'est-à-dire premier reflet d'une réalité relationnelle thérapeutique. Il s'agit d'une intervention systémique dans un groupe familial réalisée dans le contexte de l'activité institutionnelle d'une équipe psychiatrique.

A certaines phases de la conduite des soins, les intervenants doivent s'interroger sur les changements qu'ils peuvent apporter eux-mêmes à leur fonctionnement. Une démarche *in situ*, dans le contexte même de la vie quotidienne du groupe familial, au moment opportun, peut enrichir d'informations nouvelles les échanges nécessaires.

La souplesse de travail systémique peut être ainsi manifestée. La réflexion de l'équipe des intervenants concerne aussi bien la tactique même de l'application des interventions que leur contenu. Un va et vient dynamique s'instaure ainsi dans cet ensemble formé par les soignants et les soignés.

Ce soir-là, nous avons rendez-vous chez la famille D. à 18 h 30, pour pratiquer comme prévu depuis trois semaines, la séance de psychothérapie familiale.

Mr D., 40 ans, est en effet un patient que nous suivons depuis plusieurs mois, à la suite d'une hospitalisation dans notre service. Cette dernière avait été motivée pour des "troubles anxieux importants", en étroite relation avec un éthylysme chronique.

Dans le service Mr D., dit avoir présenté des troubles relationnels depuis qu'il a terminé la guerre d'Algérie, et se fait suivre régulièrement depuis 12 ans, par un neuro-psychiatre. Marié depuis 6 ans, il présente une recrudescence de son intoxication éthylique depuis 4 ans c'est-à-dire depuis la naissance de sa fille. Ceci l'amène à perdre son emploi de cuisinier et il se terre comme concierge, dans une loge. Le bilan, dans le service, n'avait rien apporté de bien précis, et s'il existait des troubles mnésiques, ils restaient isolés et fluctuants d'un jour à l'autre. L'impression de détérioration du début a vite disparu. Après quelques jours, nous voyons en entretien collectif, Mr et Mme D. et convenons de sa

sortie, sans aucun traitement, mais établissons un contrat de six entretiens familiaux.

Le psychiatre traitant de son côté, est tenu informé de nos perspectives.

Les premiers entretiens, se déroulent comme prévu, au dispensaire d'hygiène mentale, en cothérapie, avec Mr et Mme D. et leur fille Dorothee, âgée de 4 ans.

L'atmosphère est cordiale au fil des séances, mais bien que nous progressions dans notre compréhension de cette famille, nous avons de plus l'impression "d'être mis dans le vent".

Et pourtant, tout est rentré dans l'ordre, le couple fait des projets, et de surcroit, nous avons pris connaissance de faits peu banals.

Mr D. est en fait un homosexuel, qui vivait en concubinage avec un homme âgé de plus de 35 ans que lui. Il ne sait pas très bien pourquoi il s'est marié, mais voulait avoir un enfant. Mme D. est saphiste et n'aime guère les hommes ; cependant avant son mariage, elle vivait déjà avec un homme marié et séparé, qui la battait. Tous deux reconnaissent qu'ils vivent comme de "bons amis" et qu'ils n'ont plus du tout de rapports sexuels depuis la grossesse de Mme D. ; Mme D. part travailler dans un laboratoire tous les matins, et Mr D. fait la cuisine, le ménage, la couture, s'occupe de leur fille.

Très vite, il nous apparaît que l'enfant est la pierre angulaire de ce couple peu banal. Dès la première séance, il nous est précisé qu'elle ne parle pas encore à son âge (4 ans) mais que cela ne les inquiète pas, d'ailleurs les autres élèves de sa classe de maternelle en disent encore moins qu'elle. C'est dire... Pourtant, elle ne paraît point sotte et dessine avec les crayons et papiers que nous lui avons fournis.

Paradoxalement, l'ancien ami de Mr D. vient dîner chez eux tous les dimanches, et Mme D. est au courant de tout. En outre, tous les protagonistes habitent depuis longtemps dans le même quartier, et s'ils déménagent parfois, c'est toujours dans le même périmètre.

Mr D. ne cesse de dire que ses troubles sont liés à son enfance malheureuse et au décès de son père, processus qui aurait engendré selon lui, une extrême sensibilité, puis tous les malheurs qui en ont découlé.

Donc, malgré les progrès enregistrés, nous avons tendance à penser que les séances de thérapie familiale, allaient à leur tour faire partie du système de fonctionnement familial, et que cela pourrait durer très longtemps, dans la mesure où nous ne présentions aucun danger pour eux.

Il faut bien reconnaître que cette famille nous était proche et sympathique, et que nous l'avions considérablement ménagée jusque là.

Aussi, bien conscients de cette situation, nous avons décidé de remettre un peu le système en crise, afin d'intensifier le processus en cours d'une part et échapper à la disqualification d'autre part. Nous voulions voir comment était structuré et aménagé le territoire familial, de façon à mieux comprendre encore le fonctionnement nucléaire.

Donc ce soir là, ponctuels au rendez-vous, nous sommes à la porte des D. Après qu'on nous ait ouvert, nous pénétrons dans un logement de rez-de-chaussée, particulièrement petit. Au fond se trouve la chambre des parents, presque entièrement comblée par un énorme lit. Au milieu, se trouve une petite salle de bains, et là, derrière la porte palière, se trouve la pièce principale avec la coin cuisine. Là encore, l'espace est obstrué par un volumineux piano, une grande table centrale et un divan.

Si l'ensemble est rangé pour notre visite, l'aspect général fait négligé et un rien de papiers peints et de petites décorations auraient certainement égayé ce triste logis.

Après avoir obtenu le maximum de renseignements lors de la visite commentée du logis, nous proposons de nous asseoir autour de la table et de "commencer" la séance. Le magnétophone est sorti et branché de façon à ne pas faire oublier le cadre thérapeutique, et aussi pour pouvoir étudier ultérieurement le matériel livré en séance.

D'emblée nous impliquons l'enfant. Pendant la séance, celle-ci dort dans la pièce voisine (alors qu'il est 18 heures).

Th. 1 : Où dort votre fille ?

Mme D. : Avec moi dans le lit du fond.

Patient : Pour ne pas les gêner, je me couche là, tout seul, dans cette pièce.

J'aime bien être tout seul dans mon domaine . . . je suis bien . . . tout est fini ; c'est pas ça qui me gêne ; c'est la grande amitié.

Th. 1 : Et avant la fille ?

P. : On faisait l'amour comme tout le monde, c'est normal !

Depuis qu'on a la fille, tout est terminé ; bonjour, bonsoir, petit bisou . . . tout est fini ; c'est pas ça qui me gêne ; c'est la grande amitié.

Il n'y a dans ce logis aucune place pour Dorothée, pas plus de lit que d'espace pour jouer.

Cependant, elle est utilisée la nuit, pour justifier, s'il le fallait encore, que le couple fasse chambre à part.

Les explications que nous entendons sont assez peu habituelles et nous poussent à explorer dans cette direction.

Th. 1 : Quelles modifications a entraîné la naissance de votre fille ?

P. : De la joie.

Th. 1 : Non, quelles modifications, quelles conséquences, dans votre vie à vous deux ?

P. : On est moins tout seul.

A table on a quelqu'un, on parle plus qu'à deux.

Th. 1 : Ça ne me satisfait pas. Vous ne répondez pas à la question.

Th. 2 : Vous restez évasif, dans des banalités, en évitant de vous mouiller.

Comme convenu avant la séance, nous manifestons notre volonté de ne pas nous contenter de réponses vagues. De plus en doublant les reproches, nous montrons notre unité et tentons de faire monter l'anxiété dans le système familial, afin "d'emballer un peu le moteur". Ainsi, nous pensons pouvoir faire progresser la situation, en faisant apparaître à nouveau, une situation de crise. Mais là encore, D. se répète et joue les niais.

P. : C'est une joie . . .

Sinon, je ne vois pas de changement, sinon que nous sommes trois ; c'est une vie de famille. Il faut que quelqu'un s'occupe de la fille. Si je travaille, je perds mes pensions.

Mme D. : Il accepte pas de travailler chez un patron, car il n'aime pas être commandé ; il est susceptible.

P. : Je préfère garder la fille, et que ma femme travaille.

Th. 1 : Donc vous l'avez le jour, et vous, Madame, la nuit.

Mme D. : Oui.

Là encore, cette version des faits justifie leurs conduites et permet à P. de prouver qu'il ne peut aller travailler. L'existence même de Dorothee le lui permet !

Puis, nous apprenons que celle-ci, "avait fallit mourir", à l'âge de six semaines, d'une sténose du pylore. Depuis l'intervention, de retour dans son foyer, après un mois de soins, elle manifeste un appétit

moyen. Progressivement, apparaît une anorexie persistante, malgré la négativité des investigations.

P. : Donc depuis, elle ne mange pas.

Th. 2 : Que faites-vous quand elle ne mange pas ?

P. : Je lui donne avec la cuillère.

Je sais quand elle a pas assez mangé.

Il faut qu'elle mange ce que je lui donne.

Bien sûr, il ne faut pas trop la forcer, mais je sais quand elle a assez.

Th. 1 : Vous êtes d'accord avec votre mari, Madame ?

Mme D. : Si j'interviens, on se dispute.

P. : Avec moi, elle mange.

Mme D. : Mon mari dit que si elle n'a pas envie, il faut pas la forcer.

Th. 1 : Avec Tonton Fabrice, mange-t-elle mieux ?

P. : C'est-à-dire qu'elle voit qu'on est déjà quatre, pardon cinq, ça l'entraîne.

Th 2 : Vous êtes cinq, comment ça ?

P. : Pardon quatre, je sais pas compter.

Th. 2 : Quand êtes-vous cinq ?

Mme D. : Avec Fabrice ça fait quatre.

P. : Oui quatre.

Th. 2 : Qui pourrait être le 5e ?

P. : Parfois, on a Catherine avec nous . . .

Th. 2 : Qui est Catherine ?

P. : C'est . . .

Mme D. : C'est ma première fille !

Ce n'est que fortuitement, que nous avons appris l'existence de cette enfant, qu'on nous avait cachée jusque là. Était-ce vraiment de l'inadvertance, de la part de P., où bien était-ce le moyen qu'il avait

trouvé, pour nous informer de la présence de cette fille qui n'était pas de lui ?

Quoiqu'il en soit, Mme D. nous apprend que la naissance de son premier enfant n'était pas du tout désirée, et qu'elle est arrivée accidentellement. Le père est l'homme avec qui elle vivait il y a dix ans, avant de connaître son mari. Cette fille aînée a 8 ans, et vit chez son père, dont elle porte le nom depuis la naissance.

Th. 1 : Catherine est-elle au courant que Dorothée est sa sœur ?

Mme D. : Non, mais elle l'appelle sa sœur. Catherine dit savoir que c'est sa sœur.

P. : Je crois pas.

Moi, elle m'appelle papa.

Elle parle pas comme on devrait parler à 8 ans, mais je préfère rien lui dire.

Th. 2 : En quelle classe est-elle Mme ?

Mme D. : Je sais pas.

P. : Elle est au cours préparatoire à 8 ans !

Th. 1 : Comment expliquez-vous cela ?

Mme D. : Il y a eu des problèmes entre son père et moi ; non je ne l'ai pas élevée ; ça vient sans doute de ce problème là.

P. : Elle m'aime bien, elle m'appelle papa Jacques.

P. paraît en savoir plus sur Catherine, que sa femme, ce qui est assez surprenant, car nous apprenons par la suite que Mme D. fait un procès à son ex-mari pour récupérer sa fille.

D'autres détails annexes nous sont encore révélés, et tout à la fin de la séance, nous obtenons une très forte rétro-action de la part de P., qui nous indique que nous avons menacé le système :

“Même si je fais quelques ménages à côté, je gagne honnêtement mon argent. Faudrait pas penser quoi que ce soit là-dessus . . . D'ailleurs j'ai les clés de tous les appartements. Ça mène où tout ça, au fait . . . les bandes du magnétophone ne vont pas m'envoyer en prison . . . La cause de tout (il nous montre une photo de famille dans un cadre) d'ailleurs, c'est la mort de mon père.

Nous pensons donc, que nous avons la raison de faire cette séance au domicile de P. Nous avons constaté sur place, qu'il n'y avait guère de place pour Dorothee alors que celle-ci joue un rôle fondamental dans l'équilibre familial. Le fait d'avoir effectué la thérapie à domicile, en étant fermes dans nos exigences, nous a permis d'obtenir, des éléments capitaux, en particulier l'existence, ignorée de notre part, de cette fille aînée.

Nous avons pu voir, au plus près, où, comment habite cette famille, ce qui nous la rend plus proche et plus compréhensible. La petitesse du logis nous a empêché de pratiquer des interruptions en cours de séance afin de nous concerter en aparté. De même, nous n'avons pas pu établir une prescription, et sommes partis en leur disant que nous leur ferons parvenir celle-ci, par la poste.

Finalement, il nous est apparu, que si cette famille acceptait ce type de traitement, c'est parce qu'elle s'était piquée au jeu, et que dès lors, elle ne pouvait plus "jeter les cartes" avant que la partie ne se termine.

M. Godfryd

Service du Dr Wajeman
Hôpital Esquirol
F - 94410 Saint-Maurice

RESUME

Des visites à domicile ont modifié le contexte de connaissance, avec la découverte d'un secret ou pseudo-secret, à l'intérieur d'un trio familial particulièrement original. L'une de ces séances montre mieux aux co-thérapeutes, comment des interactions inhabituelles s'établissent dans ce champ familial. Un nouvel élan est alors donné au traitement.

SUMMARY

Home visits have given context knowing, with the discovery of one of the secrets or pseudo-secrets within an eccentric family trio. One session shows best to co-therapists how unusual interactions are going in that family field. A new impulsion is given to the treatment.

REFERENCES

1. AUSLOOS, G. : Secrets de famille, in changements systémiques en thérapie familiale (présenté par J.C. Benoît), *Annales de psychothérapie*, E.S.F., 1980.
2. BLOCH, D.A. : *La visite thérapeutique à domicile*. In *Technique de base en thérapie familiale*, 81-92, Paris, J.P. Delarge, 1979.

3. DURAND, D. : *La systématique*. Paris, P.U.F., 1979.
4. ELIENBERGER, H.F. : La notion de Kairos en psychothérapie. *Annales de psychothérapie*, 1973, 4,7,4.
5. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. *Paradoxe et contre-paradoxe*. Paris, ESF, 1979.
6. STIERLIN, H. : *Le premier entretien familial*. Paris, J.P. Delarge, 1979.
7. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. *Sur l'interaction*. Travaux du Mental Research Institut, Palo Alto 1965-1974, Paris, Seuil, 1981.

Mots clé
 Secret
 Thérapie familiale
 visite à domicile

Key words
 Seem
 Family therapy
 Home visit

* * *

Nous vous informons de la création de l'Institut d'Etude des Systèmes Familiaux (I.E.S.F.) – Bureau : Dr. J.C. BENOIT, Mme Béatrice RABEAU, Dr. Denis ROUME.

Buts : recherche, information et formation dans le domaine des interventions familiales.

Responsables des cycles de formation : J.C. BENOIT et J. BEAUJEAN (Liège).

Siège : 1 bis, rue Deroisin, F - 78000 VERSAILLES.

NOTES DE LECTURE

DES ROBOTS, DES ESPRITS ET DES HOMMES La psychologie dans le monde moderne

Ludwig von BERTALANFFY

Edition E.S.F., Collection : Sciences Humaines Appliquées. Paris 1982.

Il s'agit d'un ouvrage paru en anglais en 1967 soit une année avant l'œuvre fondamentale qu'est *General System Theory*.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres mais à tous ceux qu'intéresse le devenir de la psychologie contemporaine et surtout l'image que cette science et celles qui lui sont proches, tente de transmettre de l'homme.

Le ton est souvent vif, parfois provocateur, la traduction rend la lecture de ce texte aisée et en reproduit bien le style alerte. D'emblée l'auteur précise l'enjeu : "Demandons-nous qu'elle est la place de la *psychologie dans le monde moderne*, on peut répondre en gros que la science a conquis l'univers mais oublié ou même volontairement *étouffé la nature humaine*. (...) Ce dont nous avons besoin, ce ne sont pas de quelques nouvelles hypothèses permettant de mieux expliquer quelques particularités de la conduite des rats de laboratoire : nous avons besoin d'une nouvelle *conception de l'homme*" et avec Arthur Koesler, il nous rend attentif au fait que "la psychologie américaine est passée d'une vue anthropomorphique du rat à une vue ratomorphique de l'homme.

Durant les quinze années qui séparent la parution de l'original de la traduction, on a l'impression que ce mouvement n'a fait que s'accroître, imprègne de plus en plus certaines de nos facultés universitaires d'où l'urgence de réactions ; dans ce sens, cet ouvrage est particulièrement bien venu.

L'ouvrage est articulé en deux parties : la première veut donner une nouvelle image de l'homme, la deuxième envisage une nouvelle "philosophie naturelle".

Dans la première partie, Von Bertalanffy part de l'homme-robot tel qu'une psychologie positiviste, mécaniste et réductionniste le conçoit et il en critique les conséquences sociologiques qui en découlent

pour démontrer la nécessité d'une nouvelle image de l'homme où d'emblée toute forme de behaviorisme trouve ses limites. Cette nouvelle image de l'homme se base sur la constatation qu'outre la satisfaction de ses besoins biologiques, l'homme vit dans un univers de symboles, le langage, la pensée, les entités sociales. Un aspect essentiel du symbole réside dans le fait qu'il n'existe aucun renforcement biologique entre ce symbole et la chose signifiée. L'auteur développe les conséquences des activités symboliques de l'homme : "Le symbolisme, pourrait-on dire, est l'étiquette divine qui distingue ce pauvre spécimen qu'est l'homme de l'animal le plus parfaitement adapté."

La deuxième partie est consacrée aux perspectives qu'ouvre une nouvelle philosophie naturelle. Toute théorie de grande envergure suppose une manière implicite de voir le monde. Ce dernier n'est plus considéré comme un chaos mais comme une organisation comme tentent de le démontrer les sciences systémiques. La théorie générale des systèmes offre à la fois un modèle interdisciplinaire pouvant être appliqué à des phénomènes concrets mais aussi une métascience, une philosophie naturelle. L'auteur ayant passé en revue les limites de la cybernétique, les caractéristiques des systèmes généraux et tout particulièrement des systèmes ouverts, insiste sur l'activité spontanée, la créativité. Pour lui le concept d'organisme actif et non plus réactif ou robot, est à la base de la réorientation actuelle que devrait envisager la psychologie.

Cet ouvrage offre une vision anthropologique à la fois nouvelle et de tout éternité. Toute la démarche insiste sur le caractère original de l'homme. Ce recadrage fournit ainsi matière à une réflexion fondamentale qui me paraît essentielle dans notre activité thérapeutique à la rencontre de l'homme par l'homme.

J.-J. Eisenring

NOTES DE LECTURE

LA FAMILLE : un défi face à l'avenir

Edité par B. Schnyder. Symposium à l'Université de Fribourg/Suisse 26-28 novembre 1981. Editions Universitaires Fribourg/Suisse, 385 pages.

L'Université de Fribourg a organisé en novembre 1981 un symposium consacré à la famille. Les différents rapports viennent de paraître et composent un ouvrage de près de 400 pages où les contributions en langue française alternent avec les présentations en allemand. Différents aspects concernant la famille sont abordés, aspects philosophiques, éthiques, sociologiques, politiques, à côté de la description de modèles historiques, de la définition du droit de la famille, voire de la pastorale de la famille dans une société en mutation. Des aspects médico-psychologiques et systémiques de la famille ne sont point omis. Le tout s'articule autour de trois thèmes principaux :

- la famille : analyse de situations et évolution.
- les bases et les idées directrices de la famille.
- les conséquences pour l'individu et pour la société.

Ce rapport est utile dans la mesure où précisément il aborde les problèmes de la famille dans une vue multidisciplinaire. La richesse des informations, la multiplicité des points de vue ouvrent des horizons intéressants et alimentent la réflexion de ceux que la famille préoccupe au premier plan.

J.-J. Eisenring

SOCIOLOGIE ET SOCIÉTÉS



Revue thématique semestrielle : (avril et octobre) ■ La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol) ■ Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord ■ Abonnement annuel : Canada \$12 (étudiants : \$8,50) / Pays étrangers \$14 ■ Institutions (Tous les pays) \$18 ■ Le numéro : \$7,50 ■

* DÉJÀ PARUS : Phénomène urbain, 1972, \$3 ■ Problèmes sociaux en U.R.S.S., 1972, \$3 ■ Les systèmes d'enseignement, 1973, \$5 ■ Sémiologie et idéologie, 1973, \$5 ■ Femme / travail / syndicalisme, 1974, \$5 ■ Domination et sous-développement, 1974, \$5 ■ Science et structure sociale, 1975, \$5 ■ Travaux et recherches sur le Québec, 1975, \$5 ■ Pour une sociologie du cinéma, 1976, \$5 ■ La mobilité sociale : pour qui, pour quoi ?, 1976, \$5 ■ La gestion de la santé, 1977, \$6 ■ Psychologie / Sociologie / Intervention, 1977, \$6 ■ Le développement des relations sociales chez l'enfant, 1978, \$6 ■ Changement social et rapports de classes, 1978, \$6 ■ Critique sociale et création culturelle, 1979, \$7,50 ■ Développement national et économie mondialisée, 1979, \$7,50 ■ Éducation, économie et politique, 1980, \$7,50 ■ Réflexions sur la sociologie, 1980, \$7,50 ■ Etc.



À PARAÎTRE — Les femmes dans la sociologie, vol. XIII, n° 2, octobre 1981, sous la direction de Nicole Laurin-Frenette ■ La sociologie : une question de méthode(s) ?, vol. XIV, n° 1, avril 1982, sous la direction de Gilles Houle.

BON DE COMMANDE ET BULLETIN D'ABONNEMENT — Tous nos abonnements annuels (1^{er} janvier - 31 décembre) commencent avec le premier numéro de chaque volume.

■ Ci-joint un chèque ou mandat (établi à l'ordre des Presses de l'Université de Montréal) de \$..... Veuillez m'expédier le(s) volume(s) souigné(s)*.

■ Je désire souscrire un abonnement à «*Sociologie et sociétés*» pour l'année



NOM _____

ADRESSE _____

Code postal _____



**LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL**

C.P. 6128, succ. «A»
Montréal, Qué. Canada H3C 3J7
Tél. : 343-6321-25

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

INFORMATION

DANS LES COULISSES DE L'ORGANISATION

Mara SELVINI PALAZZOLI

Conférence publique le vendredi 19 novembre 1982 à 20 h. 30 au grand amphithéâtre de l'ancienne faculté de médecine, faculté René Descartes, 12, rue de l'École de Médecine, à l'occasion de la parution en français de l'ouvrage *Sul Fronte dell'Organizzazione*".

Un monde technicisé nous pousse vers la thèse cartésienne : diviser les difficultés examinées en autant de parcelles qu'il se peut. Mara Selvini Palazzoli montre qu'une attitude inverse s'impose face aux organismes et organisations dans lesquels nous sommes inclus : "dans l'étude des systèmes de communication interpersonnelle, la démarche inverse — c'est-à-dire : c'est le plus complexe qui explique le plus simple — constitue la *méthode de choix*."

Tel est le thème de l'ouvrage et de la conférence où il sera évoqué.

Mara Selvini Palazzoli a fondé en 1967 le Centre pour l'Etude de la Famille de Milan, lieu de recherches fondamentales sur les familles à transaction schizophrénique et les cas d'anorexie mentale qui ont abouti à l'ouvrage : *Paradoxe et Contre-paradoxe* (avec G. Cecchin, L. Boscolo et G. Prata). Professeur de psychologie à l'Université Catholique de Milan, Mara Selvini Palazzoli, simultanément à ses recherches sur les groupes familiaux, poursuit une étude systémique en équipe du fonctionnement, des problèmes des grandes institutions : scolaires (cf. l'ouvrage : *Le magicien sans magie*, édité en français en 1980), hospitalières, industrielles, etc. . .

L'ouvrage : *Dans les coulisses de l'organisation* a été traduit par Monsieur Fischer.

Invitants : Société de Recherches Psychothérapiques de Langue Française et Editions E.S.F.

**THE
JOURNAL OF STRATEGIC
AND SYSTEMIC THERAPIES**

Donald E. Efron, M.S.W., Editor

The JOURNAL OF STRATEGIC AND SYSTEMIC THERAPIES is published privately to encourage mental health practitioners to use systemic and strategic interventions effectively, efficiently, and ethically. Clinical case studies of individuals, groups, families and institutions, as well as articles on research, ethics, training and theory, are presented in each issue. In addition, there are articles dealing with strategic and systemic aspects of sports, history, literature, and science, book reviews, and news of events in the field.

J.S.S.T. a refereed journal is published quarterly.

SUBSCRIPTION ORDER FORM

Note : outside North America, cost is \$10 (U.S. funds)

_____ Individual \$8 (4 issues)
_____ Institutional \$15/year \$18 (U.S. funds)

Enclose check or money order — Sorry, no billing.

Name _____

Address _____

City _____ State/Province _____ ZIP _____

Please mail this form to Donald Efron, 779 Viscount Rd., London, Ontario, Canada. N6J 4A4.

LES EDITIONS ESF



17, rue Viète
75854 Paris Cedex 17

COLLECTION "PSYCHOTHÉRAPIES – MÉTHODES ET CAS"

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

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

L'ENFANT ET LE RÊVE ÉVEILLÉ

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

MYTHANALYSE JUNGIEUNE

par Pierre Solie
104 pages, 55 FF

LE PSYCHODRAME

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

DÉTENTE ET MOUVEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

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

SEXÉ, CORPS ET GROUPE

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

LES ATELIERS THÉRAPEUTIQUES D'EXPRESSION PLASTIQUE

par Anne Denner
116 pages, 56 FF

PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE POUR LES COUPLES

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

DES ENTRETIENS COLLECTIFS AUX THÉRAPIES FAMILIALES

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

L'ANALYSE PAR LE RÊVE-ÉVEILLÉ-DIRIGÉ

Une étude clinique
par Nicole Fabre
112 pages, 48 FF

LE FACE À FACE EN PSYCHOTHÉRAPIE

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

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

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

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

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

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



- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **THERAPIE FAMILIALE** pour l'année 198.....
- Abonnements individuels: **55 francs suisses - 150 francs français**
- Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs: **65 francs suisses - 175 francs français**

Modalité de règlement :

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

EDITIONS MEDECINE et HYGIENE

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

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

Nom et prénom :

Adresse :

N° Postal Ville

Date :

Signature :

ISO

Research - Teaching - Therapy

Institut for Systems Science Oberwallis
Institut für Systemwissenschaft Oberwallis
Institut de Sciences Systémiques Oberwallis

POST-GRADUATE TEACHING 1983-1984

EINFÜHRUNG IN SYSTEMTHERAPIE UND SYSTEMWISSENSCHAFT INTRODUCTION A LA THERAPIE DES SYSTEMES ET AUX SCIENCES SYSTEMIQUES

KURS IN DEUTSCHER SPRACHE

Beginn : Februar 1983
Dauer : 2 Jahre
an 4 Wochenenden pro Jahr
Ort : Brig / VS
Leitung : Dr. med. Gottlieb GUNTERN

COURS EN FRANÇAIS

Début : janvier 1983
Durée : 2 ans
le dernier jeudi de chaque mois
Lieu : Brig / VS
Workshop Leader : Dr. méd. Gottlieb GUNTERN

* * *

INFORMATION ISO
schriftlich Postfach 523
par écrit 3900 Brig/VS Switzerland

TRAINING
&
RESEARCH



THERAPY
&
CONSULTATION

Le Goodfield Institut organise un séminaire intensif de VIDEO GESTALT du 18 au 21 novembre inclus animé par Barry Goodfield (confrontation video — hypnose — régression).

Pour tout renseignement écrire ou téléphoner :

GOODFIELD INSTITUT

3 Jan Fytlaan
1900 Overijse - Belgique
Tél. : 02/687.65.00

BARRY AUSTIN GOODFIELD, Ph.D. - Director

United States of America: 412 Redhill Ave., San Anselmo, Ca. 94960

• Tel. (415) 456-8565

Netherlands: Zuiderdijk 415, Zaandam • Tel.: 075-171908

England: Flat 9, 59 Devonshire St., London, W.1. • Tel.: 01-580-6248

Belgium: Jan Fytlaan 3, 1900 Overijse • Tel. 01/687-6500

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

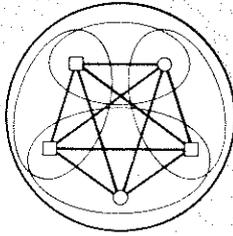
BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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



THERAPIE FAMILIALE

Vol. III – 1982 – No 2

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Editorial	101
M. SELVINI PALAZZOLI : Le barrage du conditionnement linguistique dans la thérapie de la famille du schizophrène	103
J. HALEY : Thérapie et contrôle social	115
J.-C. BENOIT : Quitter sa famille	133
D. LARCHER et P. LEBBE-BERRIER : L'implicite relationnel dans le discours en thérapie familiale systémique	141
D. ROUME et J. PENSO : Le pronostic familial : Eléments fournis par l'entretien préliminaire en psychiatrie d'adultes	157
J.-C. BENOIT : Dieu le Père	167
M. SOEUR et R. EVRARD : L'espace et l'agir d'un schizophrène et de sa famille ou l'histoire d'une prise en charge familiale à domicile	173
M. GODFRYD : Visite pour une révélation	183

CONTENTS

ORIGINALS ARTICLES

Editorial	101
M. SELVINI PALAZZOLI : The linguistic conditioning barrier in schizophrenic family therapy	103
J. HALEY : Therapy and social control	115
J.-C. BENOIT : Leaving home	133
D. LARCHER and P. LEBBE-BERRIER : Relational implicit in the discourse ..	141
D. ROUME and J. PENSO : Familial pronostic	157
J.-C. BENOIT : God Father	167
M. SOEUR and R. EVRARD : Space and acting by a schizophrenic patient and his family	173
M. GODFRYD : Home visit and discovery of secrets	183