

# THÉRAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



èmes  
**4** journées  
internationales  
de thérapies  
familiales

Lyon 1980

---

*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)

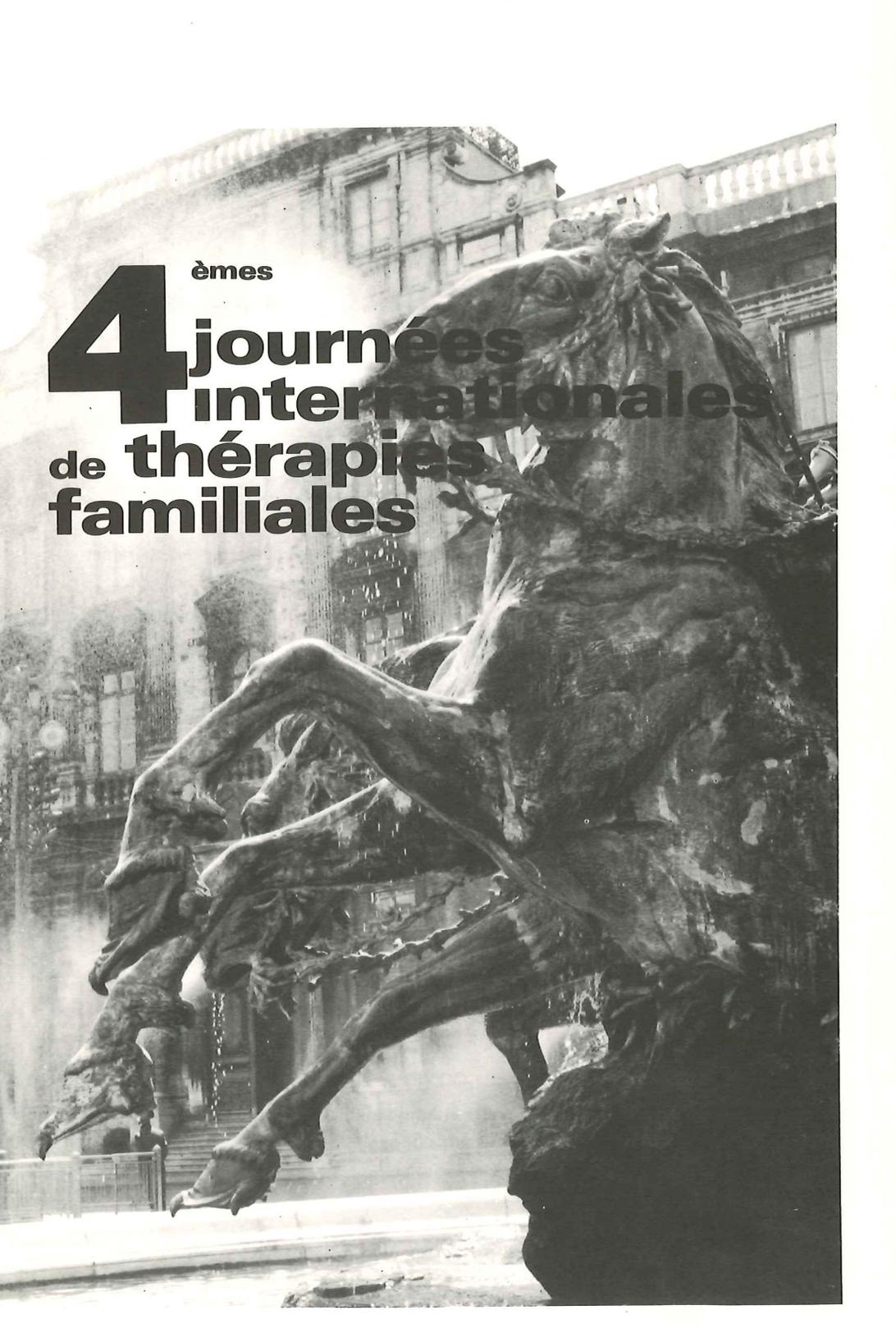
*Paiements aux Editions Médecine et Hygiène* :

- 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)

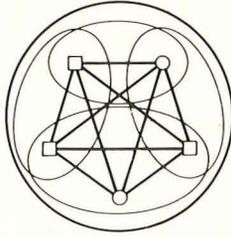
*Prix de l'abonnement annuel* :

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 1980 by Thérapie Familiale, Geneva, Switzerland. Edité en Suisse.



èmes  
**4** journées  
internationales  
de **thérapies**  
familiales



# THERAPIE FAMILIALE

Vol. II – 1981 – No 3

NUMERO SPECIAL LYON 1980

## SOMMAIRE

<b>Nécrologie</b> .....	181
<b>Introduction aux compte-rendus des 4èmes Journées Internationales de Thérapie Familiale – Lyon 1980</b> .....	183

## ATELIERS

<b>G. AUSLOOS</b> : Système, modélisation, catastrophes .....	187
<b>Ph. CAILLE</b> : L'information utile pour tenter une approche systémique .....	205
<b>Y. COLAS</b> : Rôle et limites des modèles en thérapie et en formation. Affectivité – Pensée – Action .....	211
<b>T. COMPERNOLLE</b> : Eco-psychosomatique : influence de la famille sur l'enfant malade et vice-versa .....	221
<b>A. DEVOS</b> : Au seuil de la famille .....	229

## CONFERENCES

<b>I. ALEKSIC</b> : Les changements des communications au cours de la thérapie familiale de l'alcoolisme .....	233
<b>P. DE GIACOMO et G. PIERRI</b> : Un modèle de base des relations humaines ...	243

## NECROLOGIE

Membre de notre comité scientifique, le Professeur Roger Mucchielli est mort cet automne à l'âge de 72 ans au terme de l'évolution d'une tumeur maligne abdominale.

C'était un homme à l'activité prodigieuse, dont le rayonnement parmi ses élèves s'est manifesté par un dynamisme, une foi en l'homme, un sens de l'engagement et de la responsabilité souvent mal entendus dans les récentes périodes critiques.

Né corse, il avait fait ses études classiques à la faculté d'Alger avant une large parenthèse, de 39 à 45, marquée par son courage et la rencontre de la mort. Ceux qui l'ont connu ne pouvaient deviner combien profondes étaient les blessures laissées par la guerre chez cet homme infatigable. Il avait été laissé pour mort sur son char à la libération de Paris. Et pourtant, lorsque, dans les années 50, sa vie a commencé à influencer la mienne, le nombre des handicaps physiques ne l'empêchait pas de foncer à travers Nantes sur des engins de transport tels que ceux qui préluèrent à l'installation de la société de consommation.

Agrégé de philosophie il se livre à des recherches sur les tests psychologiques (test du village imaginaire entre autres qui constitue sa thèse complémentaire de doctorat es lettres) et met en pratique psychothérapique des connaissances de pointe qu'il acquiert à la vitesse à laquelle il apprend ou réapprend anglais et allemand.

Je l'ai connu à la fin des années de lycée puis en médecine où son courage lui faisait mener de front, des cours toujours aussi dynamiques, la recherche, l'écriture de ses livres, et l'absurde travail de mémoire des années de médecine. Il dormait alors peu et gardait pourtant le même accueil ouvert aux jeunes qu'il aimait et à qui il transmettait une part de sa lucidité. Il devait ensuite enseigner à la faculté de lettres de Rennes où il dirigeait également l'Institut d'Etudes Psychotechniques Albert Burloux. En 1966, il quitte la Bretagne pour venir animer, à la demande de ses anciens professeurs d'Alger, la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Nice, section psychologie.

Impossible de rendre compte ici de l'importance de son œuvre tant dans les réalisations humaines que les écrits. Citons pêle-mêle "caractère et visages" aux PUF, sa thèse de doctorat "le mythe de la cité idéale" (épuisée), sa thèse de médecine "philosophie de la médecine psychosomatique" (Aubier Paris 1961) puis en collaboration avec celle qui

devait devenir sa seconde femme “la dyslexie, maladie du siècle” (ESF 1963), “l’introduction à la psychologie structurale” (Dessart 1966), “la subversion” (collection Bordas), “les complexes” (collection Que sais-je ?), les nombreux ouvrages parus dans la collection fameuse qu’il dirigeait aux ESF, “formation permanente en sciences humaines”, etc. . .

La mort de l’autre renvoie toujours à soi-même. Je veux dire seulement ici combien je me sens redevable à cet homme chaleureux d’avoir lutté contre un pessimisme commode de la période sartrienne, de nous avoir rendu le sens de l’espoir, le goût de la lutte, le sens de la mesure et de l’humour.

*Y. Colas*

## INTRODUCTION AUX COMPTE-RENDUS DES 4<sup>èmes</sup> JOURNEES INTERNATIONALES DE THERAPIE FAMILIALE Lyon 1980

Depuis leur timide naissance en 1977, les journées de Lyon ont pris leur essor, réunissant une participation croissante et enthousiaste. Première manifestation européenne en francophonie<sup>1</sup>, elles ont progressivement accredité l'idée qu'un lieu d'échanges et d'informations directes pouvait être ouvert à tous ceux que le mouvement systémique séduit ou intrigue. Et il semble bien qu'elles aient largement rempli leur mission : combien de formateurs ont ainsi pu se faire connaître, combien de lieux de formation à la thérapie familiale ont pris là l'audace de se créer, combien d'isolés ont pu éprouver le sentiment réconfortant d'une communauté de pensée : même insatisfaction devant les modèles anciens, même espoir d'une attitude plus adéquate à nos exigences de thérapeutes.

D'année en année, l'apprentissage se fait, et pour la réunion finale, le travail des comités a permis de dépasser le stade artisanal du bulletin pour lancer cette revue.

C'est donc une série d'anniversaires que se proposent de célébrer ces cahiers de l'année 81-82.

\* \* \*

Ces numéros correspondent en effet à la formule des bulletins de 1978 à 1979. Nous y avons repris la plupart des comptes-rendus d'ateliers qui nous sont parvenus, dans la forme où les auteurs nous les ont adressés. La grande disparité entre les divers textes témoigne d'ailleurs de la confusion qui a encore régné sous la plume des animateurs, entre le texte nécessairement concis auquel nous les avons contraints du fait des dimensions du bulletin, et l'espace plus vaste qui nous est offert à l'issue des 4<sup>èmes</sup> Journées. Mais il est difficile de

<sup>1</sup> Nous n'oublions pas l'antériorité de Zürich où la langue française se taillait progressivement une petite place parmi les conférenciers de langues allemande et anglaise. Nous avons d'ailleurs été très honorés du soutien que leur organisateur, le Professeur DUSS VON WERDT, est venu nous apporter en donnant une conférence aux 2<sup>èmes</sup> Journées de 1978.

rendre par écrit la richesse créative d'un atelier où ce qui se vit ne se réduit pas à la ligne, au linéaire. Chaque texte, dans sa concision ou son développement, ne donne donc qu'une idée, une évocation de ce que l'animateur a réellement transmis.

Nous nous sommes trouvés devant l'écueil inverse lorsque le texte intégral des conférences nous est parvenu. Mais le plus paradoxal sans doute sera le compte-rendu de la manifestation principale. Ni la conférence de Mara SELVINI et Giuliana PRATA ("vers une méta-thérapie" une prescription à niveaux multiples) et ses commentaires, ni les présentations des deux familles enregistrées le premier jour n'ont pu être reproduites. Nous nous en excusons.

\* \* \*

Mai 1981 marquait le retour à l'Europe après le passage des conférenciers américains. Et les Journées de Lyon auraient perdu toute représentativité du mouvement systémique en francophonie, si l'école de Milan ne s'y était pas produite. Il était temps; car l'influence de Mara SELVINI après les publications des ESF reste prépondérante dans notre pays. La séduction latine pour l'exploit paradoxal est grande; même si nous devons modérer les ardeurs que suscite une trop rapide lecture de cette littérature si stimulante. La rigueur de sa démarche, la solidité de ses bases épistémologiques s'accordent parfaitement avec la pensée française et nous imprègnent tous plus qu'on ne le croit.

Lors des 4èmes journées, Mara SELVINI et Giuliana PRATA devaient nous accorder la primeur d'un travail de recherche encore en cours: ce que l'usage a consacré sous le nom historique de "prescription de Lyon". Réservé à une revue américaine, nous n'avons pas la possibilité d'en donner ici la reproduction. La délicatesse de cette intervention et tout ce qu'elle implique de précautions et de rigueur dans son application s'accomode mal d'une transmission écrite. Nous ne retranscrivons pas plus les savoureux commentaires qui en ont émaillé l'énoncé. Les priver de la verve, de l'humour des deux conférencières, du climat familial d'échange avec une salle subjuguée, équivaldrait à dénaturer toute cette passionnante conférence.

Nous n'en garderons que l'un de ses morceaux d'anthologie: "la salade aux clous". (point de conférence ou de congrès systémique sans que ne se manifeste l'intervenant de service sur le thème éculé et stérile de l'opposition psychanalyse-système). En réponse, cette parabole définitive que son caractère gastronomique ne pouvait mieux situer qu'à Lyon: "j'enseigne la psychanalyse depuis plus de 17 ans à la Faculté Catholique de Milan. Et ce sont mes élèves qui viennent me rappeler à leur tour certaines notions élémentaires de la psychanalyse. Je leur

réponds : je sais ! C'est moi qui te l'ai appris. Alors quand j'ai commencé mon cours sur la théorie systémique l'année passée, j'en avais assez. Et j'ai proposé à quelques élèves : je vous invite à manger chez moi parce que j'ai une salade assaisonnée qui est très bonne, une excellente salade : la salade aux clous. Ils ont fait la grimace. Comment, vous avez quelque chose contre les clous ? mais les clous sont une chose très importante. C'est avec des clous que l'on a fait la première roue et vous avez encore quelque chose contre les clous ?

— Non Madame, mais ce n'est pas la même chose. Les clous n'ont rien à faire avec la salade.

— Mais je n'ai rien contre les clous et je n'ai rien contre la salade.

Imaginons encore une personne qui parle de la terre, centre de l'univers, et une autre qui parle du système solaire. Il y a bien quelques nostalgiques qui disent de la terre qu'elle est très belle, que sur la terre il se passe des tas de choses. D'autres parlent du système en relation avec le soleil. La terre est toujours là, elle n'a pas bougé. On ne l'oublie pas, elle est dans le système. Il faut avoir cela très clair dans la tête : c'est le niveau qui change''.

\* \* \*

On ne peut clore cette présentation rapide sans rappeler la progression dont les Journées paraissent marquer le cours. Après une maladroite sensibilisation en 1977, la réunion de 1978 voulait présenter le langage et la réflexion épistémologique qui fondent l'optique systémique. La présence de Paul WATZLAWICK, leur meilleur vulgarisateur en Europe, ne pouvait être mieux choisie. En 1979, le soutien du plus vieil institut de formation à la thérapie familiale, l'Institut ACKERMAN de New York, nous était manifesté comme une insertion dans l'histoire de la thérapie familiale grâce à Kitty LA PERRIERE. Nous ne pouvions mieux y répondre qu'en traduisant et en publiant chez DELARGE en un temps record les textes recueillis par DON BLOCH sous le titre "Techniques de base en thérapie familiale" lancé à cette occasion.

1980 s'est voulu l'étape européenne de la recherche et d'une clinique originale avec les représentants de l'école de Milan.

Après la décision de passer à un rythme à 2 ans, 1982 peut répondre à une des principales questions qui émergent ça et là dans les cycles de formation autour de la personne du thérapeute. Conciliation ou synthèse entre les modèles systémiques et de la croissance personnelle, moyens du changement, tel est le thème que nous propose les 13, 14 et 15 mai 1982 une autre personnalité de premier plan de toute l'histoire de la thérapie familiale : Virginia SATIR.

Cette prochaine réunion de la famille systémique francophone nous permettra d'accueillir de nouveaux animateurs et donc de tisser un nouveau réseau d'amitié et de compétence. Vous y êtes tous conviés avec vos appréciations, vos critiques, vos suggestions.

*Y. COLAS*

## SYSTEMES – HOMEOSTASE – EQUILIBRATION (essai)

Guy AUSLOOS

*“Il existe un processus formateur général qui conduit des formes aux structures et qui assure l'autorégulation inhérent à celles-ci : c'est le processus de l'équilibration”*

(J. Piaget, 1968)

La théorie générale des systèmes s'est révélée particulièrement féconde pour aborder la famille. Tellement féconde que, loin d'en épuiser toute la richesse, les premiers thérapeutes ont pu se contenter d'un nombre restreint de notions théoriques pour élaborer leurs stratégies thérapeutiques. Et ces stratégies se révélèrent suffisamment efficaces pour qu'il n'apparaisse pas nécessaire dans un premier temps d'approfondir ces notions. Après 25 années de pratique cependant, on ressent de plus en plus la nécessité d'une plus grande rigueur conceptuelle dans l'utilisation de concepts comme homéostasie, rétroaction, équilibration . . . Une meilleure compréhension de la dynamique familiale, qu'elle soit fonctionnelle ou dysfonctionnelle, s'avère également de plus en plus nécessaire, particulièrement en ce qui concerne le fonctionnement des familles dites normales, c'est-à-dire ne produisant pas de pathologie identifiable. Sans une telle recherche, la thérapie familiale risque fort de ne pas atteindre sa pleine maturité et d'en rester à n'être qu'un ensemble de recettes plus ou moins efficaces dont les fondements, et donc la légitimité, resteront sujets à caution.

Fort heureusement, de divers horizons, des travaux fondamentaux voient le jour qui sont susceptibles de nous fournir cette rigueur conceptuelle qui allait nous manquer. S'inspirant entr'autres des travaux de Jean-Louis Le Moigne, Bernard Walliser, Ilya Prigogine, René Thom, ce séminaire se propose donc d'ouvrir certaines pistes de recherche en présentant quelques premières réflexions. Il n'est pas possible en quelques pages de donner à ces sujets le développement qu'ils méritent. Nous nous contenterons donc d'indiquer sommairement la direction de nos recherches, nous réservant de les développer dans des articles ultérieurs.

## A propos d'homéostasie :

*“On appelle homéostasie (Cannon) l'adaptation d'un système au maintien d'un état interne constant ; les propriétés homéostatiques d'un système lui permettent de développer plus librement ses autres potentialités” (B. Walliser, 1977).*

S'il est un concept qui revient sans cesse dans les travaux des thérapeutes familiaux, c'est bien celui d'homéostasie. Et pourtant le terme est rarement précisé. Souvent il est assimilé à la tendance à la stabilité et opposé à la capacité de changement du système. L'homéostasie devient alors synonyme de “résistance au changement” ou “tendance au non-changement”. Et elle est présentée comme une caractéristique fondamentale de tout système, ce qui reviendrait à dire que les systèmes seraient opposés au changement ou en d'autres termes que le changement serait peu probable dans le fonctionnement systémique habituel.

A l'homéostasie, on rattache également fréquemment la notion de rétroaction négative ou feedback (Watzlawick, 1974). Il s'agit de ces rétroactions qui réduisent la déviation, l'erreur, l'écart et ramènent le système à son état antérieur. A nouveau donc, ces mécanismes de rétroaction négative vont tendre à réduire le changement.

Jackson (1965) qui le premier applique la notion d'homéostasie à la famille se contente cependant de voir :

“les mécanismes homéostatiques (comme) les moyens par lesquels les normes sont délimitées et renforcées”

ou dit encore que :

“les mécanismes homéostatiques peuvent être vus comme des comportements qui délimitent les fluctuations d'autres comportements dans le domaine particulier où la norme s'applique”

L'homéostasie est donc définie par rapport à une norme de fonctionnement et non comme une tendance au non-changement. Bien sûr si les normes sont rigides, le changement deviendra peu probable. Mais toutes les normes ne sont pas rigides, elles peuvent être négociables.

Von Bertalanffy (1968) quant à lui, nous met en garde :

“L'homéostasie est un principe explicatif inapproprié pour les activités humaines qui sont non utilitaires, c'est-à-dire qui ne servent pas les besoins premiers de conservation et de survivance et leurs effets secondaires ; or, c'est le cas de nombreuses manifestations culturelles”.

Pour expliquer le fait que beaucoup de thérapeutes se soient ralliés à cette conception restrictive de l'homéostasie et aient obtenu des résultats thérapeutiques très satisfaisants, on peut avancer une hypothèse reposant sur l'histoire de la thérapie familiale. Comme le dit Jackson :

“Il est significatif dans le développement de la théorie de la famille que c'est l'observation des mécanismes homéostatiques dans les familles de patients psychiatriques qui a conduit à l'hypothèse de la famille comme système homéostatique et même plus spécifiquement comme système gouverné par des règles”.

Olson (1970) précise encore :

“En résumant la présentation des concepts inhérents aux situations de familles soumises à une expérience thérapeutique, on constate rapidement que la plupart de ces concepts proviennent de travaux entrepris à propos de familles de schizophrènes et qu'il y a peu de tentatives de vérification de la validité de ces concepts lorsqu'on les applique à d'autres types de familles”

Or, dans ces familles l'homéostasie peut souvent être rattachée à la tendance au non-changement comme nous le verrons plus loin.

Par ailleurs, le concept avait été créé par le biologiste Cannon (1932) pour décrire la tendance d'un organisme vivant en général, de la cellule en particulier, à maintenir son milieu interne constant. En reprenant la notion, on a sans doute trop négligé le fait que pour sauvegarder ses constantes la cellule avait à se modifier sans cesse, ne fût-ce que pour assurer ses échanges avec le milieu extérieur sous la forme d'ingestion et de production de déchets. On aurait confondu constance et invariance.

Le Moigne (1977) critique aussi le fait de caractériser l'homéostasie trop restrictivement comme “résistance au changement” et cite le physiologiste français Ch. Richet, qui a inspiré Cannon et qui en 1910 déjà écrivait :

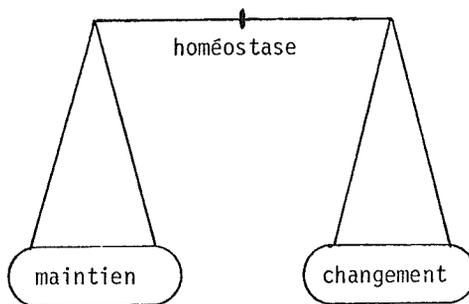
“l'être vivant est stable . . . il est stable parce qu'il est modifiable”

Pendant des années, j'ai moi-même enseigné qu'en fonction de la tendance homéostatique de tout système, celui-ci s'opposait au changement. Je devenais cependant de moins en moins sûr de l'exactitude de cette affirmation. Comment expliquer en effet que dans les familles dites normales, suffisamment de changements puissent survenir pour que soient traversées sans trop de dommages les grandes étapes de la vie ? Comment comprendre que ces mêmes familles soient capables de

résoudre des situations de crise en adoptant des solutions novatrices ? Comment admettre que des modifications importantes du contexte ne se traduisent pas nécessairement par une pathologie résultante ? Comment enfin rendre compte du fait que certaines familles changent suffisamment pour que disparaissent les symptômes ?

Les explications s'en tenant à la tendance homéostatique ou à l'utilisation des rétroactions négatives s'avéraient insuffisantes dans la mesure où elles ne permettaient pas de rendre compte de la créativité, de l'invention, de l'originalité des solutions trouvées. C'est à ce moment que j'ai découvert les travaux de Lynn Hoffman (1971), qui en quelque sorte, réhabilitait la rétroaction positive ou "processus amplifiant la déviation". Celle-ci cessait d'être exclusivement un mécanisme embalant le fonctionnement systémique pour le mener à sa perte, pour devenir une réaction adéquate permettant les changements nécessaires. Il fallait donc modifier le modèle proposé par Watzlawick qui ne considérait que les rétroactions négatives pour retrouver l'équilibre homéostatique. Les rétroactions positives, dans certaines conditions, pouvaient aussi contribuer à restaurer la stabilité.

Ceci m'amena progressivement à considérer que la stabilité homéostatique devait être constituée de deux composantes, une tendance au maintien et une tendance au changement. L'équilibration homéostatique résulterait alors de la tension entre ces deux tendances fondamentales, ce que je représente par une balance dont les plateaux sont occupés par les deux tendances antagonistes, alors que le fléau représente le niveau homéostatique atteint :



Ceci revient à dire qu'il faut séparer les notions de stabilité et de tendance au maintien, la première étant un résultat alors que la seconde est un des moyens d'atteindre ce résultat.

Selon les situations, selon les familles, la balance penche plus de l'un ou de l'autre des côtés, c'est-à-dire que, soit la tendance au maintien et aux rétroactions négatives prévaut, soit c'est la tendance au changement et les rétroactions positives, pour le plus grand bien de l'homéostasie, c'est-à-dire de la stabilité systémique.

Lorsqu'une famille se sent en butte à des attaques à son fonctionnement, c'est souvent la tendance au maintien qui est activée. C'est ce que l'on peut constater par exemple lorsqu'une famille appartenant à une minorité culturelle ou religieuse se sent menacée dans son identité. La tendance au maintien pourra se traduire par le renforcement des croyances, l'accentuation des rituels, l'observation de plus en plus scrupuleuse des prescriptions.

Dans ce cas-là, l'homéostasie, c'est-à-dire la stabilité, se trouve de fait renforcée par la rigidification des modes de fonctionnement, par le refus de chercher des solutions nouvelles et par les rétroactions négatives visant au maintien de la structure.

Mais si nous prenons la situation d'une famille paysanne dont les ressources économiques tendent à s'amenuiser parce que les produits qu'ils cultivent sont de moins en moins demandés ou que leur production devient de plus en plus coûteuse, on risque de voir à un certain moment activée la tendance au changement. Ce sera le fils aîné qui proposera de rationaliser les cultures, ou le père qui essayera d'autres produits, ou encore la mère qui commencera un petit élevage d'appoint, ou encore la fille qui partira à la ville pour diminuer les charges.

Dans ce cas-là, la stabilité — économique dans l'exemple — sera maintenue grâce aux changements, aux innovations, à l'utilisation du procédé d'essais et erreurs, aux rétroactions positives amplifiant la déviation par rapport à l'ancienne norme (s'équiper avec de nouvelles machines agricoles).

Les deux exemples que nous venons de donner peuvent aussi bien aboutir à la normalisation qu'à la pathologie. N'est-il pas légitime pour une minorité de défendre son individualité, n'est-il pas souhaitable que les paysans bénéficient de l'évolution des techniques ? Tradition comme progrès peuvent parfaitement se justifier ; mais on se rend immédiatement compte que tout est une question de degré.

Si la famille minoritaire se coupe du monde environnant au point de refuser tout contact et tout apport, elle deviendra vite sectaire. Si la famille paysanne effectue des changements trop radicaux, elle risque d'aller à sa perte pour n'avoir pas assez tenu compte des exigences de l'environnement. Intolérance comme expérimentation chaotique peuvent être considérées comme pathologiques.

Remarquons également que dans les deux situations, la solution inverse aurait pu être — et est parfois — adoptée. Des familles minori-

taires acceptent parfois avec succès de se fondre dans la culture dominante de même que des familles paysannes arrivent à maintenir leurs traditions sans pour autant périlcliter économiquement.

Sur le plan psychopathologique, on pourrait dire que l'apparition d'un trouble n'est donc pas liée aux mécanismes homéostatiques, pas plus qu'elle ne pourrait être rattachée à la tendance au maintien ou à son inverse, la tendance au changement. Ce qui est en cause, c'est le degré d'activation d'une de ces tendances et l'adéquation de cette activation à la situation problématique.

Pour résumer ce qui précède, je dirais que l'homéostasie n'est pas une tendance mais une modalité d'équilibration du système qui lui permet de garder une stabilité suffisante au travers du temps et des événements. Cette équilibration est la résultante de la tension antagoniste entre deux tendances fondamentales, la tendance au maintien et la tendance au changement. L'homéostasie n'est donc pas un état que l'on atteint, mais un niveau dynamique, ou encore une "stabilité cinématique" pour reprendre Le Moigne (1977). Essayons de transposer cette compréhension aux familles, en les situant sur un continuum par rapport à deux fonctionnements extrêmes.

Il ne s'agirait pas d'un essai de classification réductrice ou de l'établissement d'une nosographie soi-disant systémique, contre laquelle Ackermann et bien d'autres nous ont prévenus. Il s'agit seulement de proposer un schéma des fonctionnements homéostatiques familiaux selon un continuum dont les familles B et C occuperaient les extrêmes alors que les familles A occuperaient la position moyenne. Il est vraisemblable que, selon les moments et les événements auxquels elles sont confrontées, les familles passent plus ou moins longtemps par chacun de ces trois niveaux. Il est certain que jamais une famille ne peut être décrite de façon satisfaisante par un de ces niveaux. Il serait faux également de relier un de ces niveaux à une pathologie résultante, même si certains états prédisposent plus particulièrement à certaines manifestations. C'est pourquoi je souscris entièrement à ce que dit Haley (1969) :

"il n'existe pas de type de famille qui produise un type de patient, mais il se produit dans une famille, à un certain stade, une perturbation suivie d'une intervention externe qui occasionne un comportement symptomatique chez un ou plusieurs membres de la famille"

Ces réserves étant faites, on pourrait distinguer grossièrement trois types de fonctionnement selon le niveau homéostatique qui caractérise la famille au moment considéré :

A : systèmes familiaux fluctuants ou à interactions flexibles

B : systèmes familiaux convergents ou à interactions rigides

C : systèmes familiaux divergents ou à interactions chaotiques

J'emprunte les termes "convergent" et "divergent" à Walliser (1977) qui les utilise pour décrire les évolutions des systèmes quasi-décomposables en fonction de l'accentuation ou du relâchement des liens entre les sous-systèmes. Comme on le verra, il s'agit en effet bien de l'évolution des liens entre membres de la famille et de l'influence de ces liens sur les mécanismes homéostatiques. J'utilise le terme "fluctuant" pour décrire les mouvements de faible amplitude du système proche de l'équilibre. Les termes "flexible", "rigide" et "chaotique" font plus référence à la mobilité structurelle du système qu'à son évolution. Ils sont suffisamment explicites pour ne pas nécessiter d'explications. Ils ont déjà été utilisés antérieurement bien que de façon plus limitative, par Epstein et coll. dans le "MacMaster Model" (1978) pour décrire les modalités de contrôle du comportement dans la famille.

Les familles du type A seraient les familles dites normales. Elles ont la possibilité d'activer, selon la situation problématique, la tendance au maintien ou la tendance au changement (fluctuations). Elles vont donc utiliser également les rétroactions positives ou négatives. Ceci suppose que le système soit suffisamment ouvert pour utiliser les informations venant de l'extérieur et suffisamment fermé pour sauvegarder sa cohérence interne. L'organisation amènera une diminution de l'entropie. La possibilité de se livrer au jeu des essais et erreurs et d'amplifier ou de réduire la déviation constatée (rétroaction positive ou négative) pour atteindre le but recherché sera sauvegardée par la flexibilité de l'organisation, par la souplesse des négociations, par le respect des différences. La spontanéité et la créativité pourront s'épanouir. L'homéostasie sera réellement une "stabilité cinématique", c'est-à-dire sans cesse mouvante et capable de changer, d'adapter son niveau de manière adéquate à la situation.

Les familles du type B ont été abondamment décrites dans la littérature de thérapie familiale puisque ces familles rigides peuvent produire sous certaines conditions un membre psychotique. La tendance au maintien est prévalente et laisse peu de chances aux possibilités de changement. Les rétroactions négatives prédominent, amenant à la rigidification de la structure. Ces systèmes se ferment progressivement et leurs frontières avec l'extérieur deviennent de plus en plus imperméables. Les informations venant de l'extérieur diminuent et l'entropie augmente (Prigogine). La créativité diminue proportionnellement, ainsi que la possibilité d'affronter la réalité extérieure, pour faire place au

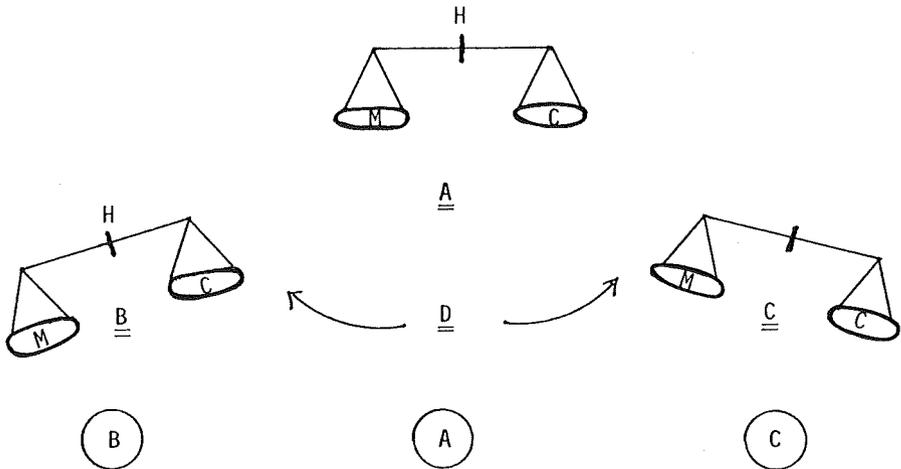
conformisme stérile. Les relations deviendront donc à la fois plus fusionnelles et plus clivées ; les possibilités de différenciation et d'identification de chacun des membres s'amenuiseront ; les communications deviendront de moins en moins compréhensibles pour l'observateur et peuvent aboutir aux transactions psychotiques proprement dites. Les règles se rigidifient tout en devenant de plus en plus fragiles et inadéquates. Les rôles sont de plus en plus caricaturaux. La négociation n'est plus possible et l'immobilisme s'installe. En simplifiant on pourra alors assimiler l'homéostasie à la tendance au maintien dans la mesure où elle se fige à un niveau déterminé, quelle que soit la situation.

Les familles du type C auront tendance à refléter leur destructuration par des troubles au niveau du comportement. Certaines familles à transactions délictogènes en sont un exemple. Cette fois c'est la tendance au changement qui prévaut et peut aller jusqu'à l'absurde. Les rétroactions positives fleurissent et l'amplification de la déviation qu'elles entraînent débouche sur la désorganisation. A nouveau donc l'entropie augmente mais cette fois ce n'est plus par manque d'informations, mais par incapacité de les utiliser. L'ouverture du système est telle que les frontières sont à peine encore perceptibles. Les informations venant de l'extérieur affluent donc en masse d'une façon telle qu'elles deviennent inutilisables et sèment la confusion. Il n'est plus question de tactique par essais et erreurs dont on peut tirer des conclusions, mais d'un comportement erratique le plus souvent stérile. La créativité laisse la place à la confusion, à l'embrouillamini. On ne peut plus se fier aux règles, prévoir les comportements, gérer les décisions par des négociations. L'homéostasie n'est qu'une suite de changements sans logique et plutôt que de parler de niveau dynamique, il faudrait parler d'agitation.

Il faudrait encore mentionner une quatrième catégorie : celle des systèmes familiaux que j'appellerais "alternants" ou "pendulaires". Ce seraient les familles du type D dont le comportement alterne selon les moments entre le type B et le type C. Dans certaines situations elles se figent dans l'immobilisme pour un temps plus ou moins long, pour ensuite se structurer dans l'agitation, ceci pouvant se répéter suivant un mouvement pendulaire. Certaines familles de toxicomanes semblent fonctionner de cette façon.

Cette catégorisation est bien évidemment très schématique. Elle ne permet pas suffisamment de rendre compte de l'évolution des familles dans le temps. C'est ainsi que telle famille qui fonctionnerait à un moment donné sur le mode B peut à un autre moment atteindre le niveau de fonctionnement A. C'est d'ailleurs précisément parce que les fonctionnements homéostatiques sont modifiables et évoluent dans le temps que des interventions familiales thérapeutiques sont possibles.

Le tableau suivant résume ce que nous venons de dire en permettant de comparer ces modes de fonctionnement :



Tendance au maintien prévalente

Prédominance des rétroactions négatives

Système tend à la fermeture (implosion) ;  
tendance centripète ;  
frontières peu perméables

Entropie élevée (par manque d'informations venant de l'extérieur)

Relations :

- intriquées
- non définies
- indifférenciées

Règles figées et intangibles mais fragiles

Uniformisation  
immobilisme

Adéquation de la tendance à la situation

Alternance de rétroactions positives et négatives

Système semi-ouvert ;  
centralisation-individuation ;  
frontières semi-perméables

Activation de la négentropie (par la circulation des informations)

Relations :

- ajustées
- définissables
- différenciées

Règles négociables et modifiables mais fiables

Créativité-souplesse

Tendance au changement prévalente

Prédominance des rétroactions positives

Système tend à l'ouverture extrême (explosion) ;  
tendance centrifuge ;  
frontières trop perméables

Entropie élevée (par excès d'informations qui les rend inutilisables)

Relations :

- désengagées
- définies négativement
- indifférenciées

Règles inconsistantes et mouvantes mais inapplicables

Confusion-agitation

Ce schéma permet des applications thérapeutiques intéressantes. Si en effet l'homéostasie ne peut plus être assimilée à la tendance au maintien, on se rend compte que, si l'on veut faire alliance à l'homéostasie en cours de traitement, il faudra au préalable faire un diagnostic des modalités homéostatiques de la famille. Il faudra alors, en fonction de ce diagnostic, faire alliance à la tendance prévalente, c'est-à-dire soit au maintien, soit au changement, soit aux deux. Il faudra ensuite permettre à la famille de découvrir la possibilité dont elle dispose, sans bien le savoir, d'utiliser l'autre tendance.

Il n'est pas possible de développer ici les stratégies thérapeutiques qui découlent également de cette catégorisation. Je me contenterai de les mentionner en me réservant de les développer ultérieurement. J'ai dit plus haut que les familles de type B pouvaient s'apparenter aux familles à transactions psychotiques. Dans ces familles un des messages pathogènes est le double-lien. La stratégie qui en découle est l'utilisation du double-lien thérapeutique ou encore de la prescription paradoxale.

Dans les familles de type C on peut en général identifier des messages du type de ceux que Ferreira (1970) a décrits sous le nom de "split double-bind" ou "double-lien scindé"<sup>1</sup>. J'expérimente actuellement une stratégie, que j'ai appelée le "double-lien scindé thérapeutique", dans laquelle également on renverse le message pour qu'il permette à la famille de découvrir de nouvelles modalités interactionnelles. Elle sera exposée dans un prochain article : "Thérapie familiale et institution" (Ausloos, 1981).

## A propos d'équilibration

*"... un objet identifié par ses projets dans son environnement tapissé de processus" (Le Moigne, 1977)*

L'étude des modalités homéostatiques des familles permet de rendre compte d'un certain nombre de dysfonctionnements familiaux.

<sup>1</sup> Je pense plus correct de traduire "split-double-bind" par "double-lien scindé" plutôt que "double-lien de scission". Sa caractéristique est en effet d'être scindé au départ entre deux personnes bien plus que d'entraîner une scission. Cette traduction suit par ailleurs plus fidèlement la forme participiale anglaise (split).

Demeurent certaines situations qui semblent ne pas entrer dans ce cadre. Je veux parler de ces familles dont le fonctionnement habituel est apparemment normal, dont les interactions sont suffisamment satisfaisantes et qui pourtant produisent un patient-désigné. Le thérapeute se trouve souvent désarmé, dans l'incapacité où il se trouve de repérer des dysfonctionnements importants et donc de poser un diagnostic dans les termes où nous l'entendons. C'est comme s'il se trouvait en présence d'une famille normale produisant néanmoins un membre anormal.

C'est ici que les conceptualisations faites par Le Moigne sur l'équilibration du système général (Le Moigne, pp. 153 et subs.) permettent d'apporter un éclairage nouveau. Je me permettrai de les simplifier pour l'application aux familles en renvoyant le lecteur à ces pages très denses. Le Moigne considère entre autres le système général comme un ensemble finalisé que l'on peut séparer de son environnement par une frontière. Ceci lui permet de définir l'équilibration comme le résultat de la relation entre le système et son environnement ou plus précisément entre les projets (ou finalités) du système et les modifications de l'environnement. Il décrit alors quatre formes d'équilibration qu'il présente dans un tableau à quatre entrées que je reproduis ci-dessous en le simplifiant :

Relation du système avec		Ses projets (ou finalités)	
		permanente	changeante
son environnement	permanente	1) régulation (homéostasie)	3) adaptation structurelle (trans-formation)
	changeante	2) adaptation fonctionnelle (homéorhèse ou homéogenèse)	4) évolution structurelle (morphogenèse)

- (1) (2) (3) morphostases  
 (4) morphogenèse

Ce tableau peut être comparé à la classification de Wertheim (1972-1975) puisque les trois premières formes d'équilibration sont des morphostases alors que la quatrième est une morphogenèse. Je n'ai cependant pas le loisir de présenter ici une discussion satisfaisante sur les homologies et les différences entre ces deux classifications.

Examinons plutôt, en prenant l'exemple d'une famille, ce que recouvrent ces formes d'équilibration :

1. Régulation (homéostasie) : sans reprendre ce que je viens de développer je me contenterai d'attirer l'attention sur le fait qu'il s'agit d'une forme simple d'équilibration puisque la relation du système avec ses projets et son environnement est stable, permanente (homéostasie = rester le même). C'est donc la forme d'équilibration la plus courante. Dans cette mesure, il est clair que lorsqu'elle est dysfonctionnelle, les troubles résultants risquent d'être importants et de persister longtemps. Dans les familles, ce sont ces régulations qui permettent la vie journalière, la gestion des décisions courantes, les modalités organisationnelles du quotidien. C'est au niveau de ces régulations que s'exprime le mieux la force de l'habitude et donc une certaine difficulté à changer (inertie) plutôt que résistance au changement. On comprend cependant que modifier une de ces règles du fonctionnement habituel (régulation vient de règle) aura un effet sur l'ensemble des interactions. D'où l'efficacité de la majorité des thérapies familiales travaillant essentiellement sur l'homéostasie.

2. Adaptation fonctionnelle (homéorhèse ou homéogénèse) : cette fois, si la relation du système avec ses finalités ne se modifie pas, la relation à l'environnement n'est plus la même. C'est la situation que connaît une famille qui déménage ou, plus encore, qui émigre. Le fonctionnement qui s'avérait adéquat dans l'environnement précédent devient dysfonctionnel. Il faut donc s'adapter. Mais il suffit d'adapter le fonctionnement, il n'est pas nécessaire de modifier les structures. On pourra soit re-coder le programme antérieur (homéorhèse = s'écouler de même), soit susciter des programmes complémentaires qui permettront de maintenir le fonctionnement antérieur (homéogénèse = engendrer le même).

On voit le rapprochement possible avec les théories de Piaget qui définit l'adaptation de l'individu comme une succession d'assimilations et d'accommodations permettant d'adapter les schémas de fonctionnement à la situation considérée, en fonction du stade de développement de l'intelligence. De même que certaines adaptations ne sont pas possibles pour certains individus, de même ces adaptations fonctionnelles ne peuvent être réalisées par certaines familles, avec l'apparition de dysfonctionnements ultérieurs, voire d'une pathologie résultante. Dans ces cas-là, il s'agira moins de modifier les mécanismes homéostatiques que de permettre à la famille de découvrir de nouveaux modes de fonctionnement.

3. Adaptation structurelle (trans-formation) : cette fois le système modifie sa relation avec ses projets, ses finalités, dans un environnement

stable. Ceci survient lors des grandes étapes de la vie d'une famille : naissance, mort, entrée dans l'adolescence d'un des membres . . . Si l'on prend cette dernière situation, l'adolescence, on s'aperçoit qu'un certain nombre de règles qui structuraient la vie familiale de façon adéquate jusque-là deviennent caduques. Le projet de constituer une famille unie qui partage les mêmes activités devra par exemple être modulé pour permettre à l'adolescent d'expérimenter des activités plus autonomes. Les finalités antérieures du système ne cadrent plus avec les finalités individuelles d'un de ses membres : il faudra donc opérer des transformations (trans-formation = modification de la forme). On s'aperçoit que ce type d'équilibration est devenu bien plus complexe que les précédents. Et il n'est donc pas étonnant de voir que, même dans les familles dites normales, l'entrée dans l'adolescence d'un des membres déclenche une crise qui n'est pas seulement individuelle mais familiale. Ce n'est pas seulement l'adolescent qui est en crise mais toute la famille. Par crise, j'entends, au sens systémique, l'état d'un système au moment où un changement est imminent.

L'expérience montre que certaines familles sont incapables d'effectuer de telles transformations, alors qu'elles pouvaient s'adapter sur le plan fonctionnel et réaliser une homéostasie satisfaisante. Ceci explique l'apparition de pathologies, parfois importantes, dans des familles dont le comportement jusque-là était relativement satisfaisant. Ne dit-on pas que l'hébéphrénie est par excellence la psychose qui apparaît à l'adolescence ? Et si, dans nombre de familles, cette psychose se concoctait depuis longtemps, dans certaines on comprend mal les raisons de son apparition. Sans doute faut-il y voir l'émergence d'une pathologie spécifique liée au remaniement structurel qu'impose l'adolescence.

Nous avons pu observer également que, dans certains cas, c'était comme si la famille se trompait de mécanisme d'équilibration et effectuait une adaptation structurelle alors qu'il suffisait d'une adaptation fonctionnelle, ou l'inverse. Telle cette famille de coopérants qui, rentrant d'Afrique, modifiait sa structure en laissant aux deux enfants aînés (de cinq) les leviers de commande de la famille. La structure familiale se trouvait modifiée puisque les enfants aînés, adoptant une partie du rôle parental, se mettaient en position de parentification. Il eût pourtant suffi de quelques adaptations fonctionnelles pour que cette famille puisse modifier son attitude face à la nouvelle situation qu'ils avaient à affronter en Europe.

Inversement, il n'est pas rare de voir des familles déménager, (*cf. La fureur de vivre* d'Elia Kazan où James Dean reproche à son père

d'avoir déménagé chaque fois qu'il avait un problème à l'école ou dans le quartier), s'expatrier, divorcer même lors de l'adolescence d'un enfant. Dans ce cas-là les difficultés d'une adaptation structurelle sont évitées au profit d'une adaptation fonctionnelle. Comme s'il suffisait de modifier le fonctionnement pour que le problème structurel soit résolu.

A nouveau, nous sommes forcés d'insister sur l'étape diagnostique avant d'entreprendre une thérapie familiale. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'un diagnostic posé en termes individuels, en suivant la nosographie classique, mais bien plus d'un diagnostic structurel et dynamique, évaluant entre autres les mécanismes d'équilibration du système familial, la façon dont les rôles sont distribués, les règles impliquées, les mythes et les secrets sous-jacents.

4. Evolution structurelle (morphogenèse) : cette forme d'équilibration concerne peut-être moins les thérapeutes familiaux, du moins en première approximation. Morphogenèse signifie qu'une nouvelle forme (morphè) est engendrée (genèse). Ce qui jusque-là apparaissait comme satisfaisant ne l'est plus. Il s'agit de changer de forme, de structure, de fonctionnement, en un mot d'évoluer. Le système tel qu'il existait n'est plus apte à remplir ses finalités et à se confronter à l'environnement. Cette équilibration suppose donc une néo-formation de système, la disparition de l'antérieur pour que naisse le suivant. Si je dis que le thérapeute de famille est sans doute moins concerné, c'est qu'il n'a, la plupart du temps, pas à prendre l'initiative de cette morphogenèse. C'est le système lui-même, et lui seul, qui a la possibilité d'évaluer si une modification de cette importance est justifiée. Le rôle du thérapeute devrait se borner ici à ce que la question puisse se poser clairement.

On voit poindre ici la conception éthique que nous avons de la thérapie familiale. Le thérapeute n'a pas à imposer sa conception normative implicite mais à permettre à la famille de découvrir les solutions qui lui sont propres. Il est bien plus un activateur du système qu'un directeur de son fonctionnement. Il s'agit là bien sûr d'une position idéale qui ne pourra jamais être pleinement atteinte. D'où l'importance dans une formation d'aborder les présupposés habituellement implicites, les interactions héritées de la famille d'origine, les rôles qu'on ne peut s'empêcher de jouer. Jamais le thérapeute ne pourra se poser à l'extérieur du néo-système "famille en traitement". Il sera toujours impliqué en tant que personne dans le système thérapeutique et se trouvera donc inévitablement dans le champ de force des règles suscitées par ce système et des rôles qu'il distribue. Son art consistera à utiliser cette position particulière pour permettre au système d'évoluer.

Les exemples de morphogenèse sont assez évidents : deux personnes décident de vivre ensemble et quittent leurs familles d'origine pour former un nouveau système qui, peut-être, deviendra une famille ; inversement, deux personnes se séparent et reforment ailleurs de nouveaux couples. Entre ces extrêmes, toutes les variantes sont possibles, qu'il y ait ou non des enfants, que ceux-ci suivent l'un ou l'autre, que la séparation soit conflictuelle ou non, etc. . . Les morphogenèses font problème essentiellement dans deux situations : lorsqu'elles surviennent en lieu et place d'une autre forme d'équilibration qui n'a pu se réaliser ; lorsqu'elles ne se réalisent pas complètement et que les néo-systèmes viennent en fait se superposer à l'ancien sans le remplacer vraiment.

La première situation est presque banale, celle d'un divorce de parents d'adolescents. L'adaptation structurelle que la famille devait faire tant au niveau du couple qu'au niveau de ses relations avec les enfants (redéfinition des règles, des rôles, des statuts, en un mot des finalités) ne peut se réaliser et le couple préfère une séparation à une adaptation. Cette solution est sans doute satisfaisante si elle ne fait qu'entériner une situation plus ancienne de mort du couple ; si elle est le résultat d'une erreur d'équilibration, outre les conflits presque inévitables, elle risque d'entraîner des comportements symptomatiques chez l'adolescent du type fugue, échec scolaire, délinquance, etc. . .

Lorsque la morphogenèse est nécessaire mais ne peut se réaliser complètement, des problèmes similaires peuvent également apparaître. Tel ce couple divorcé depuis deux ans, le père s'étant remarié depuis et la mère vivant avec un ami, qui se présente bras dessus, bras dessous dans l'institution où leur fils de 16 ans vient d'être placé à la suite de fugues et de délits mineurs. Ils expliquent combien leur divorce a été harmonieux et comment ils s'accordent encore parfaitement pour ce qui est de leur fils. Ce n'est qu'après six entretiens de famille que le conflit latent peut être abordé, libérant l'adolescent de son rôle de trait d'union, chargé de confirmer l'apparente bonne entente tout en signalant que les problèmes persistent. L'achèvement de la morphogenèse entraîne la disparition du comportement symptomatique de l'adolescent.

Ces considérations sur l'équilibration sont importantes en fonction du parti thérapeutique qu'on peut en tirer et des possibilités de compréhension qu'elles présentent. Nous sommes en effet amenés à compléter la typologie que nous présentions dans la première partie. Si les dysfonctionnements résultant des régulations homéostatiques sont responsables d'une bonne part des pathologies rencontrées, il n'en faut pas moins considérer également ces dysfonctionnements beaucoup plus circonstanciels qui sont liés aux autres modalités d'équilibration.

Le tableau suivant nous permettra de résumer ces différences :

## *Dysfonctionnements liés aux*

### *régulations homéostatiques*

évoluent au cours des ans, au travers des aléas de la vie quotidienne

### *régulations homéostatiques*

le patient-désigné a une fonction homéostatique, qui permet la poursuite du jeu, que celui-ci soit orienté vers le maintien ou vers le changement

les symptômes ont une allure plus chronique

l'intervention thérapeutique portera plus sur les règles, les rôles, les mythes

### *autres formes d'équilibration*

apparaissant lors de modifications dans l'environnement ou les finalités du système et sont donc plus circonstanciels

### *autres formes d'équilibration*

le patient-désigné a une fonction de suppléance, qui cristallise sur lui les effets néfastes qui pourraient résulter de la mauvaise équilibration

les symptômes apparaissent plus souvent sous forme de crises

l'intervention thérapeutique visera plus à réactiver les mécanismes d'équilibration défailants par clarification de la situation

Une fois de plus, nous sommes forcés d'insister sur ce qu'une telle classification a d'artificiel. Si l'équilibration ne se réalise pas de façon pleinement satisfaisante, il est bien évident que l'homéostasie elle-même n'était pas parfaitement fonctionnelle. Inversement, si l'homéostasie n'est pas satisfaisante, il est probable que les troubles résultants s'accroîtront lorsque d'autres formes d'équilibration seront nécessaires.

Il n'en demeure pas moins utile de faire porter l'intervention thérapeutique plutôt sur tel aspect que sur tel autre, selon le diagnostic posé. Il est également important de prendre conscience que, lorsque le symptôme présenté est grave, la pathologie familiale elle-même n'est pas nécessairement aussi importante que les troubles le laisseraient supposer. Notre attitude subjective s'en trouvera profondément modifiée et donc nos chances d'induire un changement thérapeutique seront augmentées. Cette connotation positive implicite du système familial ne peut que faciliter l'ensemble du processus.

*Guy Ausloos*

Responsable de la formation en  
Thérapie familiale – IES – SMP – Genève  
Avenue de Montoie, 22 – 1007 Lausanne

## BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. : "Secrets de famille" in *Annales de psychothérapie : changements systémiques en thérapie familiale*. Paris : E.S.F., 62-80, 1980.
2. AUSLOOS, G. : "Ces choses qu'on ne peut pas dire" in *Thérapie Familiale*, Genève : Médecine et Hygiène, I (1), 85-92, 1980.

3. AUSLOOS, G. : "Thérapie familiale et institution" in *Champs professionnels : Thérapie Familiale*, Genève, I.E.S., 1981.
4. BERTALANFFY, L. (Von) : "Théorie générale des systèmes". Paris : Dunod, 1973 (trad. J.B. Chabrol).
5. EPSTEIN, N.B., BISHOP, D.S., LEVIN, S. : "The McMaster Model of Family Functioning" in *Journal of Marriage and Family Counseling*, 19-31, 1978.
6. JACKSON, D.D. : "The question of Family Homeostasis" in *Psychiat. Quart. Suppl.* 31, 79-90, 1957.
7. JACKSON, D.D. : "The Study of the Family" in *Family Process*, 4, 1-20, 1965.
8. FERREIRA, A.J. : "The Double-Bind and Delinquent Behavior" in *Arch. of General Psychiatry*, 3, 359-367, 1960 — trad. in *Annales de psychothérapie* : Paris : E.S.F., 81-90, 1980. (Trad. J.C. Benoît)
9. HALEY, J. : "An Editor's Farewell" in *Family Process*, 8, 149-158, 1969.
10. HOFFMAN, L. : "Deviation-Amplifying Processes in Natural Groups" in Jay Haley (ed.) : "*Changing Families*": a Family Thérapy Reader", New York : Grune & Stratton, 285-311, 1971.
11. HOFSTADTER, D.R. : *Gödel, Escher, Bach : an Eternal Golden Braid*, New York : Basic Books, 1979.
12. LE MOIGNE, J.L. : *La théorie du système général : Théorie de la modélisation*. Paris : P.U.F., 1977.
13. MILLER, J.G. : *Living Systems*, New York : McGraw-Hill, 1978.
14. OLSON, D.H. : "Marital and Family Therapy : Integrative Review and Critic" in *Journal of Marriage and the Family*, 32 (4), (traduction française in *Service social*), 501-538, 1970.
15. PIAGET, J. *Le structuralisme*. Paris : P.U.F. — Que sais-je ? , 1968.
16. PRIGOGINE, I., STENGERS, I. : *La nouvelle alliance — métamorphose de la science*. Paris : Gallimard, N.R.F., 1980.
17. THOM, R. : *Modèles mathématiques de la morphogénèse*. Paris : U.G.E., 1974.
18. WALLISER, B. : *Systèmes et modèles — Introduction critique à l'analyse des systèmes*. Paris : Editions du Seuil, 1977.
19. WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J., JACKSON, D.D. : *Une logique de la communication*. Paris : Seuil — Points, (trad. J. Morche), 1974.
20. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, H. : *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris : Seuil — Points, (trad.), 1976.
21. WERTHEIM, E.S. : "Family Unit Therapy and the Science and Typology of Family Systems" in *Family Process*, 12, 361-376, 1973.
22. WERTHEIM, E.S. : "The Science and Typology of Family Systems II. Further Theoretical and Practical Considerations" in *Family Process*, 14, 285-309, 1975.

## Avis aux abonnés

A la fin de cette première année de parution, nous remercions nos abonnés et sommes sûrs de leur fidélité.

Ils recevront par la poste l'avis pour renouveler leur abonnement ainsi que les indications facilitant le paiement dans les différents pays francophones.

Faites nous savoir comment encore mieux répondre à votre attente.

*La rédaction*

## L'INFORMATION UTILE POUR TENTER UNE APPROCHE SYSTEMIQUE

Philippe CAILLE

Toute donnée relative au système étudié n'est pas nécessairement utile. Seul l'élément qui introduit une "différence" par rapport au précédent état de connaissance est précieux. Il peut être utilisé alors pour faire apparaître une "différence" dans le système de relation thérapeute-famille, par exemple nouvelle hypothèse de travail, connotation positive ou négative d'un comportement. Le recueil d'information est donc un phénomène actif et sélectif. Le magnétophone qui enregistre une conversation n'assemble aucune information, il recueille seulement du "bruit". A l'écoute du matériel sonore, une partie de celui-ci deviendra information, le reste restera bruit.

Ici surgit une première difficulté. Ce qui devient information dépend de la vision du monde de l'observateur, de l'épistémologie à laquelle il se réfère. Notre épistémologie est notre façon d'organiser un monde autrement incompréhensible. La question n'est pas de savoir si elle est vraie ou fausse, mais si elle nous permet d'atteindre le but que nous nous sommes fixé, si elle correspond à notre propos.

Nous sommes depuis l'enfance conditionnés par une épistémologie Aristotélicienne qui nous pousse à fixer notre attention sur le trait particulier qui dissocie une partie de l'ensemble, sur la possibilité de diviser le phénomène pour traiter séparément les parties. L'épistémologie post-Aristotélicienne à laquelle appartient l'approche systémique voit au contraire le monde comme un ensemble où les parties s'influencent les unes les autres et où le dénominateur commun de l'ensemble, les règles du système doivent être au centre de notre compréhension si nous voulons agir sur le cas particulier.

Prenons par exemple le cas du cancer. Il est habituel de "voir" la personne atteinte de cancer comme la maladie et son stade d'évolution tandis que l'individu lui-même n'a plus qu'un rôle accessoire. Une telle optique conditionne le comportement de l'individu et de l'entourage et a une valeur prophétique non négligeable. Les réactions de l'intéressé et de l'entourage peuvent concourir à déterminer l'issue redoutée.

Il est en fait impossible de séparer le fait de concevoir la personne comme "cancéreuse", fait épistémologique, de la malignité tumorale, de

même qu'il est impossible de dissocier le fait de considérer un individu comme "fou" ou "anormal", à nouveau phénomène épistémologique, de l'évolution de son état psychique.

Notre propre vision épistémologique systémique nous portera donc à retenir comme élément d'information essentiel le climat épistémologique du système à considérer puisqu'il est le contexte sans lequel le symptôme aussi bien que tout autre donnée historique ne peut recevoir de sens. Ce concept peut aussi être défini comme le schéma d'orientation du système dans le monde ambiant.

### **Schéma d'orientation d'un système**

Il peut être déduit du comportement et des attitudes des membres du système. Il n'est pas déclaré puisqu'il est supposé être la vérité, la réalité du monde. Comme le dit Bateson dans son dernier livre, "Mind and Nature", "ce qui est primordial, c'est le fait d'accepter que les idées (dans un sens très général du terme) ont leur propre validité et réalité. Elles sont ce que nous pouvons savoir et nous ne pouvons rien savoir d'autre. Les connexions ou les "lois" qui lient les idées entre elles, nous les appelons "vérités"."

Ce que nous appelons schéma d'orientation d'un système, par exemple une famille, est pour cette famille une vérité ou un ensemble de vérités. Ce qui est l'objet de commentaires spontanés n'est pas ces "vérités" considérées comme l'ordre naturel, mais les "accidents" qui dérangent cet ordre en le confirmant du moins aussi longtemps que les "accidents" ne deviennent pas trop fréquents.

Ce schéma d'orientation, ce système d'autoreprésentation est important à appréhender pour éviter d'être impliqué dans des discussions moralisatrices sur la nature de l'accident. L'accident ne peut être compris indépendamment de la nature de l'ordre ambiant, cela vaut pour le phénomène anorectique comme pour le comportement asocial.

Autre apport important de Bateson : le postulat que notre représentation d'un système humain doit, du fait même de notre perception, apparaître comme une série de modèles circulaires d'interaction également représentatifs et valables, mais ne pouvant être fusionnés car appartenant à des niveaux logiques différents. Nous pouvons donc, utilisant une représentation imagée un peu simpliste, voir le système d'autoreprésentation de la famille comme une série de cercles superposés tournant autour d'un pivot commun.

Ces cercles représentent les schémas attendus d'interaction circulaire à des niveaux logiques distincts, donc séparés, mais s'influençant réciproquement. Un changement total du statut

sociogéographique d'une famille, perturbation à un niveau d'interaction, provoquera assurément une modification de la répartition interne des rôles des participants, perturbation à un autre niveau, mais la répercussion n'est ni immédiate, ni entièrement prévisible dans sa forme. On pourrait donc soutenir que dans un système humain susceptible d'adaptation, ces cercles d'interaction tournent à vitesse variable autour du pivot commun bien qu'ils s'influencent les uns les autres.

Dans un système rigide au contraire, une telle laxité n'est pas tolérable et les cercles sont à leur périphérie unis par des attaches verticales transformant le tout en un espèce de cylindre. Une brusque modification de vitesse au niveau inférieur suffit à mettre sous tension tous les niveaux d'interaction du fait de la soudure qui supprime la perception des différents ordres logiques d'interaction. Il se crée ainsi des situations paradoxales comme dans certaines dictatures où le fait de détester la course à pied peut être compris comme une insulte aux valeurs morales du pays et à sa magistrature suprême avec les conséquences que l'on peut imaginer.

Les difficultés des systèmes humains paraissent tenir non pas à leur schéma d'autoreprésentation, ni à leur ordre (dans la mesure où ils sont modifiables), ni aux "accidents" (qui sont inévitables puisque l'ordre n'est qu'une "idée" de l'ordre), mais bien à la confusion des niveaux logiques de représentation, qui bloque les possibilités évolutives du système. Il nous paraît important, pour intervenir spécifiquement sur le système, d'isoler au moins deux niveaux hiérarchiquement distincts dans son schéma d'autoreprésentation, deux des cercles souvent présentés dans l'état de crise comme fusionnés. Le premier de ces niveaux, que nous appelons modèle phénoménologique, correspond au cercle inférieur. Il consiste en la chaîne circulaire d'interactions qui entraîne l'apparition du symptôme ou de l'accident à certains moments, sa disparition à d'autres. L'autre niveau est celui de la représentation de la famille en tant que famille dans l'univers, et correspond à un des cercles supérieurs. Nous l'appelons modèle mythique. Les deux modèles sont dans leur essence des "vérités" familiales qui ne peuvent être énoncées par les participants, mais leur caractère de croyances partagées, de lois, apparaît clairement lorsqu'ils sont utilisés dans une prescription ou un commentaire.

### **Tracé des modèles phénoménologiques et mythiques**

Le tracé du modèle phénoménologique se base sur l'utilisation d'une prise de renseignements relativement traditionnelle et se laisse habituellement assez facilement réaliser. Sont surtout d'importance la

prise de contact avec le thérapeute, les circonstances de la première apparition du symptôme, les facteurs favorisant son apparition ou sa disparition. On se basera également sur l'observation directe en séance du comportement des intéressés.

L'accident ou le symptôme rend facile le recueil des renseignements utiles à l'établissement du modèle phénoménologique. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le modèle mythique dont le tracé demandera plus d'intuition et d'ingéniosité. Les commentaires verbaux à ce niveau ont souvent plus de valeur par ce qu'ils cachent ou réfutent que par ce qu'ils révèlent. Les méthodes d'investigation plus indirectes sont ici d'importance : commérage organisé, encouragement à la lecture de pensée, challenge dialectique par formulation provocatrice. On s'appuiera également sur les renseignements recueillis sur l'historique et les traditions familiales, ainsi que sur les méthodes d'exploration de mode analogique, en particulier utilisation de la dimension spatiale au cours des séances, sculpture familiale, rituels et tâches familiales.

### **Utilité de l'information recueillie**

L'identification de traits caractéristiques au système considéré par l'énoncé de deux modèles représentatifs à deux niveaux logiques différents, a plusieurs conséquences pratiques quant aux possibilités d'une intervention thérapeutique efficace.

1. Le thérapeute sait pourquoi "l'accident" est accident dans le système. Il peut faire l'énoncé des lois qui ont été enfreintes, et reconnaître les difficultés éprouvées par les intéressés sans se sentir personnellement engagé à prendre parti comme accusateur ou défenseur de la personne déviante.
2. La connaissance du modèle mythique permet une redéfinition de l'image et des lois du système par le biais de la connotation positive ou par la prescription de rituels.
3. Ces éléments permettent enfin de parvenir lorsque nécessaire au contreparadoxe. Le paradoxe de base présenté par le système est de prier le thérapeute de changer le modèle phénoménologique qui inclut le symptôme, sans modifier les autres niveaux de représentation et d'interaction du milieu familial, donc entre autres le modèle mythique. Le contreparadoxe comprend la prescription de la conservation du symptôme et du modèle phénoménologique, par respect pour les hautes valeurs contenues dans le modèle mythique. Par là même, le modèle

mythique est décrit comme un ensemble de valeurs, un choix humain, et non plus comme une “vérité” introduisant indirectement la possibilité d’un changement.

*Dr Philippe Caillé*

Directeur Clinique du Centre  
de Guidance Familial de Sagene  
Drøbaksgt, 1  
Oslo 4 – Norvège

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G.: *Mind and Nature*. E.P. Dutton. New York 1979.
2. CAILLE, P.: Phase d’évaluation en thérapie familiale systémique. Changements systémiques en thérapie familiale. *Annales de Psychothérapie*. 1980.
3. CAILLE, P.: Comment l’intervention thérapeutique peut-elle créer les conditions d’un changement dans la relation humaine (à paraître dans “Actualités Psychiatriques”).



## ROLE ET LIMITES DES MODELES EN THERAPIE ET EN FORMATION

### AFFECTIVITE — PENSEE — ACTION

Dr Yves COLAS

Si comme l'écrit E. MORIN, le progrès scientifique est souvent nourri de l'erreur<sup>1</sup>, nous ne nous préoccupons pas trop de savoir avec quelle rigueur le modèle systémique dont nous parlerons ici, cadre avec celui des physiciens, des économistes, etc... Il reste cependant qu'un saut a été effectué dans la pensée humaine, qu'il est en harmonie avec l'évolution des sciences en général et que son effet (direct ou indirect, peu importe) commence à se faire sentir dans la réflexion du psychothérapeute. Cet effet atteint la francophonie avec un retard dont la constatation est précisément à l'origine de toute la dynamique des Journées de Lyon et de cette revue qui en est issue.

Une récente recherche à la demande d'une revue américaine<sup>2</sup> pour une histoire de la thérapie familiale en France, m'a posé bien des questions. Il semble en effet, qu'une première version de la thérapie familiale ait été apportée ça et là<sup>3</sup>, mais que la graine n'ait pas pris. Et, tel un problème d'Ecologie, cela pose en termes circulaires<sup>4</sup> la

- 1 "... je crois vrai que la science progresse souvent grâce à des contre-sens, à la façon des mutations génétiques où l'irruption d'une erreur, qui reste une erreur dans le système ancien, n'est plus nécessairement une erreur dans le nouveau système qu'elle a transformé et où elle devient une "vérité". E. MORIN — Avec E. MORIN à propos de la méthode — Edisud 1980, p. 14.
- 2 Y. COLAS — "Family Therapy Movement in France" — Family Therapy News — A.A.M.F.T. — Volume 12, Number 3 — May 81.
- 3 Expériences de Woodburry à Paris, restées curieusement sans lendemain, au point de retrouver certains de ses collaborateurs dans les controverses (habituelles) psychanalyse/système.
  - Importante bibliographie reconstituée par DEMANGEAT et BARGUES à Bordeaux et Slim AMMAR à Tunis pour le Congrès des Aliénistes de 1972.
  - Bref contact également sans suite de l'école lyonnaise après la publication de "Psychiatrie communautaire" (HOCHMANN) et la thèse de PELLET.
  - Plus continues, mais isolées — presque clandestines — les trajectoires d'Alla DESTAN-DAU à Menton et de J.M. GUILLERME en Morbihan.
- 4 A condition bien entendu d'admettre au point de vue circulaire une valeur. L'un de ceux qui auraient pu rapporter — il y a près de 15 ans — un dynamisme à la mesure du privilège d'un long séjour américain, ne nous disait-il pas : "le raisonnement circulaire est celui que l'on tient quand on n'est pas capable d'en formuler un en termes linéaires". (Cf. Prigogine . . .).

question de l'adaptation entre le milieu "d'accueil" et l'immigrant (le café ou la pomme de terre, ont fleuri avec un égal bonheur au temps de Parmentier ou de Louis XIV) mais nous ne nous intéresserons ici qu'à l'un des deux termes de cette relation : l'importateur. Qu'est-ce donc que la transmission d'une idée nouvelle ? Concrètement, l'essaimage passe par des hommes, des écrits. Et l'évolution de l'idée nouvelle n'est pas indépendante de la personne, de la valeur (au sens large) de l'écrit. C'est ainsi que se pose, au plan de la transmission d'un pays à l'autre, le problème de la transmission. Ceci nous renvoie nécessairement à un rappel des notions de base de la Théorie de la Communication. Ici, le canal prend toute son importance, comme la qualité du travail du codeur et du décodeur (traductions).

Mais on notera au passage qu'une analogie a été faite implicitement entre "la Transmission des idées d'un pays à un autre" et la transmission d'une conceptualisation<sup>5</sup> par un animateur aux participants à l'atelier, puisque tel en est le thème. Ainsi apparaît la différence souvent mal faite entre une notion réifiée (la Transmission...), et ce qui n'est pas perçu d'emblée comme son homologue organismique<sup>6</sup> : une formation, un enseignement, un atelier etc... C'est l'occasion de réfléchir sur la fréquence des *pièges linguistiques*, puisque, pour beaucoup, les idées "se transmettent", nourrissant l'illusion commode d'une génération spontanée et réflexive<sup>7</sup> de l'idée nouvelle, douée d'un dynamisme propre et d'une existence séparée, en soi, sans support.

Ce faisant, j'ai la sensation d'être cohérent avec mon objectif puisque cette démarche nous conduit naturellement à un ré-examen de notre façon de formuler les idées, les faits, dans une direction précise. Nous ne tiendrons pour formulable, que ce qui aura au moins résisté à une première critique : valeur des mots utilisés, pertinence des significations, distinction des niveaux (concret, métaphorique, symbolique, allusif, etc...) dans la phrase utilisée; exigence d'homogénéité dans la syntaxe. Ce qui nous renvoie à une meilleure connaissance de *la logique* et de *la linguistique*.

Le processus ainsi esquissé, correspond à une critique des mécanismes de *la Connaissance*, de la définition de *la Réalité* dans toute sa relativité. Cette dernière ne peut pas ne pas éveiller d'associations d'idées sur la Relativité et le peu qui en est diffusé — et compris — dans

5 Autre aspect de la migration de concept, ou notion de "concept baladeur" selon E. MORIN (*Loc. cit.*).

6 Exactement comme la Pensée ne se transmet pas sans l'Action du corps dans un contexte spatio temporel.

7 Réflexive : au sens optique.

l'enseignement secondaire. Et nous nous trouvons ramenés à notre point de départ sur la fécondité de la remise en question de notre perception du "Réel" et de l'intérêt de "l'erreur". Tel une courbe qui se referme en un cercle — individualisant le plan qui la contient —, ce bouclage détermine un au-dessus et un au-dessous, deux portions d'espace qui ont un rapport, avec ce plan, et entre elles. Bien sûr, ceci n'est qu'une image, et vous pourrez la réfuter. Vous pouvez aussi la visualiser mentalement. Dans un cas comme dans l'autre nous avons échangé une relation qui vous oblige à réagir. Vous commencez à vous définir. Peut-être votre imagination ne "fonctionne-t-elle pas suivant ces catégories d'espace", ou peut-être direz-vous que vous n'avez "aucun goût pour les constructions mentales". Certes nous avons tous une histoire personnelle, et notre façon actuelle de percevoir un enseignement, des idées, l'abstraction en général, évoque à chacun tout autre chose que des idées seulement (ceci pour dire qu'une réflexion qui se veut "systémique", n'exclut nullement l'individu avec tout ce que l'apport Freudien a permis de mieux comprendre, et pour éviter l'opposition stérile et itérative entre Système et Psychanalyse).

C'est précisément au niveau de cette dialectique entre l'individu et le Système (dont il fait partie et auquel il contribue, qu'il constitue et sans lequel il ne peut vivre), que peut être reprise l'image classique du dépassement d'une dichotomie par une transcendance. Le processus de l'émergence. Et c'est pourquoi nous y relierons la notion de *qualité émergente*. C'est en effet une vue intégrative de l'opposition entre l'individu et sa famille (pour se limiter à un groupe qui n'est pas quelconque) qui conduit à une nouvelle notion — celle du fonctionnement systémique — laquelle ne nie aucune des caractéristiques individuelles, mais permet une fécondité, une efficacité face aux impasses des problèmes posés en termes individuels. Ce n'est pas une opposition dichotomique comme le blanc et le noir, la musique et le bruit, mais un changement de niveau grossièrement comparable à ce qui différencie par exemple la vue et ce qui se passe chez un aveugle de naissance, ou encore ce que nous percevons très bien quand nous l'appelons colère, inquiétude, et le fonctionnement endocrinien sous-jacent ; un changement d'échelle.

Depuis le début, nous évoluons sur un terrain miné. Nous n'avons rien démontré, rien énuméré. Nous avons sous entendu que A et non-A ne s'excluent pas nécessairement et que  $A + B$  n'est qu'un aspect de la Réalité. Peu d'éclaircissement et de définitions, plus "d'approfondissement" et de mise en doute. Plus Montaigne que Descartes<sup>8</sup> en tous cas. Et si nous n'avons pas fait de "dénombrement si complet" qu'ils

<sup>8</sup> Descartes : "Discours de la méthode". VRIN, Paris, 1946.

puissent épuiser notre sujet, nous nous sommes livrés jusqu'à présent à une série *d'analogies*. C'est "comme ça" et c'est aussi autre chose. Alors ce n'est pas très "scientifique" ?

Mais qu'est-ce qui est scientifique et qu'est-ce qui ne l'est pas<sup>9</sup> ? Et d'abord qu'est-ce qu'être scientifique ? Ici interviennent les notions de niveau dans la formulation — et donc dans la communication, à l'autre comme à soi-même — car, scientifique est un attribut qui comporte un jugement. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'un objet *n'est* pas bleu ou rouge (qualité émergente d'une série de phénomènes de ré-émission des atomes excités par un rayonnement) mais changera de couleur (qualité émergente) suivant la lumière qui l'éclaire. "Oui, mais *la* lumière est *notre* lumière, celle qui nous vient du soleil avec sa composition bien connue (voyez arc-en-ciel) — certes, à condition de se rappeler cette relation à la lumière qui *donne* sa couleur à l'objet". Dans ce cas "toute lumière égale"<sup>10</sup>, nous pourrions en faire abstraction la plupart du temps. Mais il faudrait prendre garde d'assimiler définitivement — par paresse — cette qualité, à l'objet étudié.

Il n'y a là, rien de nouveau si nous transposons à la famille. Tout le monde sait que le petit *n'est* jamais si sage que lorsqu'il vit chez les grands-parents ou chez les amis, en l'absence des parents ! "oui, mais c'est parce qu'il *est* malin". Et, d'une discussion implicite pour savoir s'il *est* sage chez l'un ou pas sage chez l'autre, découle l'attribution d'une nouvelle qualité intrinsèque : la malignité, connotation très négative.

C'est dire encore qu'il ne s'agit pas d'un enfant malade, ni d'un modèle de sagesse. Mais existerait-il un *modèle* d'enfant ? (Notons au passage la tonalité qui connote le terme de modèle, par un glissement de sens : le modèle comme exemple, comme idéal vers lequel tendre, *se modeler*, pour être "mieux"). A ne pas confondre avec le modèle réduit du modélisme, réplique partielle de l'objet, et surtout, le schéma mental qui permet de *modéliser*).

Le rapport entre l'utilisation des modèles et le raisonnement par analogie apparaît alors nettement. Dans une homologie<sup>11</sup> on cherchera des points communs, une "forme" commune (Gestalt) pour faire progresser la démarche de l'esprit à la recherche d'autres points,

<sup>9</sup> LE MOIGNE : "La théorie du système général" — P.U.F. Paris, 1977.

<sup>10</sup> Nous ne ferons qu'évoquer le problème très général qu'évoque cette fameuse condition préalable, — et trop souvent transposée sans critique de sa pertinence dans le domaine de la vie — des "toutes conditions égales par ailleurs". Réductionnisme fécond dans le domaine d'une certaine physique, il devient une négation de la complexité, de l'aspect multifactoriel de la réalité vivante.

<sup>11</sup> L'homologie n'est pas l'égalité.

d'autres formes communes qui ne seraient pas apparues au premier regard. Dans un but de connaissance plus complète de l'objet ou pour agir sur lui avec lui<sup>12</sup>. Certes, il faut à tout instant vérifier la pertinence du modèle et ne pas lui faire dire ce qu'il ne dit pas. Vues d'avion, certaines "efflorescences" des pistes d'envol ont pris le nom de marguerites, mais là s'arrête la comparaison florale. Il est donc des modèles riches et des modèles pauvres, et l'on peut se poser la question de leur fécondité propre, proportionnellement (ou non) à leur précision, leur qualité évocatrice. Peut-être n'est-ce encore que confondre l'objet et la fonction ? Si le modèle n'est lui-même que l'une des premières productions du mécanisme d'évocation, processus créatif dans sa réflexibilité, véritable *feed back positif* à effet d'entraînement, de "recrutement"<sup>13</sup>.

Si le processus de modélisation est un élément de la création par retour sur nos moules internes, alors il nous faut non seulement connaître nos modèles préférés, mais aussi modéliser la démarche de nos raisonnements ouverts ou fermés, démonstratifs et liés à une conviction qui se veut convaincante, ou inductifs et prêts à faire la place de l'erreur et du doute. Donc reconnaître que la pensée en marche est celle d'un être de sentiments, de besoins, pour qui cette activité remplit une fonction. A la fois produit et moyen.

Cette double définition rejoint l'exigence d'une clarté des *contextes* de communication. Chaque raisonnement est à la fois ce qu'il contient et ce en quoi il sert à la personne qui le formule. Mais il est aussi réaction au milieu, à l'entourage en un temps donné. En ce sens raisonnement et communication partagent la dialectique de la liberté. Ni l'un ni l'autre ne sont libres (d'influences, d'intentions) ni l'un ni l'autre n'auraient d'existence sans les contraintes qui les définissent et leur donnent naissance et sens.

Apparaît ainsi un sens différent de la responsabilité, du mérite, de la faute. Donc du désir, de l'envie, de la peur, du thérapeute comme de la Famille. Ni intentionalité moralisante et culpabilisante. Ni irresponsabilité donnant au physiologique, au psychologique, ou au social un déterminisme déshumanisant. Dans un contexte d'échange (nécessité vitale) de matière, d'énergie et d'information – structuré par ces échanges *et* leur donnant forme et contenu – se développe un processus évolutif par lequel des êtres s'individualisent tout en appartenant à un groupe. Pas d'individualisation (différenciation au sens de Murray BOWEN) sans une certitude de la "solidité" du groupe au

<sup>12</sup> Cf. Bachelard "pour se dégager des images, il faut agir sur le réel" Matérialisme rationnel, p. 57.

<sup>13</sup> Au sens neurophysiologique de stimulation réflexe d'un nombre croissant de neurones.

moment évolutif considéré. Pas d'individualisation possible sans une définition claire des relations de l'individu au groupe. Et pas de définition claire sans une définition stable du groupe au moment de l'action<sup>14</sup>. Pas d'évolution possible du groupe sans un processus d'individualisation souple des participants.

Or, les fonctions du groupe comme de l'individu sont multiples, synchrones et souvent contradictoires. D'où la nécessité de poser des actes, des jugements, des choix, qui dépassent le simple aspect adaptatif, rejoignant l'aléatoire, l'imprédictible, l'indéterminisme.

C'est cet ensemble auquel — pour l'instant — on donne pour image le modèle systémique. Raisonnement *globaliste*<sup>15</sup> qui admet de ne pas tout savoir d'un "objet" qui se modifie, pendant le temps de l'observation, et "à cause" de l'observateur (définition de la *complexité*) mais qui se reconnaît quand même une possibilité d'en modifier l'équilibre lorsque celui-ci s'est rigidifié au point de "souffrir", perdre ses qualités adaptatives et inventives (conditions de la demande de soins).

Très schématiquement, on peut alors définir le système comme un ensemble d'interactions en forme<sup>16</sup>, entre des éléments qui ont une histoire commune. Ils viennent d'un avant pour aller vers un après, se sont liés en se différenciant de l'environnement — créant leur propre contexte — (cf. les notions de reconnaissance sociale, de marginalité, etc...). Éléments qui interagissent non seulement entre eux, mais aussi avec l'environnement (nécessité vitale)<sup>17</sup> et qui se modifient (lien avec l'infra-système, autre nécessité vitale) en changeant les règles de leurs relations.

Dès lors des analogies peuvent être formulées (avec leur richesse et leur fragilité) et certains thérapeutes familiaux recherchent très près de la physique moderne, des modèles plus ou moins mathématisés. Sans discuter de l'éventuelle rigidification que cela peut représenter, nous préférons y voir une incitation à des échanges pluridisciplinaires dont la psychiatrie et la psychothérapie, souvent refermées sur elles-mêmes (quand elles n'entrent pas dans la clôture) ont le plus grand besoin.

C'est ainsi que les modèles des *structures dissipatives* de Prigogine (avec la formation instantanée de structures différentes dans un milieu sous l'effet d'un fort gradient de transmission d'énergie) ont pu nourrir

<sup>14</sup> Cf. en Gestalt le fond et la forme. Cf. Bateson : "le signal c'est la différence".

<sup>15</sup> Ou "holistique".

<sup>16</sup> Notion de Pattern.

<sup>17</sup> Cf. "entre le cristal et la fumée" H. Atlan — Le Seuil.

recherches sur le changement, images du processus (la saltologie) etc... même si, comme il nous l'a confié en boutade, ce grand prix Nobel considère la thérapie familiale comme une réaction assez élémentaire : "vous secouez le système, et vous voyez la nouvelle forme que ça prend ! "

Comme toute tentation d'épuiser un modèle, ces démarches posent la question des limites de validité et de fécondité du modèle. J'y vois deux risques : l'un est de subordonner le mouvement de la connaissance à une idée maîtresse l'unité de la Science, l'unité de la Pensée<sup>18</sup>, l'autre de faire naître un nouveau réductionnisme en cédant à la crainte d'affronter, encore sans modèle préalable, la complexité du réel. A condition d'en être conscient ceci ne dévalorise en rien l'exploration minutieuse et exhaustive de toutes les possibilités du modèle. Le tout est de savoir si, une fois explorée, cette forme est mise au musée, ou adorée. Il est des reliques scientifiques, que telle intelligentsia peut commodément traiter de vestige ou de dogme, suivant sa propre rigidité, ou selon l'interlocuteur.

La valeur du modèle dépend donc de l'usage qui en est fait. Ce qui réintroduit une certaine intentionnalité dans la relation à soi-même ou à l'autre.

C'est pourquoi la fonction du modèle est aussi importante que le modèle lui-même. Banalité pour l'artiste que ce modèle qui "fait voir la réalité" ainsi reconstruite (P. Klee) ou qui ne sert que de catalyseur à l'efflorescence de l'inspiration. Donc un rapport de pouvoir qui s'établit entre le thérapeute (et le formateur, puisque tel est le titre de cet atelier) et son modèle, pour l'exercice de son art. Plus prosaïquement, un "bon" modèle mis au service d'un contexte<sup>19</sup> non thérapeutique (thérapeute en situation de justification de non respect du contrat, d'indisponibilité d'écoute, de défense etc...) ne peut devenir thérapeutique. Inversement, et à l'extrême, un modèle faux ou inadéquat peut remplir une fonction de réassurance du thérapeute, si le bouclage de ce circuit lui rend toute disponibilité. C'est toute la question de l'explication a posteriori, ou de ce que certains maîtres de la thérapie familiale disent *faire*, oubliant ou même niant l'autre face de leur façon *d'être*.

Développement de la créativité avec l'aide de modèles, recherche d'une plus grande cohésion de la personne du thérapeute par la réduction de l'écart entre l'être et le faire, telles seront donc deux des principales

<sup>18</sup> E. MORIN : "la connaissance n'est pas faite pour dissoudre le mystère des choses mais au contraire pour le révéler" (*loc. cit.*) p. 23.

<sup>19</sup> Cf. "contexte et métacontexte" Selvini et Coll. In *Thérapie Familiale*, Vol. 2, No 1, p. 19 à 27.

directions d'une formation à la thérapie systémique. On voit que l'induction du changement dans les règles de fonctionnement du système familial venu en thérapie, est indissociable du changement du thérapeute lui-même. Deutero-changement,<sup>20</sup> si le changement est acquisition (d'information sur d'autres façons d'être et de faire, et donc de possibilités d'être et de faire autrement) il est apprentissage. Et le plus efficace reste toujours celui qui apprend à apprendre, et non celui qui donne une seule solution nouvelle<sup>21</sup>.

Celui qui enseigne ainsi à la famille à devenir elle-même, on le comprend, aura dû, le premier, se mettre en chemin pour devenir lui-même. Ce qui n'interdit pas, bien au contraire, le partage de l'expérience (passée ou présente) avec le système familial. Les familles nous enseignent tout au long des thérapies. Et peut-être est-ce le signe d'une entrée dans l'endoctrinement, la rigidité lorsqu'avec le plaisir d'être ensemble, disparaît l'étonnement<sup>22</sup>, la surprise<sup>23</sup> la sensation d'avoir encore appris.

Or apprendre est aussi toujours "désapprendre" pour rompre avec ce qui nous bloque, nous enferme et nous aliène. Pour rester jeune<sup>24</sup>. Donc ne plus désapprendre c'est ne plus apprendre. Se figer dans la lumière cristalline et froide des certitudes transmises et le rejet de l'informe, de l'imprévisible. Ainsi peut s'entretenir un mouvement incessant créateur entre une affectivité faite de désir, d'incomplétude face à "une ignorance qui se connaît elle-même, qui sait s'approcher du difficilement dicible"<sup>25</sup>, une pensée qui nomme, rassure, propose des modèles, et une action qui met à l'épreuve, confirmant et infirmant tout à la fois, porteuse de satisfaction et de nouvelle insatisfaction.

Ce mouvement alimente nécessairement aussi les échanges constants entre formation et thérapie, lieux de devenir et d'être pour chacun.

Je ne voudrais pas en terminer avec ce catalogue d'évidences sans rappeler un aspect de ces évidences : la qualité d'évidence est bien souvent reconnue sans qu'on se pose la question de savoir si le reste de notre pensée s'accorde avec cette vérité. C'est alors une forme

20 Bateson : "vers une écologie de l'esprit". Le Seuil, tome 1 et 2, 1981.

21 Ce serait ici le lieu de discuter ce que les systémiciens appellent "loi de la variété requise" et son application au domaine pédagogique.

22 "... une vraie explication n'est pas ce qui tue la surprise, c'est-à-dire le mouvement qui a provoqué la recherche : une vraie explication restituée à un nouveau niveau l'étonnement original ; une explication ne doit jamais tuer l'étonnement" E. MORIN *loc. cit.*, p. 23.

23 Selvini et Coll. "paradoxe et contre-paradoxe" E.S.F., Paris, 1978.

24 O. Reboul "qu'est-ce qu'apprendre", p. 200, PUF Paris, 1980.

25 E. Morin, *Loc. cit.*, p. 23.

d'incohérence dont nous pouvons nous accommoder, jusqu'à ce que l'échec thérapeutique nous paralyse (à moins que nous ne le placions sur le compte des autres, du destin, de la fatalité<sup>26</sup>). La qualité d'évidence est bien souvent attribuée afin d'éviter une relation. A soi-même ou à l'autre, par abus de terme dont le sens n'est pas partagé.

Dernière évidence, si un système, une interaction, une personne, se structurent d'une certaine façon du fait du choix d'un type de fonctionnement, le maintien de ce fonctionnement renforce la structure et limite de plus en plus, les possibilités de choix (la "variété"). Il en est ainsi en thérapie, comme dans toute situation humaine. Ironie de la médecine ou de l'incommunication, ce sont les spécialistes de cette partie apparemment immuable et fixée dans sa structure : l'os, qui nous apprennent le mieux combien toute position est un équilibre dynamique de chaque instant, équilibre qui donne sa forme toujours remaniée à une structure dont les éléments sont à tout instant remplacés, comme il en est de tout organisme. Ne l'oublions pas lorsque se posera la question de la portée politique du travail systémique en thérapie familiale.

*Y. Colas*

Association Lyonnaise de Thérapie Familiale  
Centre Hospitalier Spécialisé  
F - 69450 St-Cyr-Au-Mont-d'or

<sup>26</sup> A. Scheflen : Suzanne sourit. Family Process No 17, Mars 1978, in Thérapie Familiale No 1, Vol. 2.

**ATELIER EN THÉRAPIE FAMILIALE  
AVEC CAROLE GAMMER, PH.D., USA, PARIS**

**Séminaire d'introduction pour professionnels**

S'adresse à toutes les personnes intéressées et couramment impliquées dans le travail avec les familles.

Date : Atelier 1 Ven., Sam., Dim., 19-20-21 Mars 1982  
Atelier 2 Ven., Sam., Dim., 19-20-21 Novembre 1982

Lieu : PARIS

Le séminaire sera conduit en anglais  
avec traduction en français

Participation : 450 Francs

Inscription : Carole GAMMER  
7, rue Massenet  
75016 PARIS  
FRANCE

## **ECO-PSYCHOSOMATIQUE : INFLUENCE DE LA FAMILLE SUR L'ENFANT MALADE ET VICE-VERSA**

Dr. Théo COMPERNOLLE

La dichotomie cartésienne entre corps et esprit a grevé la médecine occidentale, et particulièrement les spécialités techniques, d'une quantité de présupposés qui sont en fait autant de préjugés. Dans la formation comme dans la pratique médicale, il est aussi peu tenu compte des retombées psychiques d'une maladie organique que des conséquences de facteurs psychiques sur les fonctions corporelles. L'influence du milieu social sur le bien-être physique et psychique de l'individu, et vice versa, est encore moins pris en considération.

### **Le modèle de pensée de la médecine traditionnelle est dépassé**

Dans notre médecine hautement spécialisée et technicisée, le rôle important que jouent les facteurs psycho-sociaux dans la genèse, l'évolution et l'éventuelle guérison de toute maladie échappe généralement à l'attention. Il ne s'agit pas là d'une petite erreur superficielle mais d'un vice fondamental, induit par le modèle linéaire et sommatif des sciences fondamentales traditionnelles duquel s'inspirent la science médicale et surtout la formation et la pratique médicales.

Le glissement qui s'est opéré depuis le début du siècle dans toutes les sciences fondamentales d'une pensée réductionniste linéaire et sommative, vers une vision systémique, dans laquelle les éléments ne sont plus étudiés comme des systèmes clos, isolés de leur contexte, a insuffisamment pénétré la médecine. 75 ans après qu'Einstein ait formulé la Théorie de la Relativité et que Heisenberg ait introduit le Principe d'Incertitude, dans la plupart des facultés de médecine l'on enseigne une physique Newtonnienne à l'état pur, comme si Einstein et Heisenberg n'avaient pas existé, comme si leurs découvertes n'avaient pas révolutionné les sciences fondamentales. Il ne faut pas s'étonner dès lors, que nous ayons la plus grande peine à nous détacher d'un mode de pensée linéaire, sommatif et réductionniste dans lequel le corps humain est étudié comme

- a) un système clos, isolé de son contexte
- b) un ensemble d'organes fonctionnant chacun en grande partie séparément.

En conséquence, nous estimons que chacun de ces organes, s'il devient malade, peut être traité séparément par des spécialistes fonctionnant indépendamment l'un de l'autre, sans souci particulier pour le contexte dans lequel fonctionne le malade. Pour certains malades pris individuellement, cette approche spécialisée a donné des résultats spectaculaires. Mais pour la santé publique dans son ensemble, elle a été beaucoup moins utile qu'on ne le pense généralement. Celle-ci s'est bien plutôt améliorée grâce aux progrès des situations économique, alimentaire et hygiénique de la population et grâce à certaines actions préventives, parfois peu spectaculaires et de ce fait mal appréciées à leur juste valeur.

Les recherches épidémiologiques et les études sur l'apparition ou la disparition ainsi que la sémiologie des entités nosologiques ont clairement démontré que ce sont les facteurs de l'environnement qui conditionnent la santé publique, et que la médecine n'y joue qu'un rôle restreint et fortement surestimé.

Voici en exemple quelques chiffres éloquentes :

New York 1812 : mortalité due à la tuberculose : plus de 700/10 000/an

New York 1882 (l'année où Koch découvrit son bacille) 370/10 000/an

New York 1910 (inauguration du 1er sanatorium) 180 x 10 000/an

New York après la 2ème guerre mondiale, avant l'application généralisée des tuberculostatiques : 48/10 000/an.

## **Ecopsychosomatique**

Ce qui a été perdu de vue, c'est qu'il est difficile, voire impossible d'être malade dans une partie de son corps sans que ceci n'influence le fonctionnement de tout l'individu, et qu'il est difficile, voire impossible que l'individu tombe malade sans que ceci n'ait d'influence sur son contexte social et vice versa. Il faudra donc se départir du terme "psychosomatique" précisément parce que ce concept n'inclut pas le facteur milieu; et comme les concepts que nous utilisons déterminent en grande mesure nos pensées et nos actions, je propose le terme "écopsychosomatique" en précisant tout de suite que toute maladie est écopsychosomatique. Le début, le cours et la guérison de chaque maladie dépend d'une conjonction de facteurs de la corporalité, de la personnalité et du milieu, qui s'influencent mutuellement. L'épistémologie réductionniste sur laquelle s'appuyaient les sciences fondamentales jusqu'au début du 20ème siècle ne tenait pas compte de ces interactions.

## Recherches sur l'influence du milieu social sur la maladie

Après avoir décrit une certaine structure de la personnalité (définie comme personnalité type A) comme facteur de risque prédisposant à l'infarctus du myocarde, Rosenman et Friedman (6-7) et Caffrey (8-9) se sont rendu compte que ce n'était pas tellement la structure de la personnalité elle-même qui constituait le facteur de risque, mais l'interaction entre cette personnalité et un contexte social déterminé.

En étudiant le malade dans son contexte psychosocial, des résultats similaires furent obtenus pour l'alcoolisme, le tabagisme, la goutte, certains cancers, l'hypertension, les ulcères gastriques, le rétablissement après une opération à cœur ouvert etc. (10).

D'après Holmes (11) la conjonction de certains événements demandant une réadaptation sociale (décès du partenaire, maladie, séparation, déménagement, promotion etc.) se produisant dans une même période, coïncide avec le début de certaines maladies comme la tuberculose, des troubles cardiaques, la hernie discale.

Depuis e.a. l'article sur le double lien comme facteur étiologique de la schizophrénie (12), le rôle du milieu social dans les troubles psychiatriques s'est notablement précisé. L'influence de la famille sur les troubles psychosomatiques des enfants et vice versa fut démontré de façon dramatique par L. Baker et S. Minuchin au Childrens Hospital et à la Child Guidance Clinic de Philadelphie. Leurs premières recherches étaient centrées sur le diabète hyperlabile, l'asthme cortico dépendant et l'anorexie mentale. (13-14-15)

Dans le groupe des enfants diabétiques, on peut distinguer trois sous-groupes : le diabétique normal sous médication et sous contrôle régulier des urines, les diabétiques présentant des problèmes de comportement les diabétiques hyperlabiles. Ce dernier groupe est un cauchemar pour le pédiatre : en clinique ils peuvent être équilibrés avec des doses ordinaires d'insuline, mais dès qu'ils rentrent à la maison ils sont déréglés, ils se mettent à vomir, ce qui les empêche d'aller à l'école à moins qu'ils n'entrent en coma acidosique, nécessitant l'hospitalisation d'urgence.

Les psychiatres infantiles à orientation individuelle traditionnelle émettaient l'hypothèse que ces enfants montraient une insuffisance à maîtriser les stress et qu'ils retenaient leurs émotions.

Ces enfants furent pris en thérapie afin de leur apprendre à mieux négocier leurs émotions, et l'on conseilla aux parents d'éviter autant que possible les conflits et les situations stressantes. Le résultat thérapeutique était nul. Dans certains cas, on essaya alors de pratiquer une "parentectomie" et ces enfants furent envoyés en colonie ou en internat où le plus souvent leur diabète ne posait plus de problèmes. Cet

éloignement de l'enfant de son milieu considéré comme pathogène participe de la logique de la causalité linéaire, courante en médecine. Dans une chaîne d'évènements, dans un réseau de facteurs qui s'influencent mutuellement, on introduit de façon assez arbitraire une relation de cause à effet. L'apport de la thérapie familiale amena à changer d'optique sur ce problème.

### **Caractéristiques cliniques des familles comportant un enfant à maladie psychosomatique**

L'observation des familles à enfants diabétiques hyperlabiles montra que la difficulté à résoudre les conflits était une caractéristique importante de toute la famille. Au lieu d'éviter le conflit on opta alors pour la solution inverse : on empêcha les familles d'éviter les conflits et on les stimula et aida à les résoudre. Tout d'abord, cette stratégie eut pour conséquence que l'enfant diabétique entraînait en décompensation acidotique après chaque session de thérapie familiale. Mais quelques semaines plus tard, quand la famille eut appris à résoudre ses conflits, le caractère hyperlabile du diabète disparut complètement. Au début, les thérapeutes familiaux pensaient eux aussi en termes de familles pathogènes et considéraient que la thérapie familiale portait sur l'étiologie. L'observation de populations plus grandes de diabétiques hyperlabiles, d'asthmatiques cortico-dépendants et d'anorexiques mentales amena à la conclusion qu'une description en termes de cause à effet faussait les données de l'observation. En effet, la perturbation était au niveau de la structure et du fonctionnement de la famille dans son entier. La structure de la famille subissait autant l'influence de la maladie qu'elle l'influencait elle-même.

Les observations cliniques permirent de décrire une structure familiale qui s'avéra être typique (13-14-15). En résumé :

1. la famille fonctionne de façon enchevêtrée, les frontières entre les individus sont insuffisantes ainsi que la sphère privée de chacun et l'autonomie des différents membres de la famille.
2. surprotection mutuelle des membres de la famille. Ceux-ci sont hypersensibles aux tensions. L'enfant malade lui-même détient une responsabilité importante dans la protection de la famille, entre autre au moyen de ses symptômes.
3. rigidité : la famille s'agrippe au statu quo dans des situations nécessitant le changement et l'évolution.

4. tolérance des conflits très basse entraînant une solution insuffisante des conflits. Ou bien, le conflit est carrément nié ou évité, ou bien on se chamaille à tout propos, mais on s'arrête avant d'arriver à une solution.
5. l'enfant joue un rôle important dans le conflit entre les parents,
  - soit comme partenaire pour un couple parental à première vue harmonieux
  - ou bien en coalition rigide avec l'un des parents dès que le conflit devient évident
  - soit dans une relation triangulaire où l'enfant se trouve d'une part devant un choix impossible : si les parents ne sont jamais d'accord, ce qui est bon pour l'un est automatiquement mauvais pour l'autre; et où d'autre part par une tactique de "divide et impera" il obtient ce qu'il veut dans des situations où des consignes rigoureuses seraient plus indiquées.

### **Recherches concernant la structure des familles comportant un enfant psychosomatique**

Cette impression clinique se trouva confirmée dans 2 types de recherches scientifiques :

1. **la tâche familiale** : 4 consignes furent données à la famille par magnétophone. Leur exécution était enregistrée sur vidéo et analysée. Cette recherche confirma les 4 premiers points, le 5ème ne pouvant être démontré de façon concluante parce que, dans ce test aussi, les familles cherchèrent à tout prix à éviter le conflit.
2. **l'interview diagnostique familiale** qui démontra de façon dramatique l'influence des conflits parentaux sur l'enfant et vice versa. La méthode employée fut celle du dosage régulier des acides gras libres parce que ceux-ci sont très significatifs pour le diabétique en même temps qu'ils constituent une mesure d'excitation (arousal).

Tout d'abord les 3 groupes de diabétiques, (normaux, comportementaux, hyperlabiles) furent comparés entre-eux au cours d'une hospitalisation. Il s'avéra que les courbes journalières de leurs acides gras libres ne différaient pas de façon significative, même après stimulation exogène. En clinique, aucune différence significative entre les 3 groupes ne put être démontrée. Ensuite, le diabétique et sa famille (parents + un frère ou une sœur) furent soumis à une interview standardisée au cours de laquelle on les empêcha d'éviter les conflits ; en même temps, les acides gras libres étaient dosés chez tous les membres

de la famille. L'interview était enregistrée en vidéo pour analyse. Les résultats de cette recherche furent impressionnants.

#### **A. Au niveau interactionnel**

1. Les familles comportant un diabétique hyperlabile montraient une très grande variété de stratégies pour éviter les conflits.
2. Les parents des diabétiques hyperlabiles parlaient constamment de leurs enfants et en particulier de l'enfant malade, tandis que les parents des 2 autres groupes étaient le plus souvent engagés dans des interactions conjugales ou parentales.
3. Si l'enfant était introduit dans une situation conflictuelle déjà activée, les différences devenaient encore plus frappantes : les interactions entre les parents de diabétiques hyperlabiles cessaient et toute leur attention était tournée vers l'enfant malade, tandis que les parents des 2 autres groupes poursuivaient les interactions en cours.
4. L'enfant malade est attiré dans le conflit par les parents et il y joue lui-même un rôle actif.

#### **B. Au niveau physiologique**

Dans le contexte familial, et seulement dans ce contexte, des différences dramatiques se produisaient entre les réactions physiologiques des diabétiques hyperlabiles et des membres de leur famille, et celles des autres groupes et des membres de leur famille.

1. Le déclenchement est beaucoup plus rapide : les diabétiques hyperlabiles réagissent aux conflits par une augmentation plus rapide et plus importante du taux des acides gras libres que les 2 autres groupes.
2. Une extinction plus lente : chez les diabétiques hyperlabiles la diminution du taux des acides gras libres après le conflit est beaucoup plus lente que dans les autres groupes.
3. Le taux des acides gras libres baisse chez celui des parents qui réagit le plus intensément quand l'enfant est introduit après activation du conflit alors que dans les 2 autres groupes l'augmentation et la diminution suivent une courbe analogue chez l'enfant malade et les autres membres de la famille.

Ainsi, les hypothèses cliniques furent étayées de façon impressionnante par la recherche expérimentale. Les résultats de la thérapie familiale dans le diabète hyperlabile, l'asthme dépendant des

corticoïdes et l'anorexie mentale, basés sur ces recherches sont aussi impressionnants.

### Conclusion

Ces recherches, ainsi que beaucoup d'autres, et la pratique quotidienne de la thérapie familiale, démontrent de façon concluante non seulement qu'être malade est un problème écopychosomatique, mais aussi que nous ne sommes aucunement impuissants devant des aspects écologiques très importants des maladies comme la structure et le fonctionnement de la famille.

*Dr. Théo Compernelle*

Directeur des départements pédopsychiatriques policliniques  
à la "Katholieke Universiteit, Leuven"  
Directeur du "Leuvens Instituut voor Systeemgerichte Therapiën"  
Terwursevest 62 - B 3000 Leuven

### BIBLIOGRAPHIE

1. VON BERTALANFFY, L., *Perspectives on General Systems Theory*, G. Braziller Inc, New York, 1975.
2. RUBEN, B.D., en KIM, J.Y. (ed), *General Systems Theory and Human Communication*, Hayden Inc, New Jersey, 1975.
3. SCHEFF T.J., *De psychisch gestoorde en zijn milieu* Het Spectrum (Aula), Utrecht, 1973. (een heel belangrijk boek)
4. ILLICH, I., *Medical Nemesis*, Pantheon, New York, 1976 (een boek dat verplichte lectuur zou moeten zijn in het le doctoraat, met een zeer uitgebreide bibliografie. De nederlandse vertaling is archi-slecht en maakt de kern van de zaak zelfs onbegrijpelijk).
5. MALLESON, A., *De ziekte-industrie*, Het Spectrum, Utrecht, 1974 (een vlot lezend, provocerend maar goed gedocumenteerd boek)
6. FRIEDMAN, M., *Pathogenesis of Coronary Artery Disease*, New York, McGraw-Hill, 1969.
7. FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R., *Type A Behavior*, New York, Alfred A. Knopf, 1974.
8. CAFFREY, B., *Reliability and validity of personality and behavioral measures in a study of coronary heart disease*. J. Chronic Dis 21: 191-204, 1968.
9. CAFFREY B., *Behavior patterns and personality characteristics related to prevalence rates of coronary heart disease in American monks*. J. Chronic Dis 22: 93-103, 1969.
10. MOOS, R.H., *A Sociological Ecological Perspective on Medical Disorders* In : Wittkower E.D. en Warnes H. (ed) *Psychosomatic Medicine*, Harper and Row, Maryland, 1977.

11. HOLMES, T., MASUDA, M., *Life change and illness susceptibility*. In : Dohrenwend BS, Dohrenwend B(eds) : *Stressful Life Events*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
12. BATESON, G., cs. *Toward a theory of Shizophrenia* Behav. Sci. 1 : 251-264, 1956.
13. MINUCHIN, S., cs : *A conceptual model of Psychosomatic illness in children : family organisation and family therapy*. Arch. Gen. Psychiatry. 32 : 1031-1038, 1975.
14. MINUCHIN, S., cs : *Psychosomatic families; Anorexia nervosa in context*, Harvard Press, Cambridge, 1978.
15. BAKER, L., cs : *The use of beta-adrenergic blockade in the treatment of psychosomatic aspects of Juvenile Diabetes Mellitus*. In : Snart. A (ed) *Advances in Beta Adrenergic Blocking Therapy*, vol. 5: 67-80, 1974.

## AU SEUIL DE LA FAMILLE

Anita DEVOS

Compte-rendu d'un séminaire de deux jours dans le cadre des journées d'études internationales sur la thérapie familiale à Lyon, ayant pour sujet la thérapie familiale avec des familles où le patient désigné est un adolescent.

L'approche des problèmes de l'adolescence par le biais de la thérapie familiale doit être situé à l'intérieur du contexte plus large de l'approche systémique des problèmes du comportement. Aussi, en guise d'introduction, les fondements théoriques de la pensée systémique et plus spécialement de la théorie et de la pratique de la thérapie familiale structurale selon Minuchin ont été rappelés. L'accent a été mis sur :

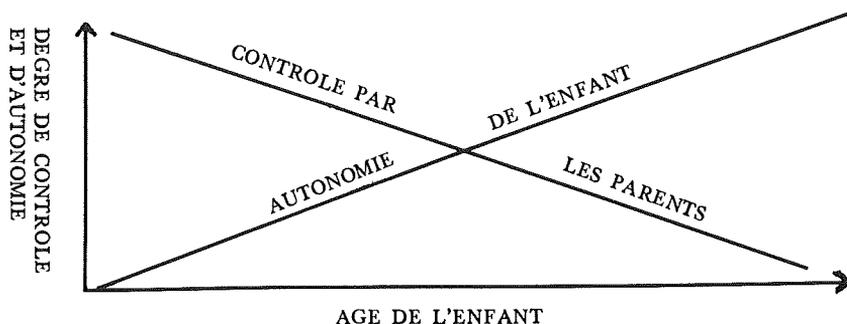
1. la nécessité de frontières claires entre les sous-systèmes des parents et des enfants.
2. la fonction nécessairement dirigeante des parents quand la famille doit prendre une décision.
3. la nécessité de la flexibilité des interactions en fonction de l'âge des enfants.
4. l'importance de la capacité à résoudre les conflits.

Une famille qui fonctionne bien se caractérise par une direction ferme, appliquée de façon flexible et harmonieuse, en tenant compte du niveau d'âge des enfants. Les conflits inévitables sont résolus sous la conduite du sous-système parental.

Une famille fonctionne mal :

1. Quand les parents continuent à vouloir appliquer à des enfants entrant dans la phase de l'adolescence, un système de conduite qui était excellent pour de petits enfants. Le manque de flexibilité des parents s'accompagne le plus souvent d'un manque d'autonomie et d'assertivité chez l'adolescent. L'équilibre entre le contrôle parental et l'autonomie de l'enfant est rompu. Cet équilibre peut être illustré de la façon suivante :

Pour rétablir l'équilibre dans la famille il peut éventuellement être utile de faire un travail de psychothérapie individuelle avec



l'adolescent afin de renforcer son autonomie ou avec les parents pour assouplir le contrôle, mais toujours sans perdre de vue l'optique d'une structure familiale dysfonctionnelle.

2. Quand les parents exercent d'une façon permanente et sans tenir compte de l'âge des enfants, trop ou trop peu de contrôle. Dans notre culture, nous voyons actuellement surtout des familles où les enfants reçoivent une autonomie qu'ils ne peuvent pas assumer. A la base de cette attitude permissive des parents se trouve souvent leur impuissance à trouver une position commune vis-à-vis des enfants, occultée par une rationalisation faisant appel à des principes démocratiques et anti-autoritaires. De ce fait, dans la pratique de la thérapie familiale, l'accent devra souvent être mis sur le rétablissement de la fonction dirigeante des parents, ce qui équivaut souvent à leur apprendre à être unanimes face aux enfants. Parfois, ce renforcement du sous-système parental peut paraître en contradiction avec le but thérapeutique d'augmenter l'autonomie de l'enfant. Ceci n'est qu'une apparence. En effet ce sont précisément ces parents faibles qui excerceront un contrôle régressif et restrictif. Le contrôle excessif apparaît là où le leadership des parents n'est pas effectif. Ainsi, le renforcement de la responsabilité parentale à poser de façon claire les règles d'interaction dans la famille, constitue en même temps une garantie pour le développement de l'autonomie de l'enfant. Le thérapeute aide les sous-systèmes à négocier entre eux et à s'adapter l'un à l'autre.

Le but de notre séminaire était avant tout d'apprendre à employer ce qui vient d'être formulé dans la pratique de la thérapie familiale. Nous avons employé le jeu de rôles pour actualiser divers problèmes qui se manifestent dans des familles comportant des adolescents. Les

participants ont pu ressentir eux-mêmes, dans le rôle d'un adolescent ou d'un parent, comment les interactions dysfonctionnelles sont établies et entretenues par tous les membres de la famille. D'autre part, dans le rôle du thérapeute ils ont été à même d'apprendre à détecter et changer ces attitudes dysfonctionnelles.

Ils ont appris à établir une carte du réseau relationnel de la famille, tel qu'il se manifestait dans le jeu de rôles. Suivant la technique de S. Minuchin, on dessine les frontières entre les sous-systèmes; on indique qui est impliqué dans les interactions et comment il y est impliqué.

- Chaque famille peut être située sur un continuum entre les deux pôles : désengagé (disengaged) enchevêtré (enmeshed)
- En observant qui est en interaction avec qui, on apprend beaucoup sur les alliances, les coalitions, leur rigidité ou leur flexibilité, les relations de pouvoir dans une famille etc...

Il est important que le thérapeute apprenne à formuler dès que possible une première hypothèse sur la structure familiale, pour mettre aussitôt cette hypothèse à l'épreuve de la réalité de ce qu'il amène à se produire dans la famille au cours même de la séance. En cours de route, il changera et il complètera sa carte jusqu'à ce qu'il obtienne une image complète du réseau des interactions dans la famille. Ensuite il essaiera de faire bouger ces aspects dysfonctionnels du système pour que la famille puisse à nouveau bien fonctionner. C'est pourquoi le séminaire a été consacré à l'observation plutôt qu'aux interprétations, qui sont souvent plus révélatrices des préjugés du thérapeute que de la réalité de la famille.

*Anita Devos*  
Akademisch Zickenhus  
Gasthuisberg  
Kinderpsychiatrie  
Herestraat 49  
3000 Leuven

## ERRATA

*Cet erratum concerne le texte de Mara Selvini-Palazzoli : Contexte et métacontexte dans la psychothérapie de la famille, Thérapie Familiale, vol. II, 1981, No 1. Cet article a paru pour la première fois dans la revue Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, No 3, 1970.*

*Cet erratum concerne l'article d'Albert E. Scheflen : "Des processus de communication" paru dans Thérapie Familiale, vol. II, 1981, No 2. Une faute de composition a conduit au report systématique des mêmes noms de traducteurs à la suite des deux articles de A. Scheflen.*

*"Des processus de communication" a été traduit par B. Scherler et D. Masson, Lausanne.*

## REFERENCES

"Suzanne a souri" a été traduit grâce à l'aimable autorisation de la Rédaction de Family Process, références : Family Process, mars 1978, Vol. XVII, No 1, p. 59, 68.

"Des Processus de communications" est extrait de "Nonverbal Behavior", Applications and cultural implications, sous la direction de Aaron Wolfgang, Academic Press, New York, 1979.

## **LES CHANGEMENTS DES COMMUNICATIONS AU COURS DE LA THÉRAPIE FAMILIALE DE L'ALCOOLISME**

Ivana ALEKSIĆ et Branko GACIĆ

### **INTRODUCTION**

Il est déjà connu que l'intérêt scientifique pour la famille du malade psychiatrique et son traitement, "le mouvement familial" s'est développé très vite, dès les années cinquante du XXe siècle.

Les théoriciens et les cliniciens de la thérapie familiale, comme Don Jackson, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Jay Haley se sont concentrés surtout sur la Théorie de la communication, la Théorie générale des systèmes et sur d'autres concepts qui ont été révolutionnaires, introduisant le modèle nouveau de théorie et de pratique en psychiatrie.

Cependant, l'adaptation des concepts de la thérapie familiale à la famille de l'alcoolique vient relativement tard, vers 1970.

Dans la littérature, il y a toujours peu d'articles qui, d'une manière satisfaisante, traitent de la famille de l'alcoolique. MM. Bailey, K. Kogan et J. Jackson introduisent le terme "mariage alcoolique", Ewing et Fox sont les premiers à adapter les théories de la famille à la famille de l'alcoolique, Gorad et coll. sont les seuls, à notre connaissance, qui ont élaboré l'approche communicationnelle de la famille alcoolique. Bateson, Bowen, Steinglass et coll. le font avec la Théorie générale des systèmes. Les dernières années chez nous, Hudolin, Gačić, Lazić etc., s'occupent de la famille de l'alcoolique et la traitent.

Cet article est notre tentative de présenter nos expériences théoriques et pratiques avec la famille de l'alcoolique et son traitement du point de vue de la Théorie générale des systèmes et de la Théorie de la communication.

### **Les caractéristiques des communications du couple alcoolique**

D'après la littérature et notre expérience, l'alcoolisme est une maladie de la communication. Dans la famille de l'alcoolique, les communications sont régulièrement dysfonctionnelles : superficielles, vagues, inadéquates au contexte, incongruentes (surtout les niveaux verbaux et non verbaux), imprécises, "nébuleuses" jusqu'à "l'impasse" communicative dans laquelle se trouvent, comme dans deux mondes

séparés, l'alcoolique et les membres de sa famille. Ces caractéristiques se rapportent surtout au mariage alcoolique que, par une définition généralement acceptée, font l'alcoolique et son partenaire non alcoolique, représentant l'axe de la famille.

Il est possible de rencontrer ailleurs que dans la famille alcoolique (dans les autres maladies mentales) des communications aussi dérégées. Cependant, il existe un dysfonctionnement spécifique de ces familles qu'il faudrait expliquer.

L'action du boire de l'alcoolique est l'élément du système communicatif, l'essence du boire étant interpersonnelle. Les communications sont déterminées par l'état de l'alcoolique : il boit ou non, étant bien entendu que l'alcoolique emploie les mêmes techniques de communication, qu'il soit sobre ou pas, et quelle que soit sa personnalité. La caractéristique commune de ces techniques est d'éviter la responsabilité, ce que l'alcoolique utilise comme son arme la plus forte, la plus secrète dans sa lutte pour contrôler la relation. Ivre, il dit par sa posture, son apparence, son bégaiement : "Je suis saoul . . . c'est la boisson qui parle, pas moi", ce qui le libère de sa responsabilité habituelle. Le rôle actuel est séparé du rôle "sérieux". Quand il est sobre, l'alcoolique esquivé la responsabilité au niveau verbal — par des généralisations, des messages indéterminés, par ambiguïté : "Peut-être . . . tout le monde fait ça . . . il s'est trouvé que . . .". Il a toujours la possibilité de dire : "Tu n'as pas bien compris . . . ce n'est pas ça que je voulais dire . . .".

Selon notre expérience, il est hors de propos de savoir si le dérèglement des communications de l'alcoolique est primaire ou secondaire, suivant l'alcoolisme. Mais il est important de faire remarquer le rôle des facteurs culturels. D'un côté, les attitudes, les normes du comportement et les coutumes alcoolophiles sont très répandues, même soutenues, tandis que les communications claires ne sont pas suffisamment cultivées.

La plupart des auteurs constatent que la femme de l'alcoolique communique plus directement, plus clairement que son mari. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec eux. En apparence, certes, la femme communique mieux, plus ouvertement, mais en réalité, ses communications sont aussi dysfonctionnelles. Elle n'évite pas la responsabilité des messages envoyés mais il est évident qu'elle ne communique pas clairement ses émotions, ses besoins, ses vœux, ses demandes mais les exprime sous forme de reproches à l'alcoolique, indiquant son inaptitude, son irresponsabilité, son égoïsme, etc. . . . Simultanément, elle estime

et s'attend à ce "qu'il sache, devine" les raisons qui la poussent à parler ainsi. Dans de telles communications au sujet masqué, l'aspect relationnel du message se trouve au premier plan. Par ses messages "tu es mauvais, égoïste, incapable", la femme accentue sa position supérieure, "plus sage" dans la relation. En même temps, elle fait l'hypocrite, manifestant une conduite contradictoire car elle veut que son mari cesse de boire, sans le lui demander assez énergiquement. Elle annule sa part de responsabilité dans l'état où elle se trouve (à cause de lui !). Elle insiste et cherche l'aide pour son mari, pas pour elle-même, convaincue en même temps, qu'il le refusera. Il en découle la conclusion que la femme de l'alcoolique préfère la lutte indirecte de son mari pour le contrôle de relation, à la prise directe du pouvoir ("Je veux être le chef").

Voilà pour nous ce qui fait la spécificité de l'interaction des partenaires conjugaux alcooliques. Il est connu que le comportement des partenaires dans de telles interactions est une procédure très sélective dans le sens de l'affinité pour les communications et pour le style interactionnel. Bien que la communication de l'alcoolique soit en apparence essentiellement différente de celle de son partenaire, l'interaction créée par la concordance des deux styles est très spécifique. Il existe d'innombrables combinaisons et types d'interactions possibles, mais il est essentiel qu'elles montrent toutes une stabilité paradoxale, un équilibre de styles communicatifs, ce qui représente le facteur fondamental du maintien de l'alcoolisme. Automatiquement, l'étiologie devient secondaire. Donc, de telles interactions sont "programmées" pour maintenir le dysfonctionnement familial chronique, l'alcoolisme. La stabilité pathologique de l'interaction est maintenue pendant des années, jusqu'à ce qu'une crise, spontanée ou provoquée, arrive, cherchant et permettant le changement thérapeutique.

Dans une interaction alcoolique, comme dans d'autres relations, s'établissent certaines règles, accords, arrangements, qui permettent d'approuver le comportement permis ou défendu, et déterminent ainsi les limites du fonctionnement du système familial.

Nous allons mentionner tout d'abord les interactions déjà citées et décrites, comme "Le syndrome de guerre", où l'essentiel est "qui a raison", "qui va gagner", et "Le pacte d'existence" y compris la prémisse "il faut contenter autrui" de V. Satir, qu'on rencontre très souvent chez les couples alcooliques.

Dans notre travail quotidien avec les alcooliques et leurs familles on voit fréquemment les autres phénomènes, que nous allons décrire brièvement :

Le phénomène de “divination” est une règle mutuelle implicite, selon laquelle chacun des partenaires s’attend à ce que l’autre devine ses émotions, ses pensées, son humeur, sans tenir compte de l’imprécision du message. Également, chacun des partenaires est certain, sûr qu’il devine, entrevoit ce que l’autre veut “vraiment” dire.

*Exemple :*

- Pourquoi es-tu silencieux ? Qu’est-ce que tu as ?
- Fiche-moi la paix ! N’ai-je pas le droit d’être irrité et d’avoir des problèmes ?

*Exemple :*

- J’ai promis à la petite de lui acheter des souliers.
- Elle n’a pas de souliers ?
- Voilà ! Je savais que tu t’opposerais à mon idée. Comment peux-tu être comme ça, quand je le lui ai déjà promis ?

Le phénomène du “téléphone en panne” est très fréquent. Les partenaires font les conclusions d’après les messages indéfinis, confus, incomplets de l’autre, en lui reprochant plus tard la responsabilité pour le malentendu.

*Exemple :* Un professeur de musique, sans emploi du temps fixe, ce qui fait qu’il déjeune rarement avec sa femme, dit qu’il rentrera à la maison après la classe, vers 16 h. Sa femme décide de préparer le déjeuner et de l’attendre, puisqu’il ne rentre pas trop tard. Il rentre à 16 h. 30.

– Bien sûr, tu es en retard ! Je pouvais m’y attendre. Tu t’en fous du déjeuner que j’ai fait et de moi qui t’attends mourant de faim. Tu as dit que tu allais rentrer immédiatement après la classe.

La “Paix à tout prix” est en apparence le contraire du “Syndrome de guerre”, mais il n’est que sa variante masquée. Les concessions faites “au nom de la paix” semblent à la longue, de plus en plus grandes. Au fond, les partenaires sont de plus en plus éloignés, ils attendent et attendent l’un de l’autre de moins en moins et se trouvent peu à peu sur deux voies séparées, comme s’ils étaient en guerre permanente. Cependant, ils sont souvent sûrs qu’ils n’ont pas de problèmes – parce qu’ils ne se disputent pas –.

On a cité seulement les phénomènes qu'on voit le plus souvent dans la communication alcoolique. Ils sont, en même temps, les plus importants quant à leur stabilité, profondeur et conséquences destructives c'est-à-dire, ils sont d'une importance énorme pour le maintien interminable de l'alcoolisme et la désintégration de la famille alcoolique.

### **Notre thérapie familiale**

A l'Institut pour la santé mentale à Belgrade, la thérapie familiale de l'alcoolisme se déroule dans des conditions organisées, comme méthode de routine, depuis 1973. Il y a deux ans, on a fondé le Centre pour la thérapie familiale de l'alcoolisme, comme institution unique de recherche et du traitement de la famille d'alcoolique.

Les conceptions de la thérapie familiale que nous pratiquons, sont fondées sur la Théorie générale des systèmes et le concept de communication, considérant en même temps les spécificités de l'alcoolisme comme maladie.

Dans le travail avec les familles des alcooliques nous pratiquons, en les combinant, toutes les méthodes essentielles de la thérapie familiale (de conjointe à network), mais notre méthode principale reste la thérapie familiale multiple de groupe, en groupes de 6-10 couples et/ou familles, avec un thérapeute et un co-thérapeute.

Le traitement se déroule par système de phases. Pendant la phase préparatoire, phase du "premier secours" au Dispensaire, l'alcoolique établit l'abstinence, ce qui est, d'après notre expérience, la condition indispensable pour commencer le traitement. Suit la phase intensive de la thérapie familiale, qui se déroule en séances quotidiennes du groupe multiple de familles et dure pendant deux mois. Les couples assistent aux séances chaque jour, tous les deux, puisque la thérapie est centrée sur la relation conjugale, comme critique et fondamentale pour la famille. Les autres membres de la famille et du réseau social prennent part, selon les besoins, au travail du groupe. Pendant toute l'année suivante, dans la phase de réhabilitation, les couples assistent régulièrement, une fois par semaine, aux séances du groupe et jusqu'à la stabilisation du changement qu'ils sont arrivés à atteindre, ils ont la possibilité de séances mensuelles.

Comme nous l'avons déjà dit, nous considérons que l'alcoolisme est une maladie de la communication. Pendant le temps du boire, les partenaires ont peu de conversation, même pour les décisions importantes concernant toute la famille. Ils s'enfoncent dans "l'impasse"

communicative : ils n'ont pas de vrais accords, de collaboration, de soutien mutuel. Donc, l'objectif du traitement est le changement de communication, de style, de paradigme du comportement communicatif.

Les communications font partie intégrante de tous les domaines de la vie familiale ; on ne peut pas les séparer des émotions, des rôles, des relations avec les enfants, des rapports sexuels. Comprise d'une telle manière, l'amélioration des communications a une importance thérapeutique beaucoup plus large et plus profonde. C'est le point où nous sommes assez proches des conceptions des "communicationnistes". Mais, malgré ça, nous estimons que ce n'est pas le seul domaine de l'action et de l'efficacité de la thérapie familiale.

Les techniques et tactiques thérapeutiques que nous pratiquons, demandent une activité permanente de la part du thérapeute. Selon le principe "ici et maintenant" durant la séance du groupe, il marque et coupe le "vieux" style alcoolique de communication des partenaires et insiste sur une communication claire des pensées, désirs, émotions, besoins, espoirs. La réaction du thérapeute doit être souvent directe, confrontant énergiquement les partenaires avec leurs positions alcooliques dans une certaine interaction : "Quand on écoute la manière dont vous parlez aujourd'hui tous les deux, il me semble qu'il vous manque la boisson pour compléter l'atmosphère." Le thérapeute a marqué l'interaction appelée "le boire à sec".

Un des points principaux de notre philosophie et de notre technique de travail est la prescription des tâches thérapeutiques, qui peuvent être communes, universelles ou bien individualisées, provenant de la situation concrète d'un couple. Nous soulignons le "training" de communications quotidien comme une tâche thérapeutique essentielle, qu'on donne à tous les couples afin d'apprendre, par une conversation claire, directe, d'une durée d'environ une heure, la communication verbale et non verbale fonctionnelle.

Les tâches thérapeutiques individualisées sont différentes, dépendant de la situation actuelle du couple : par exemple, citer cinq qualités du partenaire qu'il devrait changer ; faire le plan de distribution de travaux domestiques ; mener à bien une certaine conversation avec leur enfant ; faire l'analyse de leur attitude par rapport au traitement, etc. Le point commun concernant toutes les tâches est que le seul moyen pour les accomplir soit une conversation franche, mutuellement ouverte, menée jusqu'à la fin. L'appréciation de l'efficacité de la tâche accomplie est faite par le thérapeute et les membres du groupe.

Puisque l'abstinence est indispensable pour commencer la thérapie familiale, la suppression de l'alcool mène à la réduction des possibilités communicatives. Leur équilibre communicatif est gravement boule-

versé. La demande de communiquer clairement les émotions, les besoins mais aussi les mécontentements, la tension, représentent un grand problème pour l'alcoolique ainsi que pour sa femme. Les paradigmes de communication de vieille date sont très difficiles à changer. L'alcoolique communique vaguement, confusément, il généralise, les messages sont inadéquats au contexte. Sa femme prend tout ça de la manière habituelle — introduisant l'alcool comme foyer de communication —: “Tu te comportes comme quand tu buvais . . . tu tombes dans des crises . . . qu'est-ce qui t'arrive . . . tu as sûrement envie de boire . . .” Elle exprime sa méfiance, des attitudes de “contrôleur”, afin de laisser toute la responsabilité à l'alcoolique, à l'alcool, et rend ainsi le traitement plus difficile.

Les deux partenaires présentent des résistances au changement des paradigmes de communication, résistances qui peuvent être conscientes, ouvertes ou masquées, camouflées. Il est nécessaire de les démasquer, de les briser, afin de déstabiliser l'équilibre pathologique et d'amener le système à l'état de crise. La crise, spontanée ou thérapeutiquement provoquée, est indispensable pour un vrai changement thérapeutique, c'est-à-dire, pour le moment critique, tournant, le Changement de type II selon P. Watzlawick.

Il est inutile de dire à quel point la nouvelle qualité de communication dépend également des deux partenaires. Le problème est mutuel et exige un engagement actif et un changement réciproque.

Les communications fonctionnelles tiennent compte à la fois de l'effet individuel et interpersonnel. Elles permettent une meilleure verbalisation et c'est alors que l'alcoolique et sa femme, souvent pour la première fois dans leur vie, apprennent et arrivent à dire ce qu'ils veulent, ce qu'ils ne veulent pas, ce qu'ils sentent ; ils arrivent à s'ouvrir, s'exprimer, confirmer, réaliser. L'effet thérapeutique est, en effet, beaucoup plus fort et plus important, car le développement des possibilités est la voie de la maturation.

L'effet interpersonnel des communications fonctionnelles consiste en une meilleure entente, collaboration, confiance. Il n'y a plus de ces malentendus typiques des communications dysfonctionnelles alcooliques. La résolution constructive des problèmes, la satisfaction à propos des changements effectués, mènent vers l'enrichissement mutuel des personnalités.

## Résultats et discussion

L'évaluation du changement de communication au cours de la thérapie familiale de l'alcoolisme est effectuée d'habitude :

1. par observation, estimation clinique par notre équipe
2. par questionnaire sur les communications conjugales, avant et après le traitement.

1. L'observation clinique est basée sur le jugement des membres de l'équipe concernant le comportement communicatif du couple alcoolique pendant les séances du groupe, les séances conjointes, etc. . . Notre équipe analyse et suit régulièrement le changement des communications en tant qu'un des indicateurs de succès du traitement. La communication plus fonctionnelle se reflète, par exemple, dans les discussions concernant un certain problème au cours de la séance, ou bien dans l'expression d'une situation de conflit, où l'on pousse chacun des partenaires à exprimer son expérience, ses sentiments, sans suppositions ou reproches. La possibilité de concevoir sa contribution au conflit, ainsi que celle de son partenaire est une preuve objective, également significative du changement de communication.

2. Le questionnaire des communications conjugales, que nous avons édifié en modifiant le questionnaire original de Navran, est composé de 24 questions centrées surtout sur les aspects de dénotation et de relation des communications verbales.

Les résultats obtenus par ce questionnaire ne sont pas complètement élaborés statistiquement, mais il est possible d'après ceux qu'on possède dès à présent et qui sont en corrélation positive avec l'observation clinique, d'en tirer des conclusions importantes. Les réponses à la majorité des questions (plus de 70 %) montrent un changement positif évident dans la communication des partenaires. Le changement le plus expressif après le traitement se rapporte à la conversation sur les problèmes personnels, sur les choses agréables qui se passent pendant la journée, sur les choses auxquelles ils s'intéressent tous les deux ; par suite, aux décisions communes importantes et à la fréquence de mauvaise humeur du partenaire. Les conflits qui étaient très fréquents avant le traitement, sont plus rares après et on constate un changement convaincant dans la façon de les résoudre. Les partenaires résolvent les conflits de manière constructive, en discutant, et en parvenant à une solution commune, ce qui était pratiquement inconcevable pendant l'alcoolisme.

Les réponses aux questions posées montrent que chez les partenaires conjugaux, il existe une amélioration significative de communication verbale (coïncidence de réponses à la plupart des questions importantes), un changement positif du climat émotionnel à la maison, une façon plus constructive de résoudre les conflits et, à tout prendre, une

satisfaction évidente des partenaires concernant leurs interactions et communications conjugales et familiales.

Tout ceci confirme les effets des communications fonctionnelles déjà décrites, dont la manifestation est l'amélioration de l'atmosphère familiale, la diminution de tension et d'hostilité et un meilleur fonctionnement du système familial dans sa totalité.

En conclusion, nous insistons à nouveau sur le fait que le changement, c'est-à-dire l'amélioration des communications au cours de la thérapie familiale de l'alcoolisme, produit des effets individuels et interpersonnels qui sont au fond inséparables, et ensemble sont essentiellement importants pour la restructuration et le meilleur fonctionnement de l'alcoolique et de sa famille, représentant ainsi le fondement d'une relation mature, d'une vie tout à fait saine.

*Ivana Aleksić, en formation de Neuropsychiatrie*

*Branko Gacić, Ph. D., Neuropsychiatre*

Institut pour la santé mentale

Centre pour la thérapie familiale de l'alcoolisme  
Palmoticeva 37 - 11000 Beograd - Yougoslavie

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BILLINGS, G.A., KESSLER, M., GOMBERG, A.C., WEINER, S. : Marital Conflict Resolution of Alcoholic and Nonalcoholic Couples during Drinking and Non-drinking Sessions, *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 40, No 3, 1979.
2. BOUDREAU, A. : Experiences personnelles sur la communication, *Toxicomanies*, Vol. VII, No 4, 331-338, 1974.
3. BOWEN, M. : Alcoholism as viewed through Family System Theory and Family Psychotherapy, *Ann. NY. Acad. Sci.*, 223, 115, 1974.
4. DAVIS, D.I., BERENSEN, D., STEINGLASS, P., DAVIS, S. : The Adaptive Consequences of Drinking, *Psychiatry*, 37 : 209-215, 1974.
5. GACIC, B. : Théorie générale du système et l'alcoolisme, *Psihijatrija danas*, 3-4 : 309-316, 1978.
6. GACIC, B., et GARDINOVACKI, I. : Les techniques de la thérapie conjugale de groupe dans le traitement de l'alcoolisme, *Symposium sur l'alcoolisme*, Nice, 1976.
7. GACIC, B., AREZINA, O., GARDINOVACKI, I., GRČIĆ, R. et IVANOVIĆ, M. : Les communications des partenaires conjugaux au cours de la thérapie familiale intensive de l'alcoolisme, *Psihijatrijsa danas*, 1 : 109-120, 1977.
8. GORAD, L.S. : Communicational Styles and Interaction of Alcoholics and their Wives, *Family Process*, Vol. 10, No 4, 475-489, 1971.

9. GORAD, L.S., MC COURT, F.W., COBB, C.J. : A Communications Approach to Alcoholism, *Quart. J. Stud. Alc.*, 32 : 651-668, 1971.
10. GRINKER, R.R. : The Relevance of General Systems Theory to Psychiatry, in Arieti, S. : *American Handbook of Psychiatry*, Basic New York, Vol. VI, 250-272, 1975.
11. HALEY, J. : Family Therapy with Disturbed Adolescents, 4e Congrès international de la thérapie familiale, Zürich, 1975.
12. HANSON, F., SANDS, P. and SELDON, R. : Pattern of Communication in Alcoholic Marital Couples, 75th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, 1967.
13. HINSIE, L.E. and CAMPBELL, R.J. : *Psychiatric Dictionary*, Oxford University Press, New York, 138-139, 1970.
14. JANZEN, C. : Families in the Treatment of Alcoholism, *Jour. Stud. Alc.*, Vol. 38, No 1, 1977.
15. NAVRAN, L. : Communication and Adjustement in Marriage, *Family Process*, Vol. 6, No 1, 173-184, 1967.
16. RUESCH, J. : Social Communication and Information Sciences, in Arieti, S. : *American Handbook of Psychiatry*, Vol. VI, 893-913, Basic Books, N.Z., 1975.
17. SATIR, V. : *Thérapie du couple et de la famille*, Edit. Epi, Paris, 1971.
18. SELVINI-PALAZZOLI, M. : *La famille d'anoréxique et la famille du schizophrène*. Une étude transactionnelle. 4e Congrès international de la thérapie familiale, Zürich, 1975.
19. STEINER, C. : *Games Alcoholics play*, Ballantine Books, New York, 1971.
20. STEINGLASS, P. : Family Therapy in Alcoholism, in Kissin and Begleiter *The Biology of Alcoholism*, Plenum Press, New York, 1975.
21. WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J., JACKSON, D. : *Une logique de la communication*, Edit. Seuil, Paris, 1972.
22. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. and FISH, R. : *Changement, paradoxes et psychothérapie*, Edit. Seuil, Paris, 1975.

## UN MODELE DE BASE DES RELATIONS HUMAINES

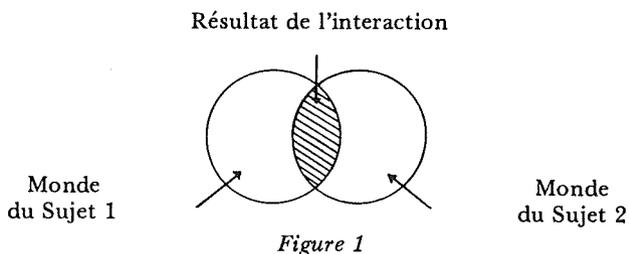
P. de GIACOMO<sup>1</sup>, A. SILVESTRI<sup>2</sup>, G. PIERRI<sup>1</sup>, M.T. PAZIENZA<sup>3</sup>,  
L. CORFIATI<sup>1</sup>, E. LEFONS<sup>3</sup>, F. TANGORRA<sup>3</sup>

Il y a plus de cinq ans que notre groupe, formé de psychiatres (de Giacomo, Pierri, Corfiati) et d'informaticiens (Silvestri, Lefons, PaziENZA, Tangorra), travaille sur un modèle de relations humaines qui a été présenté en Italie et à l'étranger.

Le but de cette activité, outre la tentative d'approfondir les connaissances de l'interaction humaine, est de fournir des instruments conceptuels et méthodologiques qui puissent être utilisés par les opérateurs de la santé mentale. C'est-à-dire que nous travaillons sur la codification et la transmission des expériences et des techniques thérapeutiques.

### Synthèse du modèle théorique

Si nous voulons résumer brièvement notre théorie, en en délaissant les aspects mathématiques, nous pouvons dire que, si nous prenons comme point de départ le fait que le processus de la rencontre humaine, des relations humaines, est une situation binaire de rapport entre deux personnes (Fig. 1), nous pouvons décrire avec des instruments de la logique mathématique cette situation binaire comme un modèle à seize fonctions, à savoir un modèle dans lequel on définit seize entités élémentaires, chacune d'entre elles représentant une modalité fondamentale de relation



1 Institut de Clinique Psychiatrique de l'Université de Bari (Italie).

2 Département d'Informatique de l'Université de Trento (Italie).

3 Institut de Physique de l'Université de Bari (Italie).

Le diagramme de Wenn est capable de fournir une représentation graphique d'un processus interactif élémentaire ; le résultat (Fig. 2) est comparable à une analyse spectrale (comme lorsque la lumière blanche traverse un prisme de cristal) du processus binaire élémentaire.

Même avec les ambiguïtés du langage naturel, on peut essayer de fournir une interprétation des seize fonctions, divisées en huit fonctions et huit antifonctions :

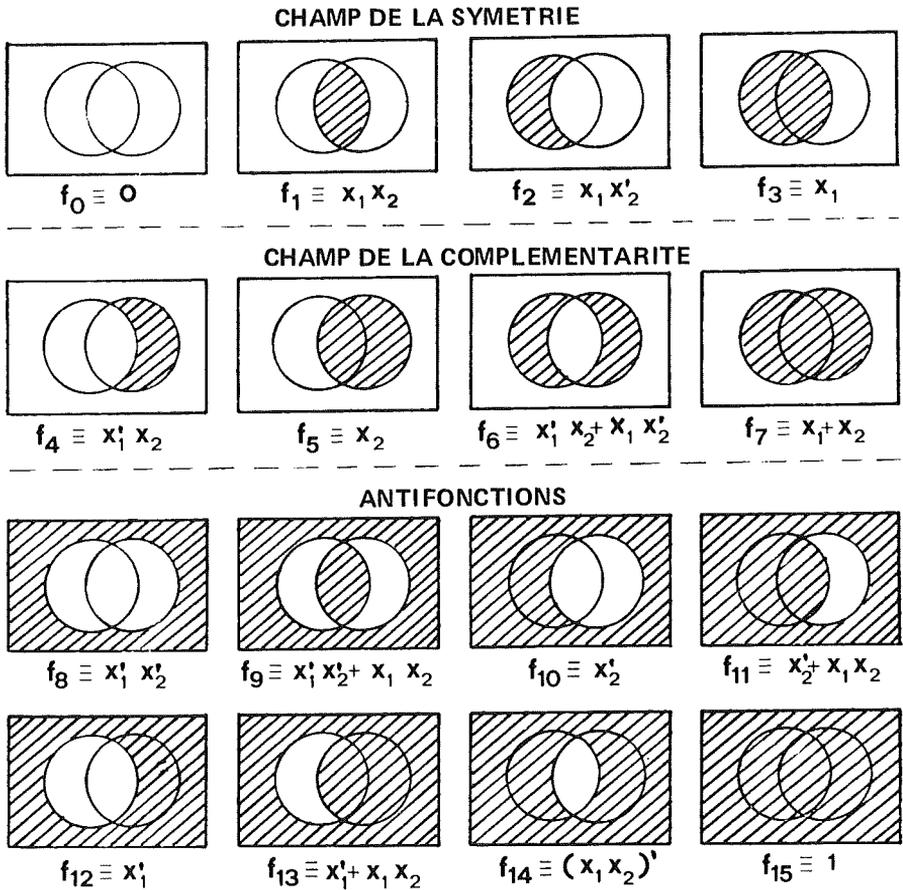


Figure 2

–  $F_0$  : Je n'établis aucune relation ;

$F_1$  : J'accepte seulement un élément d'interaction avec toi ;

- F<sub>2</sub> : Je reste dans mon monde, pour mieux dire je me retire, c'est-à-dire, je refuse une quelconque interaction, un quelconque élément de superposition ;
- F<sub>3</sub> : Je suis fait ainsi, ceci est mon monde. Je ne modifie pas mon point de vue et j'accepte de toi seulement ce qui fait partie de ma façon de voir ;
- F<sub>4</sub> : Veux-tu que je fasse ainsi ? Très bien. La responsabilité est tienne. Je ne suis pas de la partie, je n'établis aucune relation avec toi. Fais quand même ;
- F<sub>5</sub> : Faisons comme tu veux et je collabore avec toi ;
- F<sub>6</sub> : J'accepte mon monde, j'accepte ton monde, mais je n'accepte pas l'interaction ;
- F<sub>7</sub> : J'ai mon monde, tu as ton monde, et nous pouvons travailler ensemble.

Les antifonctions sont caractérisées par l'accès dans le monde de la relation de certaines entités qui appartiennent à l'extérieur (à savoir quelque chose qui n'était pas en discussion, ou était loin de l'interaction des deux sujets, ou, au contraire, opposée).

L'interprétation des antifonctions est plus complexe et l'illustration dans le langage commun est plus difficile.

Donnons seulement quelques explications possibles :

- F<sub>8</sub> : est à l'extérieur du monde de la rencontre, comme un individu distrait qui pense à autre chose au lieu de s'insérer dans la relation ;
- F<sub>9</sub> : dans le vide de F<sub>8</sub> il existe un point stable de la rencontre avec l'autre ;
- F<sub>10</sub> : c'est une personne qui a l'esprit de contradiction ; elle fait exactement le contraire (quand on lui dit blanc elle répond noir) ;
- F<sub>11</sub> : correspond au maintien rigide du propre univers auquel s'ajoute une prédisposition à sortir de la zone de l'interaction ;
- F<sub>12</sub> : apparemment il est très complaisant par rapport à l'autre, mais, en réalité, il cache une modalité de type F<sub>3</sub> (il est comme un saint disposé à tout donner, mais à travers ce don il montre une grande F<sub>3</sub>) ;

- F<sub>13</sub>: correspond au renoncement à son propre monde, auquel s'ajoute une prédisposition à sortir de la zone de l'interaction ;
- F<sub>14</sub>: fait n'importe quoi, même des choses non voulues, afin de pouvoir éviter d'être contraint à partager le monde de l'autre (il nous semble trouver ce comportement de type antifonctionnel chez le protagoniste de "Manhattan" de W. Allen) ;
- F<sub>15</sub>: c'est dire toujours et seulement, oui, mais à tout; équivaut à une absence d'information.

Les quatre premières fonctions peuvent être supposées constituer le champ de la symétrie (c'est-à-dire les plus utilisées par des sujets prédisposés à établir des rapports symétriques), les quatre dernières le champ de la complémentarité.

Une autre subdivision importante est celle des fonctions avec intersections (F<sub>1</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>5</sub>, F<sub>7</sub>, F<sub>9</sub>, F<sub>11</sub>, F<sub>13</sub>, F<sub>15</sub>) et des fonctions sans intersection (F<sub>2</sub>, F<sub>4</sub>, F<sub>6</sub>, F<sub>8</sub>, F<sub>10</sub>, F<sub>12</sub>, F<sub>14</sub>) qui, en gros, peuvent être définies respectivement "fonctions de l'interaction" et "fonctions de la non-interaction"<sup>4</sup>.

A partir de la combinaison des seize fonctions, chacune d'entre elles pouvant être plus ou moins représentée en pourcentage quantitatif chez chacun, on réalise un profil relationnel des différents membres de l'interaction.

Les valeurs moyennes des fonctions obtenues par expérimentation à large échelle, correspondent au profil reporté dans la Fig. 3 (qui n'est pas cependant nécessairement le plus probable ni le meilleur).

Le modèle prévoit aussi une théorie du changement résumée dans la "Table des paradoxes" (Fig. 4), dans laquelle nous pouvons considérer le patient comme correspondant à l'abscisse et le thérapeute à l'ordonnée. Comme on le voit, il n'existe pas un seul paradoxe, mais une ample gamme de paradoxes.

La vérification des présupposés théoriques dont nous avons déjà parlé a été effectuée par notre groupe en mettant au point un test, que nous avons dénommé "SISCI-1", capable de qualifier le comportement

<sup>4</sup> En réalité les 16 fonctions sont distribuées en 4 coordonnées :

- a) la coordonnée fonctions / antifonctions (F<sub>0</sub> → F<sub>7</sub> / F<sub>8</sub> → F<sub>15</sub>)
- b) la coordonnée symétrie / complémentarité (F<sub>0</sub> → F<sub>3</sub> et F<sub>8</sub> → F<sub>11</sub> / F<sub>4</sub> → F<sub>7</sub> et F<sub>12</sub> → F<sub>15</sub>)
- c) la coordonnée de l'ambiguïté (F<sub>2</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>6</sub>, F<sub>7</sub>, F<sub>8</sub>, F<sub>9</sub> et F<sub>14</sub>, F<sub>15</sub>)
- d) la coordonnée interactions / non interactions (c'est-à-dire fonctions qui présentent l'intersection : F<sub>1</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>5</sub>, F<sub>7</sub>, F<sub>9</sub>, F<sub>11</sub>, F<sub>13</sub>, F<sub>15</sub>, et fonctions qui ne présentent pas l'intersection : F<sub>2</sub>, F<sub>4</sub>, F<sub>6</sub>, F<sub>8</sub>, F<sub>10</sub>, F<sub>12</sub>, F<sub>14</sub>.)

relationnel d'un sujet face au monde extérieur (expérimentateur, épouse, enfants, etc. — cf. bibliographie).

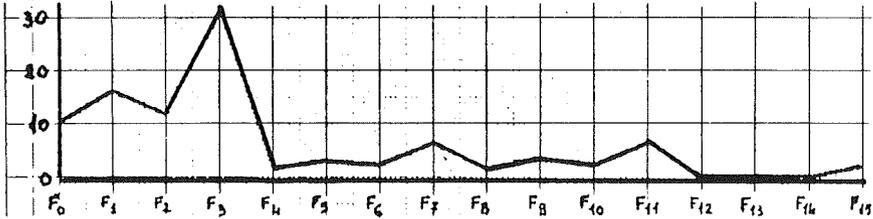


Figure 3

$f_j$ \ $f_i$	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
0	0	0	2	3	0	0	6	7	7	6	15	15	3	2	15	15
1	0	1	2	3	1	1	7	7	6	7	14	15	3	3	15	15
2	0	0	0	3	2	2	4	7	5	4	13	15	3	2	13	15
3	0	1	0	3	3	3	5	7	4	5	12	15	3	3	13	15
4	0	0	2	3	0	4	2	7	3	2	11	11	3	6	11	15
5	0	1	2	3	1	5	3	7	2	3	10	11	3	7	11	15
6	0	0	0	3	2	6	0	7	1	0	9	11	3	6	9	15
7	0	1	0	3	3	7	1	7	0	1	8	11	3	7	9	15
8	0	0	2	3	8	8	14	15	7	14	7	15	3	10	7	15
9	0	1	2	3	9	9	15	15	6	15	6	15	3	11	7	15
10	0	0	0	3	10	10	12	15	5	12	5	15	3	10	5	15
11	0	1	0	3	11	11	13	15	4	13	4	15	3	11	5	15
12	0	0	2	3	8	12	10	15	3	10	3	11	3	14	3	15
13	0	1	2	3	9	13	11	15	2	11	2	11	3	15	3	15
14	0	0	0	3	10	14	8	15	1	8	1	11	3	14	1	15
15	0	1	0	3	11	15	9	15	0	9	0	11	3	15	1	15

Figure 4

On a procédé également à l'expérimentation sur des systèmes constitués par un couple ou par une famille et sur des sujets pathologiques ; les résultats ont déjà été en partie reportés dans d'autres travaux (4, 5, 6, 7, 11, 13). Parmi les plus récentes enquêtes, citons celle qui concerne les sujets en traitement avec des psycholeptiques, dont le profil relationnel se trouve modifié, parfois de façon particuliè-

rement significative, au cours de la thérapie (conférence à l'Institut Mario Negri de Milan par De Giacomo le 11.3.1980, sur l'application du modèle au champ de la psychopharmacologie).

### **Expérimentation du modèle**

Nous avons expérimenté notre test :

1. sur des sujets normaux adultes ;
2. sur des enfants et de jeunes garçons des écoles ;
3. sur des sujets pathologiques, avant et après l'absorption de médicaments ;
4. sur des familles, en substituant le choix du psychologue (second choix) à celui du mari ou de l'épouse ;
5. nous allons évaluer la possibilité d'employer notre test pour apprécier le changement avant et après la psychothérapie ;
6. nous avons élaboré un programme de "computerisation" de toutes ces expériences ((11, 12).

La présente relation se réfère à l'utilisation du modèle comme instrument conceptuel et pratique de l'opérateur. Ce dernier point est évidemment le plus difficile, parce qu'il nécessite une union de l'habituelle aptitude intuitive du psychothérapeute traditionnel avec la rigueur formelle exigée par le modèle théorique.

Ceci comporte la formation d'un groupe d'opérateurs qui travaillent avec les familles en connaissant certains instruments de logique mathématique et de théorie des systèmes contenus dans le modèle, ce qui est différent, sous cet aspect, par exemple, de la théorie structurale de Minuchin, de celle à orientation paradoxale de Watzlawick, Haley, Palazzoli, Selvini, etc., ou encore de l'approche asystématique de Whitaker.

Notre groupe de travail sur les familles est actuellement composé de cinq membres (De Giacomo, Pierri, Corfiati, Buonsante, Santoni). Au cours de ces dernières années, nous avons graduellement greffé notre théorie sur la théorie structurale de Minuchin, en obtenant une remarquable amplification de l'horizon opératif. Ceux qui utilisent le plus le modèle sont évidemment les superviseurs qui travaillent derrière le miroir.

### **Application du modèle à la thérapie relationnelle**

Nous désirons avant tout présenter des exemples qui fassent mieux comprendre ce que nous voulons dire par fonctions et antifonctions.

Avant de fournir ces exemples nous devons cependant préciser que, dans chaque unité transactionnelle, sont présentes les seize fonctions ; seul le pourcentage de chaque fonction sera différent d'un système ou sousystème à un autre système ou sousystème, et d'une unité transactionnelle à une autre.

Dans ces exemples on se réfère à un des éléments de l'interaction, tandis que l'autre serait le lecteur ou l'auditeur.

Dans un passage comme le suivant, extrait de la préface du livre de G. Bateson *Vers une écologie de l'esprit* (Adelphi, Milan, 1976), nous remarquons que le pattern gravite dans le milieu des fonctions : "Certaines personnes semblent capables de continuer à travailler assidûment même avec un maigre rendement et sans confort externes <sup>5</sup>. Moi, je ne suis pas comme ça : j'ai toujours eu besoin de savoir qu'il y avait quelqu'un qui juge mon travail prometteur et bien dirigé<sup>6</sup>, et je me suis souvent étonné que d'autres eussent confiance en moi tandis que moi-même j'en avais très peu".

Au milieu des antifonctions nous pouvons au contraire attribuer le passage successif extrait de *Pinocchio* de Carmelo Bene (Giusti, Florence, 1978) : "Respectable public et glorieuse présence de l'un et l'autre sexe, étant le passage par cette illustre Metropolis j'ai voulu engendrer le bien, le plaisir, l'honneur et l'avantage de présenter à vos yeux une remarquable marionnette inconnue jusqu'à ce jour dans ces villes et dont vous avez vu le compagnon mais non le semblable. Elle est née d'un père grand et d'une mère également petite".

Ces deux types de prose représentent clairement deux façons différentes d'établir des relations qui s'incluent de façon préférentielle, selon notre approche intégrative, respectivement dans le domaine des fonctions et dans le domaine des antifonctions.

Dans le milieu des fonctions et des antifonctions apparaissent ces différenciations auxquelles nous avons fait allusion au début et qui caractérisent chaque fonction ou antifonction, même si, nous tenons à le répéter, aucune d'entre elles n'existe de façon isolée. Pour ce qui est des antifonctions, cependant, la caractérisation de chacune d'elles nous apparaît plus difficile, bien que saisissable (cf. page précédente). A celles-ci appartiennent probablement, selon nous, les domaines :

- a) de l'art,
- b) de l'humour et de la pathologie.

— a) *La truite noire* (Reading) : Courbés sur l'eau du soir / gradés en Economie / Docteurs en Divinité, / la truite flaire et s'en va, / son

<sup>5</sup> F<sub>3</sub> interagissant avec n'importe quelle fonction donne F<sub>3</sub>.

<sup>6</sup> F<sub>1</sub> interagissant avec des fonctions à intersection inexistante donne F<sub>0</sub>.

éclair d'escarboucle / est une de tes boucles qui se défait / dans le bain, un soupire qui monte / des hypogées de ton bureau. (Extrait de *L'orage et l'autre* de Eugenio Montale, Mondadori, Milan, 1976).

– b) *Devoir* : Un petit garçon, qui ne savait pas faire le devoir d'examen, pensa faire le malin et rendit le devoir avec ces paroles : "Dieu seul connaît la réponse. Bonne journée". Huit jours après il reçut la réponse : "Dieu est reçu et toi, non. Bonne année".<sup>7</sup>

– c) "Dieu ne pouvait pas voir que je prenais le sien, gras, et je dis lave, elle seule était la sœur, c'est ainsi que il a dit finira chez l'inspecteur. Sûr. C'est ainsi que samedi il a été suspendu pour motif demander l'offense et on a vu la pièce... (exemple de schizophasie extrait du *Manuel de Psychiatrie* de P. Pancheri, Bulzoni, Rome, 1974).

#### A. Double message et explications différentes

Les exemples reportés jusqu'à maintenant ne sont pas relationnels dans une acception étroite du mot, en ce sens qu'ils comprennent seulement un élément de la dyade interagissant. Dans la transaction l'on éclaire seulement le rapport entre fonctions et antifonctions et à ce propos nous rapportons deux exemples pour fournir un type d'interprétation différente de celle fournie par l'Auteur, comme une tentative d'interaction entre modèle et clinique.

*Bateson* : Le schizophrène est content de voir sa mère et l'embrasse. La mère se raidit. Il retire son bras. La mère dit : "Tu ne m'aimes pas ?". Le garçon rougit. La mère dit : "Mon chéri, tu ne dois pas avoir peur de tes sentiments". Le patient réussit à rester seul quelques minutes, puis, tout de suite après le départ de sa mère, il se jette contre un infirmier.

Schéma d'explication :

Fg M Fg'  
F5 F2 F2  
F2 F10 F0 (résultat final)

*Frieda Fromm-Reichmann* : Patient : "Le Dieu R. me dit que je ne dois pas parler avec toi". Thérapeute : "Expliquons-nous : pour moi,

<sup>7</sup> Le mot d'esprit est composé de deux parties : une partie qui guide l'esprit du lecteur ou de l'auditeur, qui est dans le domaine des fonctions, et une seconde partie qui est dans le domaine des antifonctions. C'est comme un sujet qui regarde quelque chose avec des jumelles (fonction) et qui, soudain, se trouve englober visuellement un domaine beaucoup plus grand (antifonction).

ton Dieu R. n'existe pas, comme n'existe pas tout ton univers. Loin de moi l'idée de t'enlever cette pensée, je ne sais pas ce que cela veut dire. C'est pourquoi je te parlerai selon les termes de ton monde, afin que tu saches que pour moi il n'existe pas. Maintenant va voir le Dieu R. et dis-lui que nous devons parler et qu'il doit te donner la permission. Dis-lui aussi que je suis médecin et que tu as vécu dans son royaume de 7 ans à 16 ans, c'est-à-dire 9 ans, et que lui ne t'a pas aidé. C'est pourquoi maintenant il doit me laisser essayer et doit me laisser voir si moi et toi nous pouvons faire quelque chose. Dis-lui que moi je suis le médecin et que ceci c'est ce que je vais faire". (G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley et J.H. Weakland : *Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioural Science*, Vol. I, 4, 251-264, 1956.

Schéma d'explication :

Pt	Th	Pt'	
F10	F11	F4	
F4	F7	F3	(résultat final)

## B. Communauté de mondes qui n'agissent pas entre eux

Un autre type d'intervention que notre modèle semble indiquer, et qui correspond à la façon de travailler des grands thérapeutes, est celui qui se réfère à deux fonctions particulières : la F6 et la F14. Dans ces deux situations, il arrive que deux personnes ont un monde en commun, ont une communauté de mondes, mais précisément cette communauté empêche l'interaction. Whitaker, durant un work-shop qui a eu lieu à Rome en octobre 1979, a raconté l'intervention suivante : "J'avais un schizophrène qui insistait pour faire venir son père et sa mère pour la seconde rencontre et ils venaient d'une ferme très lointaine. Le père était un agriculteur typique avec le béret sur la tête, qui avait passé sa vie à traire les vaches. La mère était une femme romantique qui rêvait toujours de la ville, d'hommes très beaux, et il était parfaitement évident que la famille ne s'intéressait pas à la thérapie familiale, qu'ils ne savaient rien concernant la thérapie, et à l'improviste j'ai eu une association libre et j'ai demandé à la mère : "Après combien d'années de mariage t'es-tu rendu compte que ton mari aimait plus les vaches que toi ?" Elle m'a dit : "Eh, moi je l'ai toujours su". Et, à partir de ce moment-là, la famille a toujours continué à venir. Par exemple, dans cette situation, l'utilisation de la part du thérapeute de la F1, et respectivement F9, transforment les deux sujets interagissant en personnes qui collaborent.

### C. Pattern plat

Dans de nombreux cas de graves troubles relationnels, chez des patients psychotiques, par exemple, on peut observer un type de relation qui, en termes de fonctions apparaît comme “homogène” ; un sujet ne réussit pas à communiquer parce qu’il semble avoir une force relationnelle à tendance uniforme, plate. Il utilisera de nombreuses fonctions ou toutes, dans un faible pourcentage, distribuées uniformément sur les seize possibilités de notre modèle. Nous avons défini cet aspect comme “pattern plat”.

Ce pattern plat semble se retrouver en pathologie dans un langage du type ci-dessous rapporté : Maria Pia, par exemple, en face des pressions du thérapeute qui cherche à éclairer la situation, répond en ces termes : “Nous allions tous bien, deux-trois jours, en revenant à la maison, je me sentais bien, je me sentais, . . . d’un côté je ne réussissais pas à me lever, comme si, comme si j’étais paralysée, oui, c’est-à-dire je n’avais pas, c’est-à-dire, après, jusqu’à l’angoisse . . . en somme, je ne sais pas, comme si je ne sentais rien . . .”.

Dans ce cas on soulève l’hypothèse que le thérapeute doit utiliser un pattern de type opposé, c’est-à-dire fortement caractérisé.

### D. Le style du thérapeute et le changement

Un comportement correspondant aux fonctions du champ de la complémentarité ne semble pas porter à la complémentarité dans l’autre, tandis que les fonctions du champ de la symétrie portent l’autre à la complémentarité.

Il faut ajouter que tant les fonctions de la symétrie que celles de la complémentarité peuvent conduire à la symétrie. Ces données provenant de notre modèle semblent confirmer l’hypothèse de Minuchin et de très nombreux autres psychothérapeutes que le comportement challenging, par rapport à celui opposé, produit des changements importants.

Minuchin soutient avec justesse que, en thérapie, on ne doit pas parler “sur” une personne, mais “avec” une personne, parce que parler au sujet d’une personne signifie adopter des fonctions comme  $F_1$ ,  $F_3$ ,  $F_5$ ,  $F_7$ , qui ne provoquent pas de changements, ou mieux, provoquent des changements de contenus et non de mécanismes. Nous voulons dire que, si deux sujets interagissants adoptent, tous les deux, les mécanismes  $F_1$ ,  $F_3$ ,  $F_5$ ,  $F_7$ , ils ne provoquent aucun changement efficace.

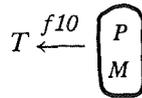
Le discours du joining est différent : on entend le joining comme l’application, de la part du thérapeute, des fonctions comme  $F_1$ ,  $F_3$ ,  $F_5$ ,  $F_7$ , c’est-à-dire contenant l’intersection, afin d’augmenter chez l’autre les fonctions contenant l’intersection.

### E. Le thérapeute se fixe lui-même

Si le thérapeute utilise une certaine fonction, cette fonction même tend à augmenter dans le pattern du patient, sauf pour ce qui est de la fonction F5. Par exemple si le comportement du thérapeute est celui d'une personne qui, tout en maintenant son propre monde, est disposé à accepter et à interagir avec le monde du patient, ce patient assumera en partie le comportement du thérapeute. Si au contraire le premier maintient un comportement de défense absolue de son propre monde, il facilitera dans l'autre l'augmentation de ce comportement.

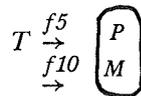
### F. Comment on ouvre une boîte noire

La famille ou un couple peuvent être vus comme une boîte noire qui interagit avec le thérapeute.



Père et mère, par exemple, contredisent ce qu'avait dit auparavant le thérapeute, en disant tous les deux qu'il n'y a pas de guerre entre eux. La situation peut être modifiée en ces termes. Le thérapeute peut enquêter à l'intérieur de la boîte noire, en l'agrandissant et en regardant à l'intérieur, par exemple en disant : "Il doit y avoir eu une situation dans laquelle un des deux a encaissé et l'autre a continué à aller de l'avant", ou encore, "l'un reste toujours le même, tandis que l'autre modifie totalement sa propre nature".

C'est-à-dire que le thérapeute envoie à la boîte noire, de façon non identifiée, deux messages : un d'alliance et un de contreposition, en déterminant une explication entre les deux membres du couple, dans le sens de la symétrie et de la complémentarité. En effet, à ce point un membre dira : "c'est toujours moi qui cède", et l'autre admettra, ou, au contraire, dira : "Qu'est-ce que tu dis ! C'est moi qui ne vaud rien, qui n'existe pas".



### G. Plus grande liberté et liberté plus réduite

Les fonctions peuvent aussi être étudiées sur la base des modifications qu'elles provoquent sur le pattern du sujet interagente. Toutes les fois que, à partir de l'interaction, résulte F0, le sujet a perdu quelques

degrés de liberté, puisque dans l'interaction successive il pourra se comporter plus fréquemment selon  $F_0$  et donc ne pas agir.

Les fonctions qui produisent le moins  $F_0$ , c'est-à-dire qui augmentent ou laissent inaltérées les possibilités relationnelles, sont  $F_1, F_5, F_9, F_{13}$ . Les fonctions qui produisent le plus  $F_0$ , qui poussent vers une majeure constriction de l'individu (peut-être vers la dépression, cf. bibliographie) sont  $F_6$  (surtout),  $F_0$  et  $F_{15}$ . En particulier la  $F_6$  comme corollaire si le maintien à l'intérieur de soi de quelque chose qui est aussi dans le monde de l'autre, et la non-interaction sur cette chose, conduit le sujet à perdre certains degrés de liberté. En général si on représente le sujet dans un hypercube (Fig. 5) dans lequel les sommets sont représentés par les seize fonctions, (le pattern plat sera exactement au centre), il est intéressant de considérer les déplacements vers les extrémités (en haut et en bas) qui correspondent respectivement à 0 et à 15. "Précipiter en 0 ou en 15" signifie perdre la capacité d'interaction<sup>8</sup>.

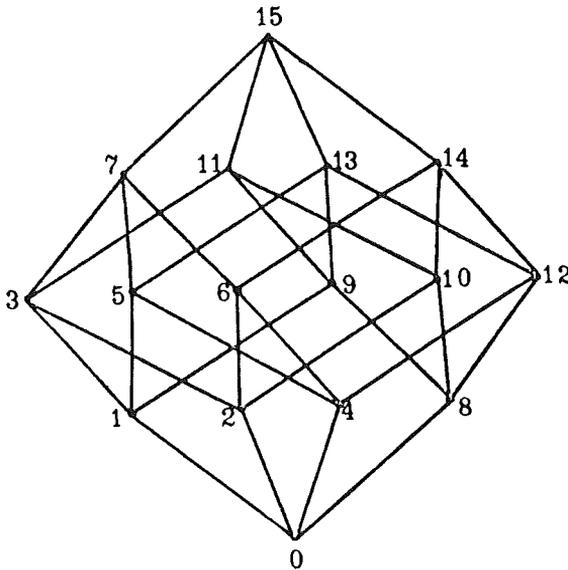


Figure 5

<sup>8</sup> En outre, se déplacer vers la droite ou vers la gauche signifie respectivement diminuer ou augmenter les fonctions de l'interaction.

En conclusion de cet exposé, nous imaginons la difficulté de l'auditoire à comprendre comment on utilise notre modèle dans la pratique. A ce propos nous pouvons communiquer que notre groupe a mis au point un work-shop qui peut être tenu dans un siège quelconque, de la durée de deux jours. Le matin de la première journée est exposée la théorie, l'après-midi et la journée suivante sont présentés des vidéo-enregistrements sur cassettes pour Sony VO-2630 (3/4 de pouce). Enfin on peut travailler directement avec des familles, si on a une pièce avec miroir unidirectionnel, puisque notre modèle est utilisé principalement par les superviseurs.

*Prof. Piero De Giacomo*

Direttore Istituto di Clinica Psichiatrica  
dell'Università di Bari  
Policlinico di Bari  
Piazzale Giulio Cesare – Bari (Italie)

#### BIBLIOGRAPHIE

1. DE GIACOMO, P., PIERRE, G. : Terapia psicofarmacologica e terapia della famiglia. Atti del Simposio della S.I. di Neuropsicofarm., Anacapri, 1-2 giugno 1976.
2. DE GIACOMO, P., PIERRI, G. : Sintesi, scissione, dialettica, influenza dei "sistemi" e personalità psicopatiche. *Il Lav. Neuropsich.*, 59, 1-2, 1976.
3. DE GIACOMO, P., CORFIATI, L. : Aspects de synthèse et de scission dans le processus psychothérapique. X Congrès Int. de Psychothérapie, Paris, 1976.
4. DE GIACOMO, P. : Sintesi scissione et relazioni umane : un approccio matematico. Intervento al Congresso "Psicoanalisi ed Istituzioni", Milano, 30 ottobre-1 novembre 1976.
5. LEFONS, E., PAZIENZA, M.T., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFIATI, L., DE GIACOMO, P. : An Algebraic Model for Systems of Psychically Interacting Subjects. In *Information and Systems*, Pergamon Press, London, 1978.
6. DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A., CORFIATI, L. : Synthesis and Scission Aspects in the Psychotherapeutic Process. *Il Lav. Neuropsich.*, 64, 1-2, 1979.
7. DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A. : *Un modello teorico delle relazioni umane*. Riv. Sper. Fren. Med. Leg., CIII, 1979.
8. DE GIACOMO, P., SILVESTRI, A. : Depressione e teorie del cambiamento. Prospettive di un nuovo modello teorico. Atti del Convegno *La depressione : malattia e sintomatologia*, Taormina, 18-20 novembre 1978.

9. LEFONS, E., PAZIENZA, M.T., SILVESTRI, A., TANGORRA, F., CORFIATI, L., DE GIACOMO, P., PIERRI, G. : Possibilità di riconoscimento di stati depressivi secondo il test SISCI-I. Idem come sopra.
10. ANNESE, A., DE GIACOMO, P., PASQUAL MARSETTIN, E., PIERRI, G., SACCO, M.P. : Considerazioni in tema di approccio relazionale alla depressione. Idem come sopra.
11. SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P., PIERRI, G., LEFONS, E., PAZIENZA, M.T., TANGORRA, F. : A Basic Model of Interacting Subjects. *Journal of Cybernetics*, 1980, (in stampa).
12. SILVESTRI, A., DE GIACOMO, P. : A computerized Laboratory for Approach to Relational Psychotherapy. Relazione al Congresso di Berlino su *Medical Informatics*, 17-20 sett. 1979.
13. DE GIACOMO, P. e COLL. : Toward a "Logic" Interaction Therapy. A Theoretical Model for Therapy and Change evaluation. VI Congr. Intern. "Familie und Familientherapie". Zürich, 26-29 settembre 1979 (en impression).
14. DE GIACOMO, P., PIERRI, G. : *Aspetti relazionali della menopausa*. Giornate di studio sulla menopausa. Bari, 14 ottobre 1978.
15. DE GIACOMO, P., RESNIK, S., PIERRI, G. : *Psicologia Medica e Psichiatria Clinica e dinamica*. Piccin, Padova 1980.

## LISTE DES COMPTE—RENDUS NON PARVENUS

### des 4èmes Journées Internationales de Thérapies Familiales

*Nous regrettons de ne pouvoir publier les compte-rendus suivants  
qui ne nous sont pas encore parvenus :*

Anne-Marie GLEMET (Charleville-Mézières)  
*“Les différentes étapes de la vie d’une famille”*

Luc KAUFMANN (Lausanne)  
*“Thérapies familiales à l’hôpital”*

Reynaldo PERRONE (St Etienne)  
*“Stratégie des changements”*

Carmine SACCU (Rome)  
*“Thérapeutique et training : deux processus parallèles”*

# 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<sup>er</sup> 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) souligné(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

## *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.

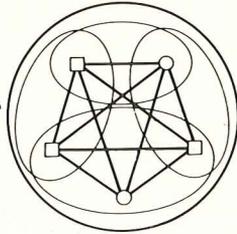
## *BIBLIOGRAPHIE*

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’abréger 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. II – 1981 – No 3

NUMERO SPECIAL LYON 1980

## **SOMMAIRE**

<b>Nécrologie</b> .....	181
<b>Introduction aux compte-rendus des 4èmes Journées Internationales de Thérapie Familiale – Lyon 1980</b> .....	183

## **ATELIERS**

<b>G. AUSLOOS : Système, modélisation, catastrophes</b> .....	187
<b>Ph. CAILLE : L'information utile pour tenter une approche systémique</b> .....	205
<b>Y. COLAS : Rôle et limites des modèles en thérapie et en formation. Affectivité – Pensée – Action</b> .....	211
<b>T. COMPERNOLLE : Eco-psycho-somatique : influence de la famille sur l'enfant malade et vice-versa</b> .....	221
<b>A. DEVOS : Au seuil de la famille</b> .....	229

## **CONFERENCES**

<b>I. ALEKSIC : Les changements des communications au cours de la thérapie familiale de l'alcoolisme</b> .....	233
<b>P. DE GIACOMO et G. PIERRI : Un modèle de base des relations humaines</b> ...	243