

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



4èmes
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)

Paielements aux Editions Médecine et Hygiène :

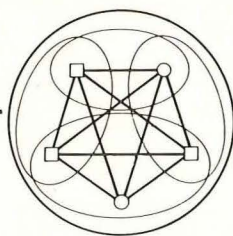
- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, 1211 Genève 6 —
Compte No C2 622 803.
- Banque de l'Union Occidentale, 47 av. George V, 75008 Paris —
Compte No 1251-10532-40
(Les chèques bancaires libellés en francs français sont admis)

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 4

NUMERO SPECIAL LYON 1980

SOMMAIRE

ATELIERS

C. GUITTON-COHEN-ADDAD : Comment et pourquoi démarrer des thérapies familiales systémiques en institution ?	257
L. ISEBAERT : Thérapie systémique — Le patient identifié étant un adulte . . .	265
O. MASSON : Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales	269
P. MENGHI : La supervision provocatrice	287
A.-M. NICOLO : La provocation en tant que réponse thérapeutique	293
F.X. PINA PRATA : Les stratégies du processus thérapeutique dans les systèmes familiaux rigides et flexibles	301
C. ROJERO et T. SUAREZ : De l'opérativité du concept du triangle dans la thérapie familiale et dans la dynamique institutionnelle	323
E. TILMANS-OSTYN : La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants	329
R. VAN DYCK : Principes de stratégie dans la thérapie de famille	337
A. VANSTEENWEGEN : Apprendre à négocier dans un couple : entraînement à la dispute constructive	339

CONFERENCE

D. MASSON : Traitement de familles et hôpital de jour pour adultes	351
---	-----

COMMENT ET POURQUOI DEMARRER DES THERAPIES FAMILIALES SYSTEMIQUES EN INSTITUTION ?

Catherine GUITTON-COHEN-ADDAD

I. But de l'atelier

Echanger avec les congressistes des réflexions sur les conditions de démarrage de prises en charge familiales selon un mode systémique, en institution.

Se pose en fait le problème de l'identité du rôle des soignants, de la place de la théorie systémique, de l'usage du modèle selvinien et des transgressions nécessaires à trouver pour adapter au contexte et à sa propre personne cette nouvelle forme d'appréhension de la réalité.

II. Atelier du Jeudi 22 mai 1980

Témoignage et analyse de deux modèles d'intégration institutionnelle différents des thérapies familiales systémiques.

1. A l'hôpital psychiatrique de Villejuif, service du Docteur J.-C. Benoît : démarrage en équipe institutionnelle, et à l'initiative du Docteur J.-C. Benoît, des Entretiens familiaux systémiques.¹

Effort constant d'intégration fonctionnelle dans une institution classique des théories systémiques selon plusieurs protocoles circulaires et intercurrents : séminaire de recherche médecins-psychologues, rencontres infirmiers-médecins, analyse des relations famille-institution-malade, prise en charge de famille par entretiens collectifs, synthèses institutionnelles etc. . .

Avantage : diffusion des idées systémiques en milieu hospitalier et chez les jeunes stagiaires et médecins en formation.

Inconvénients : remaniement annuel des équipes institutionnelles du aux changements de stagiaires et des psychiatres en formation, ce qui perturbe le processus thérapeutique lui-même engagé avec les familles.

¹ A. Daigremont, C. Guitton et B. Rabeau. *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales en Psychiatrie de secteur*. E.S.F. 1979 Paris.

2. Au Centre National de Traitement Clinique de Rueil — M.G.E.N. — service du Docteur G. Ulliac, démarrage en solitaire par l'animatrice, en tant que médecin vacataire, de thérapies familiales systémiques dans un contexte de crise institutionnelle et sur la demande du médecin-chef Dr G. Ulliac.

Tentative d'intégration des thérapies systémiques selon le premier modèle et, après échec, mise en pratique d'un fonctionnement spécifique par une équipe isolée (l'animatrice est secondée par quelques infirmiers volontaires qu'elle forme au fur et à mesure ; ceux-ci assument leur rôle de cothérapeutes particulièrement au moment de la post-séance et de l'élaboration de la prescription).

Il s'est avéré nécessaire de maintenir les médecins traitants institutionnels en dehors du processus thérapeutique systémique et de décliner toute responsabilité institutionnelle devant les familles (chimiothérapie — permissions — réhospitalisations . . .).

Les cas adressés en thérapie systémique sont le plus souvent des cas très difficiles, avec un long passé de prises en charge multiples, pour lesquels l'institution pressent l'utilité d'une tentative de structuration de l'entourage familial, ou bien se trouve prise dans une situation stagnante de perplexité anxieuse.

La relation de thérapie systémique commence donc par une rupture avec le mode habituel de prise en charge. Les thérapeutes effectuent d'abord une "intervention de crise" puis enchaînent par une thérapie familiale, qui se poursuit lorsque le malade est sorti de l'institution.

Les familles sont reçues dans la bibliothèque de la clinique ; les entretiens sont enregistrés au magnétophone et ré-écoutés plus tard avec les co-thérapeutes. Les séances sont espacées de plusieurs semaines.

Quelques bilans ponctuels sont retransmis aux équipes institutionnelles afin de réintégrer de façon corollaire notre démarche dans la dynamique collective.

3. Discussion des échecs, erreurs, difficultés et avantages de cette méthode, ce qui amène à la reconnaissance, pour les congressistes, de leur propre situation institutionnelle, à savoir :

— la prise de conscience de la violence et du poids *implicites* de la triangulation famille-institution-malade. (cf. J.-C. Benoît²)

— l'authentification de leurs perceptions du dysfonctionnement relationnel intrafamilial : *quand un psychotique est hospitalisé cela*

² J.-C. Benoît. *Les Doubles-liens. Paradoxes familiaux des schizophrènes*. PUF, Paris 1980.

*signifie que toute la famille vit un moment psychotique et fonctionne dans un registre psychotique*³. La symptomatologie aiguë et comportementale d'un de ses membres, ainsi que son exclusion en milieu hospitalier (ou "protégé") n'en sont que les *preuves récurrentes et rétroactives*.

— la nécessité de *transmettre* à la famille une *réponse au niveau systémique*.

4. A travers ces deux exemples d'intégration des thérapies familiales systémiques dans des institutions soignantes, évocation de la théorie systémique selvinienne, de son protocole clinique, de sa valeur de modèle structurant inaugural . . . et de la nécessité des transgressions à inventer pour chaque soignant personnellement afin d'assumer de façon concomitante :

— sa juste place dans le réseau relationnel institutionnel.

— ses propres facultés d'analyse et d'impact systémiques sur les familles qui le sollicitent.

— son appartenance au système qui le fait vivre.

Il paraît donc nécessaire que chaque soignant arrive à définir clairement, à choisir et à assumer le *réseau de double-liens dans lequel il pourra, sans se renier, être le plus fonctionnel individuellement et le mieux intégré contextuellement*.

III. Atelier du Vendredi 23 mai 1980

1. *A propos d'exemples cliniques amenés par les participants :*

— analyse systémique de la problématique familiale présentée.

— analyse systémique de la problématique du soignant dans l'institution, qui se trouve obligé de se situer en face d'une *famille demandante d'aide, c'est-à-dire provocatrice de doubles-liens psychotisants pour le malade et pour les soignants*. Elle réitère ainsi sa première défense qui est de faire sombrer chacun dans la paradoxalité⁴.

³ C.G. Cohen-Addad. *Mémoire de CES de Psychiatrie*. Université Paris-Sud, 1977. "Les Entretiens Familiaux, thérapeutique d'urgence en cas d'hospitalisation d'un adulte en milieu psychiatrique".

⁴ P.C. Racamier. "Les Paradoxes des Schizophrènes". Communication au XXXVIII Congrès des Psychanalystes de langues romanes. *Revue française de psychanalyse*, Tome XLII, Sept.-Déc. 78, PUF, Paris.

— prise de conscience de la nécessité vitale pour les soignants donc de se décider un jour à répondre à cette demande, c'est-à-dire à structurer eux-mêmes et volontairement la relation famille-malade-institution.

C'est à ce prix qu'ils pourront sauvegarder eux-mêmes leur intégrité mentale ainsi que leur identité de soignant.

2. *Enfin à propos d'un exemple clinique amené par l'animatrice, analyse de sa méthode personnelle.*

— analyse de la dialectique relationnelle circulaire pendant l'entretien : entre les membres de la famille eux-mêmes, puis entre l'animatrice et les membres de la famille (Analyse de la forme).

— mise à jour d'une partie de la problématique structurale familiale en termes d'informations recueillies et classées. (Analyse du fond)

— analyse de la position des thérapeutes dans le contexte de l'entretien (avant et pendant) en termes de déstructuration et de restructuration mentale des thérapeutes. Mise en évidence de l'impact des doubles-liens psychotisants envoyés par la famille sur les thérapeutes et de l'importance de les renvoyer pour les éluder.

— analyse du rôle de la séparation du groupe famille-cothérapeutes pour la discussion de post-séance. La rupture de l'entretien par les thérapeutes leur redonne le pouvoir et ménage ainsi un espace-temps nécessaire pour qu'ils puissent se restructurer individuellement et intégrer collectivement toutes les informations recueillies celles de la forme et celles du fond ! *L'intégration se fait dans la rupture.*

— analyse logique de l'élaboration de conclusion de l'entretien par les cothérapeutes selon les critères personnels de l'animatrice, l'essentiel restant l'adéquation de tous les cothérapeutes au texte (ou à la prescription) final (que l'on remet au malade désigné).

— étude des feed-backs. *Discussion théorique sur le maniement dialectique de la contre-violence* par les thérapeutes et le parachutage à l'improviste de *contre-informations* dans le système.

IV. Perspectives générales

1. Il faut d'abord posséder soi-même une *pensée systémique* et être capable de l'appliquer avant d'en revendiquer une quelconque reconnaissance par l'institution.

2. La difficulté pour démarrer des entretiens collectifs systémiques dans une institution, qui par définition est toujours un tourbillon tumultueux d'affects et de manipulations, est de définir son propre point d'ancrage — et d'envol —, c'est-à-dire se situer dans une sorte "d'oeil du cyclone" au milieu de cette tourmente, aire centrale et retirée qui permet de rester opérationnel.

Peut-être est-il bon de débiter sans annoncer un but thérapeutique officiel, à propos de cas désinvestis par l'équipe mais relativement demandeurs (famille odieuse, hyperagressive, habitant à proximité, malade insupportable . . . etc.) en prenant soin de garantir sa propre intégrité à savoir :

a) au niveau individuel

— obtenir l'autorisation d'effectuer une recherche. Ce qui méta-communiqué qu'il ne s'agit pas d'un défi à l'institution ni d'une croisade.

— choisir des cothérapeutes "fonctionnels", c'est-à-dire capables de définir entre eux une relation stable, d'élaborer les conflits . . . et d'en rire ! . . .

b) au niveau collectif

— analyser, respecter et assumer les doubles-liens qui rattachent les soignants à leurs institutions (relations avec les médecins-traitants, avec la hiérarchie, avec l'idéologie en vigueur dans l'établissement . . .)

— restituer quelques informations aux équipes institutionnelles sur le déroulement du protocole.

— reconnaître que tout succès thérapeutique systémique est également un succès institutionnel. En effet, du point de vue institutionnel, l'interaction famille-cothérapeutes est une transaction linéaire, puisque c'est le rôle de l'institution de prendre en charge les malades et leurs problèmes, quelles qu'en soient les modalités. Il faut donc recadrer cette transaction linéaire et la recirculariser dans la dynamique institutionnelle car c'est cette structure qui soutient et protège de fait le déroulement de la thérapie : le courrier circule, les informations téléphonées sont retransmises précisément et dans les temps aux thérapeutes, les locaux sont disponibles quand il faut . . . etc. Bref, *personne ne se dédit* de son engagement et ce sont les efforts de tous qui permettent aux thérapeutes de poursuivre.

c) en cours de séance avec la famille

— avoir le désir de nouer une relation avec la famille, grâce au maniement du “dialogue offensif” doublé d’un parti pris de bienveillance (symétrique) à son égard. Nous pensons vraiment que *l’outil de travail des thérapeutes n’est pas l’écoute mais le dialogue*. C’est là que se remet en cause fondamentalement la notion de non implication classique du thérapeute qui se trouve obligé par contre ici de s’engager en tant que *personne et en tant que personnage*.

— s’obstiner à renvoyer à la famille, au cours de la conclusion de l’entretien, une bonne image, justificatrice de leur fonctionnement systémique, grâce à l’iconoclaste “connotation positive”. Je précise bien “de leur fonctionnement systémique familial”, car il ne s’agit pas de connoter des actes individuels isolés mais de connoter des actes individuels recadrés dans une dynamique collective et contextuelle.

Ce ne sont pas les excès dans ce genre d’attitude, chez les thérapeutes, qui induisent les résistances de la famille — et l’escalade des manipulations — mais au contraire, *leurs manques* et leurs demi-mesures.

Des “travaux pratiques” de grande valeur peuvent éventuellement être effectués dans ce sens par chacun dans le cadre privilégié de sa *propre famille* : on peut tester ses capacités de connotation positive, la justesse et la rigueur de ses analyses systémiques ainsi que ses propres facultés d’assomption des rétroactions ! Il y a là un apport que nul de nous ne peut ignorer, méconnaître ou sous-estimer.

3. Les rétroactions institutionnelles à d’éventuels changements manifestes obtenus sont toujours agressives car anxieuses . . . Il faut s’y attendre, s’y préparer en équipe de cothérapeutes, assumer patiemment la conflictualité, l’inévitable symétrie et la violence de la situation sans engendrer la haine, la rupture ou l’abandon . . . qui sont *toujours* dues aux défaillances des cothérapeutes en question ! C’est-à-dire qu’en fait, il faut que les cothérapeutes assument aussi en plus de la famille, leur institution . . . ! Alors : patience, compréhension, mais aussi décisions au moment opportun.

V. Au total

A. C’est aux soignants — “systémiciens et autres” — d’inventer leur propre projet de survie en tant que soignant. *La fin* d’une nosolo-

gie, d'une épistémologie périmée, c'est-à-dire *la fin d'un paradigme ne veut pas dire la fin de la maladie mentale ni de la psychiatrie !* "Il faut commencer par modifier la pratique pour changer de paradigme." (Dr Courtoux)

B. L'approche systémique pour finir est une *heuristique* : c'est-à-dire un "art de découvrir". Ce n'est ni une théorie hypothético-déductive ni une conception platonicienne du monde.

Ce n'est qu'une méthode qu'il ne faut pas confondre avec la réalité ni réifier en un savoir mécaniste, mort et réducteur, dont le seul usage, en définitive, se situerait au niveau d'une revendication personnelle, perpétrant ainsi, au cœur d'un système institutionnel établi, une quête symétrique de pseudo-identité . . .

C. Guitton-Cohen Addad

Consultante au Centre National de Traitement de Rueil
Assistante à l'hôpital psychiatrique de Villejuif
54, Avenue de la République, F - 94800 Villejuif

Sur le thème : Modèles systémiques,
Modèle de croissance,
vers le changement.

13, 14, 15 mai 1982

**Les 5èmes Journées Internationales
de Thérapie Familiale de Lyon**

recevront Virginia SATIR

G. AUSLOOS, J.C. BENOIT, Ph. CAILLE, T. COMPERNOLLE, A. DESTANDAU, A. DEVOS, M. DUGAS, J. GAMEIRO, C. GAMMER, S. HIRSCH, P. IGODT, L. ISEBAERT, F. LABELLE, G. LENZ, D. MASSON, O. MASSON, P. MENGHI, S. MONTAGANO, M. NEVEJAN, J. PLUY-MACKERS, G. PRATA, J. PRUD'HOMME, Y. REY, C. ROJERO, P. SEGOND, H. SILVA ARAUJO, T. SUAREZ, C. THIRY, E. TILMANS, R. VAN DYCK.

Comité d'organisation :

Association Lyonnaise de Thérapie Familiale

Responsable :

Y. COLAS

C.H.S.

rue J.B. Perret

F - 69450 ST-CYR-AU-MONT-D'OR

Tél. (7) 822.42.22 Poste 276

THERAPIE SYSTEMIQUE LE PATIENT IDENTIFIE ETANT UN ADULTE

Luc ISEBAERT

En thérapie systémique, des difficultés stratégiques particulières se posent quand le patient identifié est un adulte. Surtout si les symptômes sont d'ordre psychotique, anorexique, borderline e.a., il existe alors des liens de type symbiotique avec père et mère ; il sera donc difficile d'avancer sans inclure la famille d'origine, et plus particulièrement les parents, dans le système thérapeutique.

1. La stratégie la plus payante pour transformer ces liens symbiotiques est souvent d'essayer d'obtenir des parents qu'ils accordent de leur propre initiative son indépendance au patient identifié, et que celui-ci ne doive donc pas la conquérir de haute lutte.

Les parents d'un patient adulte sont souvent moins disponibles :

1.1. Ils peuvent déjà être morts, et le lien qui auparavant était réel autant qu'introjecté, n'est plus maintenant que phantasmatique.

1.2. Ils peuvent être déments, et incapables de collaborer encore activement, même si certaines stratégies où ils figurent comme acteurs passifs restent possibles.

1.3. Ou ils peuvent être si vieux qu'il n'est plus possible de les faire changer notablement d'attitude envers leurs enfants : le changement d'optique qu'exigerait une thérapie relationnelle ne peut plus être obtenu :

- Ils ne savent plus changer des habitudes prises depuis longtemps ("on a toujours fait comme ça").
- Ils n'ont souvent aucun avantage économique à laisser leur liberté aux enfants : il est plus avantageux de continuer à les culpabiliser.
- Leurs options morales, leur vision du monde s'y opposent (les enfants doivent soigner leurs parents, leur obéir) ; ils ne sont plus assez souples pour pouvoir voir que, si leur point de vue n'est pas faux, un autre peut aussi recéler sa part de vérité.

Le résultat est que les enfants, et en particulier le patient désigné, doivent faire tout le travail de restructuration des liens (affectifs, hiérarchiques, etc.) par eux-mêmes.

2. Les autres membres de la famille d'origine, les frères et les sœurs, sont souvent moins présents :

2.1. Ils peuvent habiter loin et être inaccessibles pour des séances de thérapie familiale.

2.2. Ils peuvent être brouillés avec le patient et ne plus rien vouloir faire pour un frère ou une sœur qui, avec ses symptômes, leur en a déjà fait voir de toutes les couleurs.

2.3. Ils peuvent aussi plus facilement se désintéresser du patient, ils sont bien moins obligés de vivre et de compter avec lui que quand ils vivaient sous le même toit.

3. Le système est souvent incomplet :

3.1. *Cfr.* 1 et 2 : parents, frères et sœurs pas ou moins disponibles.

3.2. Le patient peut être divorcé ou sur le point de l'être. Si les symptômes impliquent des difficultés conjugales, des époux qui seraient prêts à faire un effort de réconciliation si cela était nécessaire pour un enfant, par exemple dépressif ou psychotique, refusent parfois de le faire pour un conjoint dépressif ou psychotique.

3.3. Le patient peut être seul dans la vie, n'avoir aucune famille ou du moins personne à qui le thérapeute puisse faire appel pour composer avec lui et le patient un système thérapeutique. Il faudra alors fabriquer un système de rechange (hospitalisation de jour ou de nuit, thérapie de groupe, etc.).

3.4. Le système dont le patient fait partie peut être artificiel : la plupart des thérapeutes qui ont soigné des religieuses savent combien il est difficile, sous la bonne volonté apparente, d'obtenir des autres sœurs du couvent les attitudes que le thérapeute juge utiles.

4. Une dernière difficulté peut résider dans le système élargi : alors que pour un enfant il est relativement facile d'obtenir la collaboration de l'école ou d'un mouvement de jeunesse, les influences

pathogènes du milieu professionnel telles que chômage, travail à la chaîne ou en trois équipes, conditions de travail aliénantes, échappent en général complètement à l'influence du thérapeute.

Dr Luc Isebaert
St-Maarten Ziekenhuis
Burg. Vercruysselaan, 15
B-8500 Kortrijk

PORTUGAL

**I ENCONTRO EUROPEU
DE TERAPIAS FAMILIARES E COMUNITARIAS**

**1ères RENCONTRE EUROPEENNE
DE THERAPIES FAMILIALES ET COMMUNAUTAIRES**

Mai 1983 — Lisbonne Portugal

SUJET GENERAL

Les courants Européens de Thérapie Familiale et Communautaire

- Communications libres (15 mn)
- Posters sessions / Présentations audio-visuelles
- Sessions plénières
- Tables rondes sur les courants Européens des Thérapies Familiales et Communautaires
- Ateliers (restreints)

ORGANISEE PAR

**Associação Portuguesa de Terapia Familiar
e Comunitária**

**Avec le haut patronage de
REITORIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA**

Secrétariat scientifique :

**I ENCONTRO EUROPEU DE TERAPIAS FAMILIARES
E COMUNITARIAS**

**Rua Tristão Vaz, 7, 4.º-A
1400 LISBOA / PORTUGAL**

Direction :

Prof. Dr. F.X. Pina Prata

Prof. Dr. O. Gouveia Pereira

Dr. G. Leao de Miranda

MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES ENFANTS ET THERAPIES FAMILIALES

Odette MASSON

Ce texte résume le travail d'un des ateliers des 4èmes Journées internationales de thérapie familiale qui se sont déroulées à Lyon du 21 au 24 mai 1980. Notre réflexion cherchait à définir la place que peuvent prendre les thérapies familiales dans l'éventail des mesures utiles aux milieux où surviennent des sévices et des comportements carencants envers les enfants.

I. Les mauvais traitements :

Les familles dans lesquelles les enfants subissent de mauvais traitements et des carences de soins sont très nombreuses. Les statistiques disponibles donnent un reflet euphémique de la réalité ; la détection reste actuellement lacunaire, tout particulièrement dans le secteur des soins pré- et périnataux. Chaque année, l'on détecte aux U.S.A. un million de cas de mauvais traitements aux enfants, en France 18.000 enfants sont grièvement blessés et 8.000 meurent à la suite de mauvais traitements, tandis qu'aux Pays-Bas 12.000 enfants font l'objet d'un signalement. Ces chiffres n'englobent pas les situations de carences d'apport chroniques, qui sont encore plus fréquentes que celles où de mauvais traitements sont activement administrés. Les situations précoces et durables de carences d'apport physique et/ou psychologiques (carences alimentaires ou de soins physiques, manque de protection contre les accidents, carences de stimulation et d'apport affectif), ont pourtant des conséquences graves et peu réversibles sur le développement des enfants. Les issues des situations de carences de soins observables chez les enfants et les adolescents sont les suivantes :

- Retard de développement staturo-pondéral.
- Susceptibilité accrue aux maladies somatiques et en particulier aux infections.
- Susceptibilité accrue aux accidents.
- Retards de développement psychomoteur et du langage.

- Troubles divers ou développement de la personnalité : troubles psychosomatiques, troubles du comportement, états prépsychotique et psychotique, délinquance, toxicomanie.
- Tendances chez les sujets carencés à reproduire les mêmes comportements envers leurs propres enfants.

Rappelons que les carences de soins aux enfants peuvent avoir lieu durant la grossesse déjà ; ainsi la consommation d'alcool (15), les abus de tabac et de médicaments de la part de la femme enceinte ont pour conséquences des syndromes malformatifs chez les bébés qui naissent avec des poids de naissance inférieurs à la moyenne.

La littérature décrivant les différents types de mauvais traitements administrés aux enfants, ainsi que les perturbations physiques et psychiques qui en découlent, est abondante depuis 1946 (2), (7), (19), (5), (13), (4), (8).

Pour résumer la définition des mauvais traitements, nous dirons qu'ils peuvent s'exercer sous la forme :

1. de carences d'apport physiques et psychologiques ;
2. de gestes de violence (coups, immersions, brûlures, strangulations, étouffement, empoisonnement).
3. d'abus sexuels.
4. de mauvais traitements psychologiques.

Ces différentes formes sont souvent associées. Dans les familles où sévit la violence, les enfants sont fréquemment négligés. Les enfants ne sont d'ailleurs pas seuls à subir des violences, les parents se battent entre eux, les adolescents frappent les parents.

Les familles carençantes et maltraitantes appartiennent à tous les milieux socio-professionnels. Il existe des milieux très pauvres qui offrent une bonne protection à leurs enfants, ainsi que des familles aisées où les enfants sont torturés. La présence de sévices ou de négligences envers les enfants, est à mettre en relation avec des facteurs psychologiques et sociaux intriqués. Les difficultés économiques et sociales augmentent les risques de mauvais traitements dans certaines familles, mais ne les expliquent pas à elles seules.

Les mauvais traitements aux enfants ont toujours existé. Ils n'ont pas toujours été réprimés. Actuellement ils sont interdits par la loi et les opérateurs psycho-médico-sociaux sont, dans de nombreux pays, tenus de dénoncer aux autorités les situations de mauvais traitements dont ils ont connaissance. Ces mêmes opérateurs psycho-médico-sociaux (assis-

tants sociaux, médecins, infirmières de santé publique, éducateurs AEMO, psychologues) sont aussi mandatés pour prévenir les mauvais traitements, soigner les familles où ils se passent.

La littérature discutant les modalités de soins préventifs ou curatifs aux familles maltraitantes est moins étoffée que celle qui décrit les situations de risque. Ce phénomène révèle les difficultés d'approche thérapeutique de ces situations, difficultés qui tiennent à de nombreux facteurs dont les principaux nous paraissent être les suivants :

1. La sévérité de la pathologie transactionnelle des milieux carencants est une réalité. Ces familles sont souvent isolées, fermées sur elles-mêmes. Bien que très souffrantes, elles ne cherchent pas ouvertement d'aide. Elles font des appels certes, mais en adoptant des comportements-communications cryptiques et en exhibant des symptômes dangereux pour leurs membres. Les techniques d'abord de ces milieux demandent encore à être élaborées. Elles ne sauraient suivre les modèles traditionnels des consultations psychiatriques, qui s'adressent à des patients motivés à rencontrer des thérapeutes. Les soignants intéressés à traiter ces familles ont à trouver de nouveaux modes de fonctionnement professionnel (9). Ils ont aussi à se former au travail de collaboration interdisciplinaire décrit par Caplan (3) avant de pouvoir aborder les familles maltraitantes.

2. L'analyse de la fonction des symptômes présentés dans ces milieux et l'élaboration de stratégies d'intervention exigent une connaissance approfondie de la théorie systémique et de ses applications en psychiatrie. L'enseignement des thérapies familiales conduites en référence systémique n'est pas encore généralisé dans les institutions de soins, et les opérateurs médico-sociaux manquent souvent des instruments théoriques et techniques nécessaires à ce travail.

3. Les institutions psycho-sociales disposent rarement d'équipes de soignants suffisamment stables pour assurer une continuité des traitements. Certaines familles investissent leurs thérapeutes et n'en peuvent ensuite plus changer pour un, deux ou trois ans.

On comprend donc que pour des raisons théoriques d'une part, et de politique de soins d'autre part, ces familles n'aient pas fait jusqu'à présent l'objet de beaucoup de tentatives de thérapies.

II. Les réseaux de soignants :

En face de ces groupes familiaux, l'on trouve une multitude de soignants gênés de ne pas disposer de moyens leur permettant d'accomplir leur tâche. Ils appartiennent à des institutions cloisonnées, qui

interviennent de façon fragmentée, sans coordonner leurs actions ni dans l'espace, ni dans le temps ; les uns s'occupent d'adultes, les autres d'enfants, et sont attachés tantôt aux structures hospitalières, tantôt au secteur ambulatoire. Ceci va à l'encontre d'une compréhension théorique permettant l'analyse en référence systémique du fonctionnement de ces groupes familiaux. Seule une vision globale, permettant la compréhension du fonctionnement multigénérationnel des familles, l'analyse des interactions entre la famille et le milieu environnant et des échanges du groupe familial avec les multiples institutions concernées, donne quelques chances aux soignants de bâtir ensemble une stratégie cohérente d'intervention.

Nous avons déjà décrit avec Marie-Hélène Fankhauser, lors des 3èmes Journées de Thérapie Familiale à Lyon en 1979, l'importance d'analyser en référence systémique le réseau des intervenants auprès de telles familles (10) avant de penser à élaborer une stratégie. Ce réseau d'intervenants auprès des familles où surviennent de mauvais traitements, comporte couramment : un juge civil, un pédiatre, une infirmière de santé publique, deux ou plusieurs assistants sociaux, de nombreux médecins internistes ou psychiatres soignant l'un ou l'autre des membres de la famille. Ces intervenants ont tendance à se préoccuper d'un secteur isolé de la difficulté familiale ; ils n'ont pas ou peu de communication entre eux ; ils ont tendance à contester mutuellement leurs actions et à diverger quant à l'évaluation des phénomènes observables dans la famille. C'est ainsi qu'on voit fréquemment les différents intervenants se disputer le leadership, omettre de répartir des rôles fonctionnels entre eux, ce qui les conduit à reproduire les conflits existant dans la famille. La ponctuation de la séquence des faits observables dans le milieu varie d'un intervenant à l'autre. La pondération de la gravité de la situation change selon l'optique des différents soignants ; la pathologie est fréquemment attribuée à l'un ou à l'autre des individus du système familial. Enfin, les mesures à prendre ne sont pas discutées en commun et les différents membres de la famille font l'objet de mesures partielles et contradictoires. Dans les cas les plus dysfonctionnels, les intervenants vont jusqu'à s'ignorer les uns les autres. Triangulés par les différents membres de la famille, les soignants sont coalisés avec des sous-systèmes et tendent à reprendre à leur compte et à jouer entre eux le scénario conflictuel dont le modèle a son origine dans le conflit familial non résolu. Les intervenants sont alors inclus dans le système morphostatique qui se trouve renforcé de manière massive ; ceci exclut toute possibilité de changement et de traitement.

Tels sont brièvement énumérés les facteurs expliquant les fréquents échecs des soins fragmentés administrés aux familles dites à risque.

III. Une équipe fonctionnelle d'intervention

Elle a pour première tâche sa constitution en un team ad hoc où se répartissent les rôles dévolus à plusieurs soignants intéressés par la même famille ; en effet, les familles à hauts risques passent par des crises qui prennent des allures dramatiques où les interventions d'urgences sont parfois nécessaires. La multiplicité des intervenants, 2, 3, ou 4 par famille, permet d'assumer des besoins qui dépassent les forces d'un seul thérapeute, de créer des suppléances en cas d'absence, ces familles ne supportant pas, en début de traitement, les vacances ou les maladies des thérapeutes. Un réseau fonctionnel de soins implique que les intervenants établissent entre eux des rapports d'estime réciproque et reconnaissent leurs compétences mutuelles. La fonctionnalité de l'équipe intervenante exige également que ses membres convergent dans l'estimation de la problématique présentée par la famille, se distribuent clairement leurs rôles et soient capables de ne pas se laisser diviser par les tentatives de coalitions que la famille mettra en œuvre tôt ou tard. Il est important aussi que chacun des intervenants se sente en mesure d'entrer en dialogue avec chacun des membres de la famille.

Une fois l'équipe d'intervention constituée et structurée ad hoc autour d'une famille, elle procède à l'examen des données récoltées par les différents soignants et définit les alternatives stratégiques entrant en ligne de compte pour aborder et traiter les problèmes de la famille en question. Il n'existe pas de solution-type. La situation particulière de chaque groupe familial, ses ressources, ses connections avec la famille élargie et le milieu environnant, ses problèmes économiques, de logement et de travail doivent être appréhendés en détail, ainsi que l'histoire des contacts psycho-sociaux antérieurs de tous les membres de la famille. L'équipe intervenante a à discuter également les contacts déjà établis parmi ses participants et les membres de la famille, et à choisir quels seront les collaborateurs qui entreranno en contact intensif avec le groupe familial, à définir donc ainsi, les rôles des différentes personnes responsables ; il s'agit pour le groupe soignant de se structurer hiérarchiquement en définissant l'attribution du leadership technique, qui sera toujours soumis au leadership de l'autorité tutélaire, lorsque celle-ci est concernée par la situation. Ces négociations peuvent prendre plusieurs heures et nécessitent l'instauration de règles de communication qu'auront à respecter tous les intervenants pendant la durée entière de l'action.

L'illustration du fonctionnement d'une telle équipe de soins sera donnée dans la relation d'un traitement conduit auprès d'une famille maltraitante en fin de ce travail.

IV. Comment se présentent les familles carençantes et maltraitantes ?

Il en existe des types très divers. Il semble utile de distinguer :

1. les groupes familiaux où les mauvais traitements apparaissent comme signaux d'une crise survenant après des phases où la famille a pu témoigner d'un fonctionnement plus harmonieux ;

2. des familles chroniquement et souvent transgénérationnellement perturbées. Dans ces groupes les comportements carençants et/ou activement agressifs envers les descendants sont répétitifs, et les modes d'intervention devront largement tenir compte des dangers d'entraves au développement et des risques vitaux que courent les enfants s'ils sont laissés dans le milieu.

Dans ce deuxième groupe l'on distingue :

A. *Des familles chaotiques*, où se répètent les ruptures relationnelles à différents étages générationnels. Les jeunes parents maltraitants ont souvent été placés et assistés au cours de leur enfance ou de leur adolescence ; ils sont très méfiants à l'égard des opérateurs psychosociaux, n'ont jamais eu, ou ont perdu, la capacité d'établir un dialogue structurant avec des adultes. Leurs relations sexuées sont instables, leur capacité de maîtrise sur le monde environnant (travail, amis, logement) sont faibles ou nulles. Certaines mères se prostituent poussées par une détresse économique ; des pères sont en prison ; l'éthylisme est courant. Ces jeunes adultes sont désespérés, profondément dévalorisés, ont des conduites qui les confirment régulièrement dans leur propre jugement et ne disposent d'aucun sentiment de confiance dans la possibilité de recevoir une quelconque aide de la part d'autres adultes. De façon irréaliste, ils attendent soulagement de leur détresse, et tendresse, de la part des enfants qu'ils mettent au monde. Ceux-ci ne peuvent que les décevoir et deviennent ainsi l'objet de leurs négligences ou la cible de réactions hostiles (1).

B. *Des familles dont la structure est préservée*, mais qui reproduisent génération après génération des patterns très sévèrement dysfonctionnels dans un régime métabolique particulier, où les jeunes parents restent pathologiquement impliqués dans le fonctionnement de leurs propres familles d'origine ; ceci s'accompagne d'une impossibilité d'alliance conjugale et parentale réelle, indispensable à la protection de leurs propres enfants (1). La présence de coalitions fixes existant par exemple entre la grand-mère paternelle et le jeune père "contre" la

jeune mère, le grand-père maternel, la jeune mère “contre” le jeune époux sont classiques. D’autres triangles pervers coalisent les paires de grands-parents “contre” leur belle-fille ou leur beau-fils. Les jeunes parents endossent activement leur rôle et adoptent des comportements qui renforcent le système transactionnel rigide et pathologique. Dans de telles constellations, les besoins du ou des enfants sont largement scotomisés. Les grands-parents, loin de pouvoir reconnaître la compétence et les droits des jeunes parents et leur offrir un appui dans la situation nouvelle où ils se trouvent, les contestent au contraire dans leur manière de soigner l’enfant, et cherchent à garder avec leur fils ou leur fille, une relation anachronique qui a toujours été investie dans le sens d’une parentification. Comme le dit Boszormenyi-Nagy, l’enfant chroniquement parentifié n’est jamais délivré de son mandat d’assistance envers ses parents. Les jeunes conjoints participent activement aux mouvements de “réaspiration” dans leurs systèmes familiaux d’origine, ce qui s’accompagne de conflits qui divisent leur couple.

Les intervenants courent en permanence le risque d’être inclus dans ces mouvements dysfonctionnels. Ainsi voit-on souvent une paire de grands-parents tenter de se coaliser avec un des membres du réseau de soins (juge civil, pédiatre ou psychothérapeute), pour obtenir le retour dans le foyer d’origine d’un des jeunes parents avec le bébé, prétendant être les seuls capables de protéger l’enfant. Les jeunes parents, par leur comportement, soutiennent loyalement ces mouvements et ne parviennent nullement à affirmer leur désir d’autonomie, leur volonté de vivre ensemble et d’apprendre à deux à soigner leur enfant. Cette apparente renonciation recouvre des sentiments de rage et d’impuissance qui s’expriment dans des crises où l’enfant risque de devenir la cible de sévices graves ou mortels. Ajoutons que les comportements carençants ont le plus souvent existé à la génération précédente, et ont objectivement privé les jeunes parents des modèles d’apprentissage des conduites de soins protecteurs et tendres envers les enfants.

V. Quelle place les thérapies familiales prennent-elles dans l’éventail des interventions ?

Quelle que soit la situation, celle d’une famille en crise ou celle d’une famille chroniquement perturbée du type chaotique ou rigidement pathologique, les intervenants ont pour *devoir premier* de protéger les enfants, en ayant conscience que, ce faisant, ils protègent également les parents maltraitants ou carençants.

Laisser l’enfant dans un environnement familial où il risque de se débilitiser ou de se psychotiser, tellement grave est la carence d’apport

qu'il subit, ou l'exposer à recevoir d'autres sévices ou à mourir, sous prétexte d'instaurer une thérapie familiale, constitue une erreur professionnelle.

La tâche primordiale de l'équipe soignante consiste donc à estimer les risques que courent le ou les enfants, en réunissant une large information auprès des professionnels qui connaissent la famille, et à prendre des mesures qui les protègent d'une poursuite de la carence si elle est jugée grave ou des sévices, même si ces mesures rendent les contacts momentanément très conflictuels avec les parents ou les interrompent. *Les intervenants sont responsables de la vie de l'enfant et de la préservation de son potentiel développemental dès le moment où ils sont au courant de la situation.*

Ce souci de protection qui doit sous-tendre la première phase d'évaluation peut aboutir à des décisions diverses :

1. Maintien de l'enfant dans la famille s'il y a réellement absence de danger, avec institution de soins auxquels la famille peut d'emblée collaborer. Ceci est dans notre expérience une situation assez rare.

2. Séparation provisoire avec placement de l'enfant dans un milieu qui lui assure des soins substitutifs de qualité et dont les responsables soient capables de collaborer avec les intervenants ainsi que d'établir un contact thérapeutique avec les parents.

3. Après des familles à parents seuls, le placement de la mère (ou parfois du père) avec le ou les enfants dans un foyer, dont les responsables ont la capacité de collaborer avec l'équipe intervenante, représente une mesure précieuse.

4. Des séparations définitives doivent parfois être opérées lorsque les chances de traitement du milieu apparaissent comme trop faibles. Les intervenants ont alors pour tâche d'assurer aux enfants des placements stables, à caractère familial, et de tenter le traitement des relations entre parents d'accueil et parents de sang.

Cette mesure pénible à envisager et à mettre en place, ne peut être prise que par l'autorité tutélaire. La tâche des intervenants psychomédico-sociaux dans ces cas-là consiste à observer de façon répétée les transactions familiales en milieu protégé si nécessaire, afin de ne pas décider d'une mesure de séparation d'une façon arbitraire. Ces mesures entrent en ligne de compte par exemple, lorsque des parents souffrant d'une psychose chronique donnent naissance à un bébé qu'ils se montrent incapables de soigner. Il importe dans ces cas-là de pouvoir observer les premières transactions pendant quelques semaines en milieu hospitalier où l'enfant peut recevoir des soins substitutifs, afin de

pouvoir soutenir une intervention auprès du juge civil qui a l'autorité pour envisager une adoption avec ou sans le consentement parental, ou un autre type de placement.

Les intervenants en proposant des mesures après leur évaluation, endossent une responsabilité extrêmement lourde ; les décisions prises influencent toujours très profondément le destin des parents et des enfants. Quelle que soit la décision prise, les parents de sang ne devraient, si possible, pas être abandonnés par les intervenants. Ceci représente une tâche difficile et, il faut le reconnaître, parfois impossible à assumer. Il n'est pas rare que des parents révoltés par une décision autoritaire de séparation, se soustraient au contact thérapeutique.

Lorsque l'espoir de permettre l'établissement de nouvelles relations dans la famille existe, l'instauration d'une thérapie familiale est indiquée, ceci même si l'enfant est placé temporairement. Elle l'est d'autant plus si d'autres enfants restent présents au foyer ou si les parents envisagent de concevoir une nouvelle grossesse.

Sur quels critères se fondent l'indication d'une thérapie familiale ?

— L'observation des comportements non-verbaux des parents à l'égard de l'enfant donne des indications intéressantes. Les parents continuent par exemple à montrer de l'intérêt à leur enfant placé.

— L'établissement progressif d'une relation entre les parents et l'un ou l'autre des intervenants. L'on découvre par exemple que les parents sont présents aux rendez-vous proposés par les soignants, même si ouvertement, ils critiquent violemment leur action.

— L'observation de mouvements se manifestant dans les relations parents-soignants à la faveur des contacts successifs. Les jeunes parents commencent en général par mettre d'abord violemment à l'épreuve les intervenants, puis lorsqu'ils ont testé leur neutralité et la constance de leur intérêt, ils commencent à changer d'attitude et collaborent à la poursuite des contacts.

— La présence de certains secteurs isolés de fonctionnement témoignant de ressources existant chez les parents. Au début des interventions, ces secteurs sont souvent occultés dans les informations que donnent les parents et il appartient aux thérapeutes de chercher activement les ressources présentes.

— L'observation de modifications discrètes de certains patterns transactionnels dans le groupe familial nucléaire et élargi en cours d'évaluation. Ceci peut se signer par exemple par des tentatives de

meilleure individuation de la part des parents en face de leurs parents respectifs.

VI. Description d'une intervention auprès d'une famille dont le premier enfant a été carencé et maltraité¹ :

Il s'agit d'une thérapie conduite en référence systémique, optique qui sous-tend toutes les interventions, qu'elles s'adressent au supra-système intervenants-famille élargie, à la famille ou à ses sous-systèmes.

Description de la famille et de sa situation au moment de l'entrée des thérapeutes :

La famille nucléaire formée de père, mère et un garçon de cinq mois, Jacques, est signalée aux thérapeutes de l'unité par les pédiatres de la clinique où le bébé vient d'être hospitalisé pour un coma secondaire à un hématome sous-dural ; des ecchymoses d'âges multiples observées sur le corps de l'enfant à l'entrée, ont fait poser le diagnostic de mauvais traitements. Le juge de l'autorité tutélaire alerté par les médecins de la clinique, a déjà mandaté une assistante sociale du Service de Protection de la Jeunesse, pour exercer un contrôle sur les mesures de sauvegarde à envisager pour l'enfant.

Les parents : Le père, Michel, âgé de 23 ans, est issu d'une famille où les mauvais traitements ont existé dans les trois générations connues. Une des sœurs est morte à quelques semaines de vie dans des circonstances indéfinissables. Une autre, sa jumelle, est morte à la naissance. Son frère aîné, marié, n'a que peu de contacts avec les parents. Michel est l'enfant chéri de son père et de sa mère, et son mariage, obligé par la grossesse de Jacques, a représenté pour sa mère le plus triste événement de sa vie. Michel est très proche affectivement de ses deux parents. Comme sa femme, Marianne, âgée de 20 ans, Michel s'est marié contre le gré de son père et de sa mère. Son travail professionnel est régulier et assure à la famille nucléaire une situation économique saine.

Marianne, aînée de deux, est obèse depuis sa petite enfance ; sa mère l'a toujours soignée sans succès pour la faire maigrir, tandis que son père gastronome, lui préparait de délicieux repas. Marianne n'a pas connu de mauvais traitements physiques, mais se plaint d'avoir vécu son enfance et encore plus son adolescence dans un climat où ses besoins affectifs ne trouvaient pas de réponses. Restée intensément liée à ses

¹ Nos remerciements vont au Dr Richard Van Dijk, Oegstgeest, qui a rencontré la famille au huitième mois de l'intervention et discuté les modalités thérapeutiques avec l'équipe soignante.

parents, elle a choisi après son mariage, d'habiter dans l'ensemble locatif où ceux-ci résidaient. Michel ne s'est pas activement opposé à ce choix. Les jeunes conjoints, bien que gênés par l'intrusion quotidienne des grands-parents dans leur logement dès la naissance de Jacques, ne se sont pas senti le droit de protéger leur intimité. Marianne, stimule même activement des échanges en demandant toutes sortes de services à sa mère, qui la conduit par exemple avec le bébé chez le pédiatre, et discute avec le médecin comme si Jacques était son propre enfant. Cette intrusion des grands-parents maternels, entretenue par Marianne, est vécue comme très dysqualifiante par les jeunes conjoints. En effet grand-père et grand-mère maternels critiquent les soins que Marianne et Michel donnent au bébé, s'emparent de l'enfant tous les soirs pour le nourrir, le langer et le bercer, sans que la jeune femme et son mari osent s'opposer ouvertement.

Dans cette constellation, Jacques, né en bonne santé par un accouchement normal, s'est tôt mis à hurler la nuit. C'est un gros bébé qui a faim. Craignant de le rendre obèse, les jeunes parents le soumettent à un régime strict, et ne lui donnent rien à boire la nuit. Epuisés, dévalorisés, objectivement mal renseignés quant aux soins à donner à un bébé, ils se mettent tous les deux à battre leur enfant, sans pouvoir demander de secours à qui que ce soit. Un jour où le père est seul avec l'enfant et lui donne son bain, une crise plus violente survient : l'enfant perd conscience, est amené par Michel à la grand-mère maternelle ; un médecin alerté hospitalise le bébé comateux.

Le traitement de cette famille dure depuis un an ; il a comporté trois phases successives et nécessité la collaboration de six intervenants principaux : trois thérapeutes de l'unité de prévention, l'infirmière-chef de la pouponnière où Jacques a séjourné après son séjour hospitalier, le pédiatre de la clinique, le juge civil, l'assistante sociale détentrice du droit de garde de l'enfant. Le leadership de l'action appartient au juge civil qui a conduit une enquête détaillée et est renseigné tout au long de l'intervention par l'assistante sociale tutrice. Le rôle de l'assistante sociale a consisté à observer l'évolution de la situation et à régulièrement expliquer aux parents, les implications légales des problèmes de leurs familles, l'obligation où elle se trouvait de soustraire l'enfant à des interactions dangereuses, tant qu'elle n'aurait pas des preuves convaincantes de modifications du régime transactionnel dans la famille nucléaire. Les psychothérapeutes alertés par le pédiatre, ont été secondairement mandatés par le juge, pour évaluer la situation et proposer des mesures. Cette entrée des thérapeutes ne correspondait nullement à un besoin exprimé par les parents. Les soignants avaient donc pour première tâche de tenter de joindre Michel et Marianne qui fuyaient

activement leur intervention. Ainsi les premières rencontres ont-elles eu lieu par surprise pour les jeunes parents, les thérapeutes les abordent sans faire de rendez-vous après avoir constaté que les premières convocations n'avaient pas été honorées. Lors de ces premières séances, les thérapeutes ont eu à se présenter mandatées par le juge, et à expliquer de façon réitérée aux jeunes parents, qu'elles n'étaient pas là pour les juger, ni pour participer à une répression, mais pour essayer de voir avec eux, si les conflits qui les avaient conduits à une terrible impasse pouvaient être abordés.

La première phase de l'intervention a duré quatre mois :

Au cours de douze entretiens, les thérapeutes obtinrent la confiance de Marianne et Michel. Après seize semaines, le jeune père et sa femme purent communiquer aux soignantes, qu'ils avaient tous les deux violemment frappé leur enfant, raconter à quels moments se passaient les sévices, quels étaient les types de tensions qui les suscitaient. Les thérapeutes, durant ces quatre premiers mois ont pu rencontrer au cours de quatre entretiens, les jeunes parents avec leurs parents respectifs, et observer ainsi directement les régimes transactionnels des familles d'origine, ce qui permit de bâtir une hypothèse de travail pour la phase ultérieure de traitement.

Cette hypothèse fut la suivante :

— Marianne et Michel sont tous deux des enfants hautement parentifiés dans leurs familles d'origine. La persistance d'un régime transactionnel pathologique, entre Marianne et ses parents d'une part, Michel et les siens d'autre part, conditionnent profondément la vie émotionnelle des trois membres de la famille nucléaire. Les limites n'existent pas entre le premier étage générationnel et le second. Pour respecter leur mission d'enfants parentifiés, Marianne et Michel doivent montrer leur mécontentement (en effet, ils se disputent régulièrement et se battent parfois). Ils ne peuvent en outre se définir comme des parents compétents, et apprendre à soigner leur enfant. Michel et Marianne n'ont pas été étonnés de voir que les thérapeutes comprenaient les mauvais traitements à l'enfant comme des comportements qui venaient s'inscrire dans un ensemble de manifestations de loyauté (1) témoignées aux familles d'origine. Michel et Marianne ont d'emblée signifié aux thérapeutes que cette compréhension de la situation correspondait à leur vécu, et ils ont verbalisé eux-mêmes les implications de cette dynamique transactionnelle dans leurs relations à l'enfant et dans leurs échanges conjugaux. Ils ont décrit leur relation à deux vécue comme

bloquée, leur incapacité d'exprimer verbalement leurs sentiments ou leurs attentes, leur très grave frustration mutuelle.

Arrivées à la fin de cette première phase d'intervention, les thérapeutes, procédant à la réévaluation de la situation, firent les constatations suivantes :

- Un lien thérapeutique avait pu s'établir avec Michel et Marianne.

- Ceci avait permis de comprendre la dynamique transactionnelle régissant les échanges dans les familles nucléaire et élargie.

- Une légère modification des relations entre les conjoints et leurs familles d'origines était déjà observable ; Michel clarifiait le premier sa situation avec ses parents et se posait davantage en adulte devant eux. Ses rapports avec son père et sa mère étaient devenus plus harmonieux. Marianne elle, pouvait faire part du malaise lié à l'infantilisation dont elle est l'objet de la part de ses parents, tout en reconnaissant qu'elle l'entretient.

Elle essayait timidement de faire reconnaître son statut de mère par sa propre mère, sans encore y parvenir.

- Michel et Marianne continuaient à affirmer leurs désirs de reprendre la vie avec leur enfant.

Jacques avait recouvré un état clinique satisfaisant et était transféré dans une pouponnière dont la directrice était prête à collaborer avec les thérapeutes dans le traitement de Jacques, Michel et Marianne.

Ces constatations servirent d'arguments à la discussion qui s'établit entre tous les intervenants pour envisager la *deuxième étape du traitement*. Les thérapeutes estimant, sans affirmer de certitude, d'importants changements possibles dans la vie de la famille nucléaire, ont été autorisés par le juge à poursuivre le traitement, en envisageant la réintégration progressive de l'enfant dans le milieu familial.

La deuxième phase de traitement a duré six mois. Durant cette période les contacts avec la famille se sont intensifiés et ont nécessité un très grand investissement de la part de quatre intervenantes : l'infirmière-chef de la pouponnière (J. Sheppard), les trois thérapeutes de l'unité de prévention (M. Rochat, C. Mannella, O. Masson).

Quels étaient les buts fixés pour cette phase thérapeutique ?

A. Les thérapeutes visaient une modification des échanges à trois niveaux dans la famille :

1. entre les parents et leurs familles d'origine. Ils devaient donc utiliser des stratégies stimulant les processus d'autonomisation des jeunes conjoints par rapport à leurs propres parents et les inciter à communiquer autrement leurs sentiments filiaux.
2. dans la relation conjugale.
3. dans les relations de Michel et Marianne à leur enfant.

B. La réalité de l'inexpérience de Michel et de Marianne dans le domaine concret des soins à l'enfant étant reconnue, un enseignement devait leur être assuré à cet égard.

C. L'enfant pourrait commencer à passer deux jours puis progressivement plus de temps dans son foyer, soigné par Michel et Marianne, si des modifications relationnelles conjugales et parentales étaient observables.

Quelles furent les modalités thérapeutiques utilisées au cours de cette deuxième étape ? Comment les soignantes se sont-elles réparties les rôles ?

L'infirmière de la pouponnière a appris aux deux parents à soigner et à observer l'enfant. Michel et Marianne ont dit leur soulagement à savoir dorénavant comprendre les signaux émis par Jacques, et à se sentir compétents pour le baigner, le nourrir, évaluer ses progrès. L'infirmière est devenue un personnage "parental" très important pour Michel et Marianne. Reconnaisant son attitude non critique d'appui, ils ont établi une relation de grande confiance avec elle. D'autre part, l'infirmière en observant les relations parents-enfants à la pouponnière, a participé aux décisions d'élargissement des "congés" de Jacques au domicile de ses parents. Elle a ainsi témoigné à Marianne et Michel sa confiance dans leurs capacités de soigner le bébé, ce qui les a beaucoup sécurisés.

Les trois thérapeutes de l'unité ont travaillé en utilisant trois setting différents :

1. Séance tous les quinze jours avec Marianne, Michel et parfois Jacques au Centre avec les trois thérapeutes. Au cours de ces séances, le travail a consisté à stimuler les processus d'autonomisation des jeunes

conjointes par rapport à leurs familles d'origine et à leur permettre de trouver de nouveaux modes de communication de leurs sentiments filiaux à leurs parents respectifs. La relation de Marianne et Michel à Jacques a fait l'objet de beaucoup d'attention et une évolution très positive s'est dessinée dès le moment où l'enfant s'est mis à marcher. Les thérapeutes ont ainsi appris que, sans en parler, les deux parents, mais surtout le père, vivaient une angoisse très profonde quant à l'éventualité d'un retard de développement secondaire à l'hématome sous-dural. La constatation que les grandes étapes du premier développement survenaient à des moments physiologiques, leur a permis de reprendre confiance et d'avoir une attitude beaucoup plus détendue et adéquate avec l'enfant. Une bonne partie des séances ont été consacrées à l'examen des modalités relationnelles entre Marianne et Michel. Progressivement, ils ont appris à se parler d'eux-mêmes, à se communiquer des besoins, ceci en utilisant la technique de prescriptions de tâches.

2. Une des thérapeutes passait huit heures par semaine au domicile de la famille en deux séances situées en début de soirée. Ce contact a été jugé indispensable pour l'évaluation du métabolisme interactionnel du trio *in vivo* en cours de thérapie. Le matériel de ces visites était ensuite repris en séance au Centre.

3. Une garde téléphonique de week-end a été établie, permettant à la famille d'appeler une des thérapeutes en cas de besoin. Ce dispositif de sécurité a été accueilli avec soulagement par Marianne et Michel, ce qui a permis de voir à quel point ils se faisaient peu confiance pour les débuts de la reprise de la vie en commun avec Jacques. Il est à noter qu'au cours des six mois qu'a duré la progressive réintégration de l'enfant dans le milieu, il n'y a jamais eu de tensions telles qu'elles aient nécessité l'appel téléphonique d'un thérapeute. Ce dispositif a été utilisé pour provoquer des mouvements intéressants dans la relation famille-thérapeutes. En effet, devenus très dépendants des soignantes, Michel et Marianne ont pour *la troisième phase de traitement*, qui dure actuellement depuis deux mois, à s'autonomiser progressivement. Ainsi leur a-t-il été proposé de s'entraîner à s'observer eux-mêmes au cours des week-ends, et à juger en discutant entre eux, s'ils ont besoin ou non de la garde téléphonique. Ils s'exercent ainsi à donner congé à leurs soignantes, à affirmer devant leurs thérapeutes leur compétence à être entièrement responsables de Jacques pour des durées dont ils doivent déterminer eux-mêmes la longueur.

Actuellement Jacques vit de nouveau avec ses parents. Les visites de la thérapeute à domicile ont diminué en fréquence et en durée.

Michel et Marianne peuvent s'appuyer et se relayer dans les soins à Jacques. Ils peuvent passer d'agréables moments à trois et les échanges conjugaux sont plus riches et plus libres. Ce traitement n'est pas terminé. Marianne et Michel eux-mêmes demandent la poursuite des séances qui auront lieu deux fois par mois alternativement au centre et à domicile.

Les thérapeutes ont rencontré au cours de cette intervention plusieurs difficultés usuelles dans l'abord des familles maltraitantes :

- Les perturbations du métabolisme relationnel de la famille nucléaire sont liées à celle du groupe élargi. Cette compréhension modèle les stratégies d'intervention qui ne sauraient être conçues sans une évaluation globale préalable du régime transactionnel du groupe familial trigénérationnel.

- Les jeunes parents cherchent à fuir les premiers contacts avec les psychothérapeutes et c'est l'autorité non-répressive du juge civil qui les conduit à ouvrir un dialogue avec les soignants.

- L'évaluation de la situation de l'enfant et de la famille exige des réunions initiales de tous les intervenants. Ensemble ils ont pour tâche préalable à toute décision thérapeutique, d'arriver à une compréhension du fonctionnement familial, puis de choisir des objectifs et des modalités d'approche, de distribuer les rôles entre les personnes qui resteront impliquées dans le traitement. Ceci signifie que lors de l'hospitalisation d'un enfant pour mauvais traitements, l'enfant ne devrait pas quitter l'unité de soins pédiatriques sans que cette évaluation et la mise en place d'une stratégie de protection de l'enfant et de soins à la famille aient eu lieu.

- Ces traitements nécessitent un investissement important et de longue durée de la part des soignants. La disponibilité des thérapeutes doit être large pendant la première année de traitement. Cette disponibilité est nécessaire au dépassement des attitudes de méfiance toujours présentes chez les parents maltraitants, et à l'établissement d'une relation réellement thérapeutique. Les soignants doivent parvenir assez vite à faire passer auprès des parents leur compréhension non-culpabilisante de la situation et démontrer que leur souci premier consiste à protéger *tous* les membres du groupe familial d'une récidive.

- La cohésion indispensable de l'action thérapeutique pour être maintenue tout au long de l'intervention, exige de la part des soignants qu'ils entretiennent entre eux des communications étoffées, régulières et claires.

— Les soignants doivent chercher à garder une perspective globale permettant d'analyser en référence systémique, les comportements-communications du grand groupe formé par la famille élargie et les intervenants, afin d'éviter l'instauration de coalitions entre soignants et sous-systèmes.

CONCLUSION :

La compréhension du fonctionnement familial et les stratégies des interventions auprès des familles d'enfants carencés ou maltraités, ne paraissent guère élaborables sans recours à une analyse théorique des transactions conduite en référence systémique. Les techniques d'approche ne sauraient être univoques. Les thérapeutes gagnent à disposer d'un large éventail de connaissances dans ce domaine afin de pouvoir choisir selon la situation de la famille et la phase de la cure, parmi les enseignements de Boszormenyi-Nagy (1), Selvini et all. (12), Erickson (6), Minuchin (11), le type d'input thérapeutique susceptible de mobiliser le régime transactionnel. La pratique de tels traitements demande en outre un entraînement à la collaboration pluridisciplinaire trans-institutionnelle.

Dr Odette Masson

Unité de thérapie familiale et
de prévention
5, rue Etraz, 1003 Lausanne CH

BIBLIOGRAPHIE

1. BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G. : *Invisible loyalties*. Harper and Row, 1973.
2. CAFFEY, J. : Multiple fractures in the long bones of Children suffering from chronic sub-dural hematoma. *A. J. of Roentgenol.* 56 : 163, 1946.
3. CAPLAN, G. : *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books. New York, London, 1964.
4. FERRIER, P.E. : *L'enfant victime de sévices — mauvais traitements — négligences*. Pro Juventute No 7, p. 214-216, juillet 1976.
5. GREEN, A.H., GAINES, R.W., SANDGRUND, A. : Child Abuse : Pathological Syndrome of family interaction. *Am. J. Psychiatry* 131 : p. 882-886, August, 1974.
6. HALEY, J. : *Uncommon therapy*. The psychiatric techniques of Milton. H. Erickson, W.W. Norton and Company, Inc., New York, 1973.
7. KAUFMAN, I. : The physically abused child in : *Child Abuse : Intervention and Treatment*. Ebeling, N.B. ; Hill, D.A. Ed., Chap. 13, p. 79-86, 1955.

8. KEMPE, C.H., HELFER, R.E. : *L'enfant battu et sa famille*. Ed. Fleurus, 1977.
9. MASSON, O. : Les thérapies familiales en prévention infantile. *Génitif*. Vol. 1, No 4, p. 17-19, sept. 1979.
10. MASSON, O., FANKHAUSER, M.-H. : *Travail avec les familles multi-institutionnalisées*. Bulletin de thérapie familiale de langue française, No 2, p. 15-16, janvier 1980.
11. MINUCHIN, S. : *Families and Family therapy*. Harward University Press. Cambridge Massachussets, 1974.
Familles en Thérapie. Delarge, Paris, 1979.
12. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : *Paradosso e Controparadosso*. Feltrinelli, Milano, 1975.
Paradoxe et contreparadoxe. ESF, Paris.
13. SPITZ, R. : *La première année de vie*. PUF, Paris, 1974.
14. STRAUS, P., WOLF, A. : Les enfants maltraités. *La Psychiatrie de l'enfant*, Vol. XII, Fasc. 2, p. 577-628, 1969.
15. PYTKOWICZ STREISSGUTH, A. : Maternal drinking and the outcome of pregnancy : Implications for children mental health. *Amer. J. Orthopsychiat.* 47 (3) p. 422-431, July 1977.

LA SUPERVISION PROVOCATRICE

Paolo MENGHI

Dans mon "atelier" j'ai décrit et présenté un modèle de supervision directe¹ appelée *provocatrice*. Elle a pour tâche de rendre plus incisive la stratégie définie ensemble par le tandem thérapeutique ; en particulier, elle assure la continuité et la conformité au modèle d'intervention choisi en rectifiant les écarts éventuels. Le sens d'une supervision provocatrice n'est donc compréhensible que dans la mesure où l'on tient compte du parallélisme qu'elle observe avec le processus thérapeutique. Au cours de mon "atelier", j'ai illustré le modèle d'intervention élaboré à l'Institut de Thérapie Familiale de Rome ; ce modèle s'adresse surtout à des *systèmes familiaux rigides*, c'est-à-dire à ces systèmes qui interagissent avec le thérapeute de manière à l'engluer dans une logique de relations fortement contradictoires, plus intenses que dans d'autres cas. "Aide-nous à changer le patient sans interférer avec les relations auxquelles il participe. Aide-nous à le guérir même si c'est impossible" telles semblent être les demandes de la famille.

Objectifs de la supervision :

L'hypothèse de la nécessité d'une supervision provocatrice part de la constatation que quelques familles phagocytent le thérapeute dans leurs modèles habituels d'interaction, en l'empêchant ainsi d'œuvrer pour le changement. De telles familles tendent rapidement à former dans l'échange avec le thérapeute des *systèmes thérapeutiques* rigides, parce qu'incapables de faire évoluer le rapport homéostasie-transformation et donc de modifier ses propres équilibres au cours de la thérapie. Le thérapeute peut alors aboutir au renforcement des modalités transactionnelles mêmes qui ont amené la famille en thérapie. Si avec ces familles, il se présente ouvertement comme celui qui veut œuvrer pour le changement, il se rendra facilement *prévisible*, rendant ainsi inutiles ses efforts pour contrôler la relation et le contexte thérapeutique.

¹ La supervision directe se déroule sous la conduite du tandem thérapeutique séparé par le miroir unidirectionnel : le superviseur d'une part, le thérapeute (avec la famille) de l'autre.

Une supervision provocatrice est destinée à *moduler dans le temps le niveau d'imprévisibilité du thérapeute*, c'est-à-dire à maintenir le contrôle de la relation pendant toute la durée de la thérapie.

De la même façon que le thérapeute intervient sur l'équilibre entre les tendances d'homéostasie et de transformation de la famille, le superviseur doit agir avec le thérapeute. On arrive alors à créer un parallélisme entre la relation T-F et la relation S-T ; du fonctionnement de cette dernière dépend le développement de tout le processus.

Malgré l'expérience du thérapeute, il est possible que, au moment où il ressent la nécessité d'une aide pour ramener à des niveaux adéquats l'imprévisibilité de son intervention, il fasse au superviseur des demandes destinées à rendre prévisible (et donc facilement neutralisable) l'intervention de ce dernier. Ceci résulte directement des hypothèses qui voient dans la rencontre thérapeute-famille la formation d'un *nouveau système* se structurant selon de nouvelles règles au moyen d'un processus d'accommodation réciproque ; plus le système familial sera rigide, plus il sera difficile au thérapeute d'éviter l'engluement dans les règles préexistantes de la famille. Comme elle, il peut alors faire des demandes contradictoires au superviseur, traduisibles ainsi : "Aide-moi à favoriser l'individualisation de chacun (demande explicite), en protégeant leur besoin de cohésion (demande implicite)" ; ou bien : "Aide-moi à me séparer de la famille (demande explicite), en la maintenant dépendante de moi (demande implicite)". Dans ces cas-là, le superviseur doit relier les demandes implicites aux demandes explicites et en exacerber l'aspect contradictoire. (Pour ce faire, nous employons la même méthode provocatrice que celle dont nous usons comme thérapeutes dans la famille. J'ai donné, pendant cet atelier, des exemples de thérapie et de supervision provocatrice. Je crois que c'est seulement en les voyant dans la réalité qu'on peut se faire une idée de ce que le mot *provocation* signifie dans ce modèle d'intervention.)

La supervision doit, en outre, contrôler l'équilibre dynamique entre participation et séparation afin de favoriser l'individualisation progressive de chaque membre de la famille.

C'est pourquoi l'utilisation et la modification de l'*espace* au cours de la thérapie ont une importance fondamentale. Alors qu'un espace statique favoriserait à terme une stagnation parallèle du système thérapeutique, une utilisation dynamique de l'espace souligne et amplifie les processus de participation et de séparation ; et ceci au profit d'une différenciation progressive, et des membres de la famille, et du tandem thérapeutique.

Temps et espace de la supervision :

Au cours de l'intervention, la relation thérapeutique passe par différentes *phases* correspondant à son début, à son évolution et à son dénouement ; lors du passage d'une phase à une autre, le processus de supervision doit donc faire varier stratégiquement la dynamique de cette relation : depuis la *formation du système thérapeutique*, quand F et T se rencontrent, en passant par les *variations* de cette relation dans le temps, jusqu'à la *scission*, lorsque F et T se séparent.

Les moments fondamentaux de l'intervention s'articulent de façon dynamique à l'intérieur d'un espace dans lequel interagissent les membres du système thérapeutique. Dans cet espace, le thérapeute se présente comme l'intermédiaire communiquant avec deux unités séparées par le miroir unidirectionnel : le superviseur d'une part, la famille de l'autre.

Dans mon "atelier", j'ai décrit et illustré avec des exemples cliniques une série de restructurations spatiales réalisables au cours d'une supervision provocatrice. Pendant les séances, le superviseur peut communiquer avec le thérapeute par l'intermédiaire d'un interphone et lui donner immédiatement des conseils (schéma 1). Ou bien le thérapeute peut sortir — de lui-même ou à la demande du superviseur — de la salle de thérapie, pour un échange de renseignements, pour interrompre une phase improductive ou pour mettre au point une intervention stratégique (schéma 2). Dans d'autres cas, le superviseur peut être amené à quitter provisoirement la salle d'observation pour entrer dans le système thérapeute-famille et provoquer un changement de contexte (schéma 3). La famille peut aussi être impliquée dans ces déplacements d'un endroit à un autre : un ou plusieurs membres de la famille peuvent ainsi être invités à se joindre au superviseur derrière le miroir (schéma 4).

Chacun des schémas spatiaux décrits a pour objectif d'*interrompre un contexte improductif et/ou de donner de l'essor à la stratégie thérapeutique*. Une formule sera choisie plutôt qu'une autre, parce qu'elle garantira le mieux le rétablissement du niveau d'imprévisibilité exigé par le moment thérapeutique. Les schémas spatiaux utilisés dans ce type de supervision ont été illustrés par la présentation d'un matériel clinique enregistré sur vidéo (cf. schémas page suivante).

Conclusions :

Selon que notre intérêt est orienté vers le processus de formation du thérapeute familial ou vers l'efficacité de la stratégie thérapeutique, nous pourrions qualifier la supervision provocatrice de *didactique* dans

Schéma 1

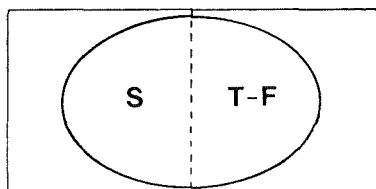
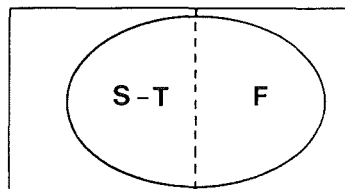


Schéma 2



S : Superviseur
 T : Thérapeute
 F : Famille
 ○ Système thérapeutique
 | Miroir
 ↙

Schéma 3

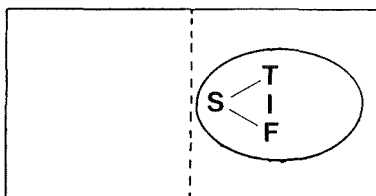
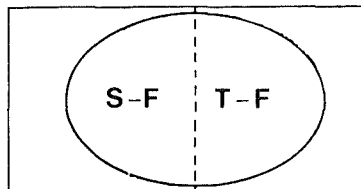


Schéma 4



le premier cas et de *stratégique* dans le second. Ces deux finalités ne peuvent cependant pas être dissociées car elles coexistent dans la réalité, bien que dans des proportions diverses : une supervision didactique est aussi stratégique et cette dernière ne peut pas ne pas être en même temps formatrice.

Evidemment le niveau de stress provoqué par la supervision doit être réglé en fonction du stade de formation du thérapeute. Le stress et la confusion engendrés par les interventions du superviseur sont des étapes nécessaires pour que le système thérapeutique puisse passer, par une différenciation progressive des individus, d'un niveau d'intégration au suivant. Ceci ne peut être pleinement accepté et compris que par un thérapeute qui s'est dégagé de nombreux conditionnements dus à toute une série de clichés sur les rapports professionnels. En effet, un thérapeute faisant ses premières armes se révèle généralement peu enclin à

accepter vraiment ces interventions qui tendent à utiliser ses potentialités encore inexprimées. Il a plutôt recours à des répertoires connus qui ne l'exposent que d'une façon limitée à des situations inconfortables.

Un thérapeute expérimenté est à même, au contraire, d'utiliser à son profit le stress produit par des inputs imprévus ; au lieu de les percevoir comme signes d'un jugement d'incapacité, il réussit à les insérer dans la logique de l'intervention, en s'ouvrant ainsi à la possibilité d'*apprendre directement* sur le terrain la manière d'utiliser des aspects nouveaux et toujours plus différenciés de sa personnalité.

C'est ce que se proposent d'obtenir les programmes de formation de l'Institut de Thérapie Familiale de Rome ; ceux-ci se composent de deux activités coexistantes : *travail en groupe* et *supervision directe*. Cette dernière est effectuée par des formateurs après la première année et se prolonge — parallèlement au travail en groupe — pendant trois années consécutives, soit à l'intérieur du groupe en entier, soit en sous-groupes de deux-quatre étudiants.

Pendant cette période, l'apprentissage de l'approche provocatrice représente un des principaux objectifs didactiques. Dans une première phase, cette approche est transmise à l'étudiant grâce à un travail théorique et pratique avec le groupe, où le formateur, tout en remplissant pleinement son rôle de soutien à la personne, assume une position fortement provocatrice² : au lieu de protéger l'étudiant qui éprouve des difficultés à s'individualiser dans le groupe, il le provoque par différentes techniques d'activation.

Dans une seconde phase, l'approche provocatrice, déjà expérimentée personnellement à l'intérieur des relations de groupe afin d'en analyser la signification systémique, est proposée à nouveau — comme nous l'avons illustré dans cet article — dans le processus de supervision.

Dans les deux cas, la provocation est destinée à favoriser une individualisation progressive du thérapeute, d'abord à l'intérieur du *système d'apprentissage*, puis à l'intérieur du *système thérapeutique*. Dans ce dernier, le superviseur, le thérapeute et les membres de la famille doivent pouvoir expérimenter de nouveaux degrés de participation fondés sur des *choix* plutôt que sur des *nécessités*. A l'intérieur d'une évolution régie par l'équilibre entre homéostasie et transformation, chaque individu doit donc passer graduellement de la condition d'*être contraint à être* (je ne peux pas être sinon comme signe d'un "ordre d'autrui"), à celle d'*avoir la permission d'être* (je peux être moi-même, mais seulement dans le rôle qui m'est concédé), jusqu'à arriver à *pouvoir être* (je peux librement être, en me soustrayant au

² Sur l'équilibre entre provocation et soutien se façonne et s'articule progressivement le rapport entre formateur et étudiants.

maximum des conditionnements d'autrui) : de la coexistence en tant que *fonction* au choix de coexistence en tant que *personne*.

La conclusion d'une thérapie peut donc être évaluée en fonction de l'éventuelle formation de systèmes thérapeutiques vivants, c'est-à-dire non conditionnés par des scénarios fixes, et en fonction surtout de la manière dont le système thérapeutique se scinde. Le superviseur, le thérapeute et les membres de la famille doivent en effet pouvoir réellement parvenir ensemble à la possibilité réelle de choisir la séparation. C'est-à-dire qu'il est possible qu'au cours de la thérapie se soit créée une *nécessité* de rapport réciproque stable entre les composants du système thérapeutique : ce nouveau système peut, plus ou moins consciemment, penser ne pouvoir survivre qu'avec le thérapeute ; ce qui implique que chaque élément devra assumer de nouveau des fonctions trop rigides parce que trop indispensables.

Superviseur et thérapeute doivent être, par conséquent, les premiers à pouvoir se percevoir comme entités bien distinctes et se suffisant à elles-mêmes, capables de changer leur propre dynamique relationnelle au cours de la thérapie. La possibilité pour les membres de la famille de s'individualiser entre eux et de se séparer du thérapeute est directement proportionnelle à la capacité qu'a ce dernier de faire évoluer ses rapports avec eux ; cette capacité devient la métaphore opérationnelle qui pourra la mieux permettre à la famille de se risquer dans des recherches analogues.

Dr Paolo Menghi

Responsable de l'Activité Didactique
Institut de Thérapie Familiale de Rome
Via Reno 30, Rome

LA PROVOCATION EN TANT QUE REPONSE THERAPEUTIQUE

Anna-Maria NICOLO

Différenciation et cohésion :

Notre recherche part de l'hypothèse que la famille évolue à travers un équilibre dynamique entre un état de différenciation de chacun des membres et un état de cohésion du groupe entier. Cet équilibre permet l'adaptation dynamique appropriée au contexte environnant et un développement progressif de la famille dans son ensemble. Les besoins de différenciation, entendus comme nécessité d'expression et d'évolution du Soi individuel de chacun, et les besoins de cohésion et de maintien de l'unité qu'éprouve le système familial, se complètent réciproquement. D'où la possibilité pour l'individu assuré de son appartenance à un groupe familial suffisamment uni, de différencier progressivement son Soi individuel, en prenant de moins en moins part exclusivement au fonctionnement de son système familial d'origine, jusqu'à pouvoir s'en séparer pour constituer à son tour un nouveau système avec de nouvelles fonctions.

Les vicissitudes de la famille, dès le moment où, de structure de couple, elle devient famille pourvue d'un tiers représenté par un enfant, sont donc les vicissitudes de la capacité du système entier et de chacun de ses membres en particulier, à modifier les rapports internes et les fonctions que chacun exerce individuellement par rapport à l'autre. Tout membre de la famille, au-delà de l'expression pure et simple de son propre Soi, exerce dans l'interaction avec les autres, de multiples fonctions caractéristiques du rapport de cette personne avec le système qui l'entoure. La fonction d'une personne est en effet *une règle d'association* (1), c'est-à-dire une règle qui spécifie le rapport d'un membre du groupe avec les autres ou des membres d'un groupe avec ceux d'un autre.

Les rôles (victime-persécuteur, malade-sain) procèdent de ces fonctions, à savoir de ces règles familiales définies conjointement et observées par tous les membres (2), et en un certain sens, ils en sont la codification sociale. Si on le réduit à un simple stéréotype, il peut sembler facile de saisir la signification d'un rôle, par exemple de père ou de mère, alors qu'il est certainement plus difficile de caractériser les fonctions nombreuses et complexes, en interrelation, des membres d'un système.

A la suite de stimuli biologiques ou sociaux provenant de l'intérieur ou de l'extérieur du système, les membres d'une famille négocient entre eux l'adaptation dynamique et réciproque de leurs fonctions, qui ainsi se transforment. Au cours de l'évolution, se modifie par conséquent au fur et à mesure l'équilibre fonctionnel du système en entier, équilibre qui reflète en même temps le degré de différenciation du Soi individuel de chacun. La modification de la fonction d'un des membres entraîne une mutation simultanée dans les fonctions interreliées des autres et témoigne du processus de croissance de l'individu en particulier et de la famille en entier.

Ainsi, en prenant un exemple extrêmement superficiel, si un père d'un âge avancé prend sa retraite et passe la majeure partie de son temps à la maison, la mère devra alors prendre l'habitude de lui céder une bonne partie de son espace domestique, qui était justement auparavant son domaine, et les enfants devront accepter aussi sa plus grande présence à la maison. De même, sur un plan économique, il y aura une réadaptation et certains autres membres de la famille devront peut-être se donner plus de peine pour combler la perte d'argent. Le panorama devient plus complexe si nous passons de cet exemple simple à l'adaptation de fonctions plus cachées et plus subtiles.

Le processus de croissance est donc représenté par la possibilité de chacun de faire évoluer ses fonctions en liaison avec le changement simultané des autres fonctions interreliées, et par la possibilité de les interchanger et d'en acquérir de nouvelles, en exprimant et en actualisant au fur et à mesure des expressions toujours plus différenciées du Soi individuel. Atteindre un nouvel équilibre fonctionnel et remettre en question le précédent signifie pour la famille passer par une phase d'instabilité durant laquelle elle doit réajuster le rapport entre cohésion et différenciation. Ceci ne se produit que si la famille est capable de supporter une plus grande diversification de ses membres, une augmentation et une plus grande complexité de leurs liens réciproques et des interactions internes et externes, ce qui peut engendrer des comportements imprévisibles.

Les systèmes rigides :

Dans certains systèmes caractérisés par un développement plus difficile de ce processus, l'apparition d'une fonction symptomatique chez un de ses membres a pour but d'immobiliser à un certain stade de développement l'évolution naturelle de la famille. Le système devient ainsi rigide et s'y installe alors un réseau enchevêtré de fonctions qui se renforcent réciproquement, et figent toute possibilité de rapports dans

des rôles stéréotypés, au détriment d'expériences-informations nouvelles ressenties comme trop menaçantes pour l'équilibre familial. La modalité d'être d'un tel groupe sera désormais de "coexister au niveau de fonction". Chacun de ses membres ne vivra pas AVEC l'autre, mais POUR l'autre et les limites de son espace personnel seront de plus en plus réduites et confuses. Dans ces conditions, le problème majeur ne sera pas tant le dégagement (projet déjà trop ambitieux), mais le danger que l'autre puisse "se définir soi-même" et "constituer son autonomie avant que moi je sois en mesure de constituer la mienne". Si nous faisons appel à un modèle par analogie et si nous imaginons un système d'enveloppes suspendues dans un liquide et séparées entre elles par une membrane semi-perméable, nous nous rendons compte que, si une des enveloppes se détache, la pression devra varier à la fois à l'intérieur des enveloppes et à l'extérieur dans le liquide où elles sont suspendues, jusqu'à atteindre un nouvel équilibre. C'est pourquoi, la règle fondamentale dans un système où les membres "coexistent au niveau de fonction" sera l'impossibilité d'abandonner le terrain (3). D'où la nécessité pour tous de contrôler que personne ne réussisse à se définir clairement, ni à se rendre autonome par rapport à l'équilibre fonctionnel du système. Dans un système rigide, par conséquent, quand on choisira les nouveaux composants du système (partenaires ou amis), on privilégiera surtout les personnes qui offriront des garanties pour perpétuer les jeux appris précédemment, les vieilles règles de relations. C'est ce qui advient au thérapeute lors de sa première rencontre avec ces familles qui, de manière plus intense que les autres, chercheront à l'engluer dans la logique de leurs relations.

Il est extrêmement intéressant d'observer ce qui se passe lorsqu'un système rigide demande, dans le but déclaré d'obtenir un changement, l'intervention d'un thérapeute. La famille demande que celui-ci l'aide à transformer le malade désigné, qui est défini par tous comme incapable, en tant que fou, de changer ; c'est-à-dire qu'elle demande au thérapeute de changer la situation, mais à l'intérieur de ces règles qui l'ont sauvagée jusqu'à présent (4). Le message que la famille envoie est double : d'une part, elle demande le changement (Aidez-nous à changer !), mais d'autre part, elle s'y oppose car il est trop menaçant pour l'équilibre fonctionnel (Respectez les vieilles règles !). Il est extrêmement important que le thérapeute soit conscient de l'incohérence entre les deux niveaux du message : demander la guérison et conserver les vieilles règles. Ne pas le faire signifie tomber dans le jeu homéostatique de la famille et travailler inutilement contre un système qui, au contraire, travaille dans l'unité pour démontrer au thérapeute qu'il n'y a pas d'espoirs. Dans un certain sens, le message que le système familial

envoi est provocateur et la provocation, dans ce système, est la modalité d'interaction par laquelle s'exprime la tendance à l'homéostasie.

La provocation comme modalité d'interaction dans les systèmes rigides :

La signification du mot "provoquer" est "appeler au-dehors, exciter, pousser" et, par le mot provocation, on entend un acte par lequel on incite une personne à des sentiments intenses, en général de colère, qui peuvent se manifester par des comportements agressifs. La provocation est donc une action visant à pousser l'autre à une réaction, en général non contrôlée, qui, dans tous les cas, ne se présente pas comme autonome, mais comme réponse à l'action qui l'a provoquée. Certains auteurs attribuent des caractéristiques semblables au comportement symptomatique. Nous avons supposé auparavant que dans un système interpersonnel rigide, le problème majeur est représenté par la difficulté que chacun a de se définir soi-même et par la nécessité de contrôler sans trêve que l'autre-révéléateur du système "n'atteigne pas l'autonomie avant que moi je sois en mesure de constituer la mienne". (3) Si cela est vrai, alors la provocation dans ce système est une modalité interactive qui a pour fonction de tester perpétuellement l'autonomie de l'autre et sa capacité de se définir de manière autonome sans avoir besoin de ré-agir à l'action qui lui est adressée (dans un cercle vicieux où, à son tour, la réaction entraînera une réaction ultérieure chez l'autre). Par exemple, Giovanni, 23 ans, se plaint de sa mère qui ne lui permet jamais de sortir. Il réagit violemment en la menaçant avec un couteau et en brisant les objets de la maison. La mère, à chaque fois que Giovanni a une crise, appelle la police, Giovanni est calmé avec des médicaments, et on l'empêche encore plus de sortir par crainte qu'il puisse lui arriver quelque chose de terrible à l'extérieur.

Par l'intermédiaire de ce cercle vicieux d'action — réaction qui engendre d'autres réactions à ces réactions —, se renforce dans le système rigide une modalité de rapport (cachée selon les cas par la protectivité ou l'agressivité) par laquelle chacun démontre sa nécessité de vivre en fonction de l'autre, sans jamais pouvoir se définir indépendamment. L'équilibre ainsi obtenu est sans cesse renforcé par cette provocation et contre-provocation.

La provocation comme réponse thérapeutique :

Si nous acceptons de considérer comme provocateur le message que la famille envoie au thérapeute lors de leur rencontre, alors nous pouvons imaginer une réponse qui soit une "contre-provocation diri-

gée” vers le système. Elle consiste à amplifier de manière contre-provocatrice les messages que la famille nous envoie (qui, par conséquent, représentent la valence homéostatique du système) afin de soutenir cette partie du Soi de chacun des membres de la famille qui tend le plus vers la transformation.

Un des cas que j’ai présentés aux Journées de Thérapie Familiale de Lyon était celui de Luca, un jeune homme de 21 ans, qui à l’occasion de la première occasion de se dégager : le service militaire obligatoire, avait manifesté une “bouffée délirante”. Toute la famille, restreinte et élargie, s’était ainsi réunie autour de lui dans une situation où Luca imposait les règles de la vie de tous les jours et dans laquelle il était lui-même prisonnier. Après des tentatives longues et inutiles, la famille s’était présentée sans aucun espoir devant la thérapeute, lui déléguant une intervention qui prenait dans cette perspective un sens magique. Luca, vêtu du costume bleu porté par son père le jour de son mariage vingt-cinq ans auparavant, se montre aussitôt perturbé et commence à délirer. “Par moments, l’air lui manque — dit-il — il voudrait sortir pour aller au bain accompagné de sa famille”. La thérapeute, au lieu de s’opposer à la situation ou de la connoter comme symptomatique, demande à la sœur qui, dans cette famille, pourrait rassurer Luca. La sœur répond que cette tâche est remplie par les hommes de la famille. A partir de ce moment, la thérapeute commence à construire une trame où, en amplifiant les messages mêmes du patient, elle les rend intenable. Elle demande à la famille pour quelles raisons ils sont venus en thérapie, elle dit qu’elle ne voit aucun malade dans cette situation. La seule chose évidente est que Luca a décidé d’être le chef et le patriarche de la famille. “Il commande tout et tout le monde — dit la thérapeute — et il s’est construit autour de lui une cour royale où il règne en souverain absolu. Luca a carrément pris la couronne royale sur la tête de son père (c’est pourquoi il en porte même l’habit de mariage). La situation est absolument merveilleuse ; la seule chose que la thérapeute estime incorrecte est que Luca veut convaincre tout le monde que cela en fait ne lui convient pas et qu’il est fou”. Cette logique est progressivement amplifiée et tous les aspects symptomatiques sont redéfinis comme “visant à maintenir sur le royaume le pouvoir” de ce roi-enfant, de ce tyranneau de quatre sous. Progressivement, l’attaque est portée sur les maigres avantages de la position de Luca qui, bien que roi, doit quand même payer cela par sa prison dorée. Même lorsque Luca deviendra plus lucide et commencera à dire que “cette situation ne lui va pas et que doit venir le moment où les choses doivent changer” parce qu’il veut plus d’autonomie, la thérapeute lui refusera cette possibilité, en disant qu’“elle ne peut absolument rien faire dans une situation où tout le monde est heureux ainsi : Luca de régner, les hommes de faire

les courtisans, et les autres membres de faire à différents niveaux les sujets". La contre-provocation a consisté dans ce cas à utiliser Luca comme point d'attaque du système en entier. A cette phase, la manœuvre a privé le patient de son contrôle habituel sur les relations familiales qu'il dirigeait auparavant grâce à son comportement de fou. "Redéfinir ce comportement comme logique et volontaire" et soutenir officiellement sa fonction de contrôleur officiel des relations familiales parce qu'indispensable et irremplaçable, est une technique complexe qui "prive le système de son propre alibi pour continuer un jeu relationnel qui a besoin d'un bouc émissaire pour éviter la confrontation" (4). D'un autre côté, cette manœuvre libère le patient de son rôle qui l'enchaîne et le revalorise comme personne capable de s'autodéterminer. La fonction symptomatique est ainsi attaquée et redéfinie comme volontaire et à travers elle, on attaque toutes les autres fonctions en corrélation des autres membres du système.

Pour mettre en œuvre cette modalité thérapeutique, le thérapeute doit, en utilisant des méthodes verbales et analogiques, amplifier la fonction symptomatique jusqu'à la rendre intenable, mais, par l'intermédiaire de cette même provocation, le thérapeute crée un rapport intense avec le patient dont il soutient d'une manière souterraine la possibilité d'autodétermination. La contre-provocation thérapeutique, en utilisant le même jeu relationnel, met par conséquent l'autre dans une position intenable jusqu'à le déstabiliser et à le contraindre à sortir hors de l'espace de fonction qu'il contrôle habituellement. A travers ce travail lent et difficile, le patient et sa famille pourront commencer à explorer de nouveaux domaines de relations. Dans la capacité de proposer d'une façon cohérente et continue ce modèle, réside la possibilité pour le thérapeute de saper le jeu provocateur de la famille que nous avons précédemment supposé être un des jeux les plus fréquents dans les systèmes rigides. Ceci ne peut se passer que si le thérapeute met en jeu une part importante de lui-même. La contre-provocation thérapeutique, en effet, n'est pas une manœuvre mécaniste, ni (comme le font certains de manière erronée) une insulte au patient et à sa famille, mais c'est un acte communicatif (verbal et analogique) qui naît d'une profonde relation entre le thérapeute et la famille dans le système thérapeutique nouvellement formé, auquel le thérapeute doit être non seulement convenablement préparé, mais aussi émotivement disponible.

Je suis tout à fait consciente de ce que l'exemple (5) qui vous est ici rapporté, puisse par certains côtés engendrer quelques doutes. Les limites de cet article m'empêchent d'approfondir ici ce sujet¹ ; il me

¹ Ce sujet sera plus longuement traité dans le livre : Andolfi M., Angelo C., Menghi P., Nicolò A.M., *Interactions in the rigid systems*, en cours de publication par Brunner-Mazel, New York.

semble en tout cas important de pouvoir relancer une curiosité scientifique, raisonnée et critique autour de quelque chose dont la reformulation est extrêmement pénible et difficile, et qui nécessite une longue préparation pour être abordé.

Anna Maria Nicolò
Institut de Thérapie Familiale
Via Reno 30, Rome
(Via Lima 35, Rome)

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDOLFI, M., NICOLO, A.M. : *Spazio e azione in Terapia Familiare*. Astro-labio ED, Rome ; en cours de publication.
2. SLUZKI, C. : "Una teoria dei sistemi applicata alla terapia di coppia" dans *Terapia Familiare* No 6, décembre 1979, p. 56.
3. PIPERNO, R. : "La funzione delle provocazione nel mantenimento omeostatico dei sistemi rigidi" dans *Terapia Familiare* No 5, juin 1979, p. 39.
4. ANDOLFI, M., MENGHI, P., NICOLO, A.M., SACCU, C. : "L'interazione nei sistemi rigidi : un modello di intervento nella famiglia con paziente schizofrenico" dans *Terapia Familiare* No 3, juin 1978, p. 35. Traduit en français dans "Réseaux-agencements, systèmes", Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux. Ed. Gamma, Paris.
5. NICOLO, A.-M. : "L'emploi de la métaphore en thérapie familiale", *Thérapie Familiale*, vol. I, 1980, No 4.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE TERAPIA FAMILIAR

Av. Antonio Augusto de Aguiar 84 r/c

Lisboa

Tél. : 555/93

Daniel Sampaio

José Gameiro

José Manueel A. Costa

José Marie Nevez Cardoso

Emilia R. Garcia

M. Jesus Camilo

M. Isabel Farenda

Helene Silva Araujo

Helene Silva Araujo

R. Inocencio Francisco da Silva

Lote 8 4e dt

1500 LISBOA

Tél. : 782 189

LES STRATEGIES DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE DANS LES SYSTEMES FAMILIAUX RIGIDES ET FLEXIBLES

F.X. PINA PRATA

Les stratégies du processus thérapeutique dans les systèmes familiaux perturbés sont de *deux types* et peuvent se référer, en dernière analyse à *deux sortes de niveaux systémiques*.

1. Deux types de stratégies

Un premier type relève d'une approche d'inter-relation thérapeutique *directe*, c'est-à-dire, d'une approche de *personne à personne* sans l'appui de moyens matériels médiatisants.

Cette forme directe de stratégies inter-relationnelles implique une *méthode* d'observation, d'analyse et d'intervention thérapeutiques si typiquement propre aux systèmes humains qu'il vaut mieux la traduire par un nouveau concept. C'est pourquoi, depuis une quinzaine d'années, je parle d'*hodologies*, précisément en tant que chemins et formes d'acheminement (*hodos*) propres à l'étude et à la compréhension (*logos*) des phénomènes humains dans leur spécificité et, donc, de toute pathologie relationnelle des systèmes familiaux.

1.1. Ainsi, la distinction dichotomique classique entre systèmes vivants et non-vivants ne me paraît pas suffisante.

D'où l'insuffisance, au départ, de la cybernétique comme modèle de recherche et de conduite du processus thérapeutique systémique ; nonobstant l'intérêt et l'utilité manifeste d'un tel modèle, surtout à cause des notions d'entropie-néguentropie, de feed-back positif et négatif et de celles d'auto-régulation, de finalité et calibrage, il faut signaler, dès le début, ses limites en tant que modèle tourné, dans les années 40, vers l'automation, l'informatique et, dans les années 50, vers la bionique, l'intelligence artificielle et les robots industriels ; limites d'ailleurs proches de celles du modèle du renforcement classique et instrumental. Limites qui persistent même si, dans les années 60, pointe l'éventualité de l'extension de la cybernétique et de la théorie des systèmes aux phénomènes sociaux et à l'écologie (J. de Rosnay, 1975, p. 80).

1.2. L'injonction paradoxale, la prescription du symptôme, la "sculpture" ou "modelage de la famille" relèvent de ce premier type de

stratégie : elles visent directement les processus psychologiques et psychosociologiques de base, à l'œuvre dans l'inter-relation thérapeutique. Parmi ceux-ci il faut placer au premier plan de notre attention le *processus unitaire* de "stabilité-changement", car il est le support de l'inter-relation thérapeutique, le long du déroulement de ses *étapes* et du développement de ses *phases*.

1.3. Un *deuxième type* de stratégies a à faire avec des approches inter-relationnelles indirectes ou médiatisées, c'est-à-dire des approches où le processus thérapeutique s'appuie sur des moyens matériels les plus divers. Ce sont, à proprement parler, des *techniques* qui médiatisent les relations des personnes entre elles en tant que personnes. Leur portée pragmatique dépend de la façon dont elles sont insérées dans le contexte des *hodologies* employées ou exercées.

1.4. C'est ainsi, par exemple, que l'usage des moyens audiovisuels, le recours à la "chaise-vide" et au miroir unidirectionnel, l'utilisation d'un tableau, du repas à table, des images du T.A.T., du Rorschach ou d'autres, des techniques proxémiques de changement de place, ou des tâches matérielles concrètes, ne sont pas des formules magiques, pas plus que les injonctions paradoxales, les prescriptions du symptôme, les phases-tâches les plus variées. Ce qui n'exclut pas l'utilisation d'injonction-type ou de phrases-types, pour commencer, dans un but de recherche.

2. Deux niveaux de stratégies systémiques

C'est pourquoi les deux types de stratégies en question nous renvoient à deux sortes de *niveaux stratégiques* du point de vue systémique.

2.1. A un premier niveau correspondent des stratégies dont l'objectif vise la problématique du *système* d'inter-relations familiales (SiRL^f) ou d'inter-relations thérapeutiques (SiRL^{TP}) dans son ensemble, en tant que totalité ouverte, opposée aux lois de la somativité causale et linéaire.

C'est le cas de la stratégie psychanalytique du "tout dire ce qui vous vient à l'idée" : opposée à la stratégie systémique de même niveau global du "dire seulement ce qui vous semble important ou intéressant pour vous et pour les personnes ici présentes".

A ce même niveau de l'ensemble du système thérapeutique appartiennent les stratégies de la redéfinition du problème et celles des multiples étapes et phases du processus thérapeutique. Parmi ces der-

nières je souligne celles qui ont trait aux stratégies centrales de la déstructuration et de la restructuration inter-relationnelle du système familial (Pina-Prata, 1979-1980).

2.2. A un second niveau, celui des divers sous-systèmes personnels et interpersonnels, correspondent des stratégies de différenciation intra ou inter-systémiques : par exemple, des stratégies de différenciation des limites intra et intergénérationnelles, qui aboutissent à la diversification des espaces personnels et des espaces-frontières inter-relationnels ; ce qui rend possible des échanges communicationnels plus clairs, précis et différenciés selon les personnes et les sous-groupes familiaux. Le génogramme et le fratergramme sont des exemples d'applications concrètes de ces stratégies. Encore à ce niveau se situent les stratégies des points *nodaux*, dont la plus nommée est celle qui focalise plus directement le problème du "patient-qualifié" (désigné), sans oublier les stratégies centrées sur des faits inter-relationnels socio-affectivement très chargés, tels que la mort ou le départ d'un membre important de la famille.

Ces stratégies de deuxième niveau sous-systémique nous renvoient toujours à celle du premier niveau, sans pour autant se confondre.

En effet les stratégies dont l'objectif vise la démarche qui va des sous-systèmes à la totalité du système se distinguent des stratégies dont la démarche va de l'ensemble des systèmes aux différents sous-systèmes.

C'est pourquoi en thérapie familiale systémique, le problème du "patient-qualifié" et les stratégies de changement du comportement symptomatique ne s'identifient pas avec les stratégies de la déstructuration ou redéfinition du problème inter-relationnel familial.

C'est ainsi que dans les familles à interactions anorexiques, je travaille dès la première séance l'*écoute corporelle* du patient-désigné et d'autres membres de la famille, en même temps que je poursuis l'*ouverture* des différents sous-systèmes et la flexibilité du système dans son ensemble, en ce qui concerne les problèmes qui nourrissent leur pathologie relationnelle.

3. Stratégies de la flexibilité et de l'ouverture

Ainsi, en raison de cette complexité systémique du processus inter-relationnel, je suis amené à parler de stratégies par rapport aux systèmes familiaux *rigides* et *ouverts* : la rigidité du système dans sa totalité se mesure par l'ouverture qui existe entre les divers sous-systèmes, en ce qui concerne les processus intercommunicationnels de base, c'est-à-dire, les processus de validation objective, d'évaluation préférentielle subjective ou intersubjective, le processus d'achemine-

ment résolutif ou d'auto-acheminement (celui-ci en contraste avec l'auto-régulation cybernétique ou thermodynamique) (Pina-Prata 1979-1980).

De même que les sous-systèmes ne peuvent pas être pensés indépendamment de la totalité du système dont ils émergent, mais à laquelle, en même temps, ils donnent une confirmation *structurelle* spécifique et une *qualité inter-relationnelle* propre, de même l'ouverture inter-relationnelle ne peut être pensée que par rapport à la flexibilité ou rigidité du système dans son ensemble tout en ne se confondant pas, du point de vue thérapeutique et pragmatique, avec celles-ci. Je souligne à ce propos que la complexité des systèmes inter-relationnels doit aller de pair avec la *variété* des alternatives et des choix possibles ; ceci peut nous mener à repenser, dès le point de vue systémique inter-relationnel, la "*law of requisite variety*" ("loi de variété requise") proposée par Roos Ashby en 1958, et, de plus, à voir la phase de différenciation du processus thérapeutique comme une phase requise par la complexité elle-même du système familial en termes de flexibilité et rigidité, voire, en terme de changement-stabilité.

3.1. Il y a des *degrés* d'ouverture différents et des *intensités* différentes d'*orientation* bipolaire (positive et négative) de l'ouverture inter-relationnelle en question, selon les contextes multiples des multiples sous-systèmes.

Ce qui revient à dire, en terme de processus de communication, qu'un système où l'on inter-communique beaucoup n'est pas par ce fait un système plus ouvert et donc plus flexible qu'un autre où l'on inter-communique moins.

Par contre la mesure de la flexibilité ou de la rigidité passe par la quantification et la qualification de l'ouverture inter-systémique moyennant l'observation de la configuration structurale du réseau des inter-actions et l'analyse des processus intercommunicationnels de base auxquels je fis allusion ci-dessus (*cf.* Pina Prata, 1979-1980) ou, ce qui revient au même, par une analyse systémique de la qualité inter-relationnelle familiale.

3.2. Quand on parle de stratégies du processus thérapeutique dans les systèmes familiaux *rigides* on se réfère à des stratégies du premier *niveau* systémique global, qui visent des changements du fonctionnement inter-relationnel *dans l'ensemble du système* et non uniquement des changements à l'intérieur de chaque sous-système ou des changements de rôles individuels. A ce niveau, les systèmes nommés *rigides* s'opposent aux systèmes *flexibles*.

Le processus de communication moyennant lequel on détermine l'ouverture ou la fermeture existantes entre les sous-systèmes est donc, d'un côté, d'un niveau logique différent moins élevé par rapport à celui de la problématique de la rigidité et flexibilité inter-relationnelle. En outre et de surcroît, le processus de communication est directement donné et peut être immédiatement observé dans les inter-actions manifestes des membres de la famille au niveau des multiples sous-systèmes qui définissent la famille en tant que cette famille-ci.

4. Triple dimension interactionnelle des comportements

Pour que les stratégies propres à ces deux niveaux systémiques puissent être reliées aux stratégies "hodologiques" et "techniques", il faut rapporter toute stratégie quelle qu'elle soit aux stratégies des processus communicationnels de base mentionnés et donc à la *triple dimension* des comportements perturbés ou non-perturbés des interactions familiales. Autrement dit, il faut voir et établir dans quelle mesure ces stratégies visent et touchent plutôt la dimension cognitive ou la dimension socio-affective ou la dimension opérative des comportements inter-communicationnels ou plutôt la tension existante entre ces mêmes dimensions ; tension qui, selon moi, est synonyme de tension relationnelle ou d'équilibre tensionnel et résulte de la consonnance et dissonance existante entre ces trois dimensions (Pina-Prata, 1975-76/1978).

5. Niveaux qualitatifs inter-relationnels ou qualité systémique des inter-relations familiales

En outre, il est nécessaire de tenir compte, simultanément, quand on a recours à n'importe quelle stratégie, du niveau qualitatif inter-relationnel, où le thérapeute se place avec les membres de la famille. Autrement dit, (pour reprendre une expression employée antérieurement) il faut tenir compte de la qualité inter-relationnelle des systèmes familiaux.

5.1. Je définis le système inter-relationnel comme l'ensemble des *pôles* dynamiques (je préfère le terme de "pôles" à celui d'"objet" du modèle cybernétique) d'une totalité de relations entre des relations significatives et qualitatives.

Je définis la *structure* inter-relationnelle comme la *configuration* des interactions parmi deux ou plusieurs personnes, où s'expriment ou se trouvent sous-entendus les *demandes* que mutuellement se font les différents membres de la famille — demandes façonnées selon la *forme*

selon laquelle la famille vit ses normes et ses règles et selon le mode selon lequel les fonctions et les rôles sont distribués entre leurs membres.

J'articule ainsi les notions de structure et de système, c'est-à-dire, la *structure systémique* : les aspects structuraux quantitatifs du réseau des interactions et ceux de la *qualité* de la relation.

5.2. Les niveaux qualitatifs inter-relationnels sont donc la face de la *qualité* systémique des structures quantitatives de l'interaction familiale ; en d'autres mots, la face qualitative des configurations structurelles des niveaux d'interaction.

C'est l'objectivité de ces niveaux qualitatifs systémiques (intercomplémentaires avec les niveaux structuraux systémiques constitutifs des réseaux d'interactions) qui permet de fonder la distinction entre les deux types de stratégies que j'appelai "hodologiques" et "techniques".

En effet, toutes les relations peuvent rentrer dans deux sous-systèmes relationnels distincts 1. — celui où des personnes sont en relation entre elles en tant que personnes — ce que j'appelai : *sous-système d'inter-relationation* (SiRL^o) ; 2. — celui où les personnes établissent des rapports avec des "choses", des "rôles impersonnels" ou avec le monde vivant de la nature — ce que j'appelai *sous-système d'inter-relationnement* (SiRL^t) (Pina-Prata, 1975-76/1978, 1979, 1980).

5.2.1. Les niveaux qualitatifs inter-relationnels présentent, donc, une double *orientation* et il est possible de distinguer en chacune d'elles une échelle de plusieurs *degrés*, d'intensité différente et avec des valences bipolaires (positive et négative), dans la même ligne de ce que je formulai à propos de l'ouverture inter-systémique (cf. 3.1.).

En effet, d'un côté, l'orientation vers l'inter-relationation et l'orientation vers l'inter-relationnement peuvent être distinguées aussi bien par la *valence positive* de l'approche, de l'attraction, de l'intérêt que par la *valence négative* de la fuite, de la répulsion et du désintérêt. D'un autre côté, l'orientation vers l'inter-relationation peut se situer à plusieurs degrés de différenciation des relations personnelles et interpersonnelles, qui vont de la relation avec soi-même et des relations de simple dépendance inter-personnelle à celles de l'inter-indépendance dans l'*intimité* interpartagée, c'est-à-dire à celles de la *réciprocité* (Pina Prata, 1979, 1980).

De même, l'orientation vers l'inter-relationnement peut se situer à des niveaux tels que celui des choses du monde physique, celui des êtres vivants du monde de la nature, celui des relations sociales ou des rôles sociaux.

Les relations avec le corps appartiennent, en même temps, aux systèmes de relationation et de relationnement.

5.3. Il faut saisir cette qualité systémique des inter-relations familiales personnelles et interpersonnelles, individuellement et dans son ensemble. A cette fin, il faut observer les résultats ou les effets des interactions respectives et cela précisément moyennant l'analyse de la triple dimension de tout comportement, référé plus haut.

Autrement dit la qualité systémique des inter-relations familiales traduit et nous renvoie à la dynamique fonctionnelle des interactions dans son intercomplémentarité avec les aspects structuraux du réseau d'intercommunication, de nature plutôt quasi-stationnaire.

Nous savons bien, en effet, que la simple qualité d'information qui circule dans le système familial ne permet pas de conclure s'il s'agit d'une famille à comportement perturbé ou d'une famille avec une bonne maturation socio-affective. Autrement dit, ni la rigidité du système n'est synonyme, sans plus, de dysfonction, ni l'ouverture inter-système n'est synonyme, sans plus, d'absence de perturbations.

Parvenir à déterminer la *qualité* des inter-relations revient à saisir comment le système *agit* ses *limites*, ses *normes*, ses *règles*, les *rôles* de ses membres-participants et leur *réseau* de communication, aussi bien que ces *éléments matériels* qui constituent l'encadrement concret de leurs comportements et opinions.

6. Processus unitaire paradoxal de base

Tout ceci nous ramène, à nouveau, par une méthodologie d'analyse circulaire, au problème de la portée et du fonctionnement du processus paradoxal de base, déjà énoncé au début de ce texte : celui de la "stabilité-changement" et, donc, de la dynamique de l'homéostasie en tant que morphostase (Wertheim) en inter-face avec la morphogénèse (Speer, Buckley). Derechef, il faut considérer la dynamique des rétroactions négatives et positives ; celles-ci catalysent, en effet, les capacités d'initiation de créativité des membres de la famille et de "déviation" d'un certain niveau homéostatique.

Processus paradoxal de base et stratégies de changement — type 1 et type 2

L'ensemble de ces considérations sur les stratégies systémiques inter-relationnelles nous ramène, à nouveau, par une méthodologie d'analyse circulaire et convergente, au problème central de la portée et du fonctionnement du processus paradoxal de base, mentionné au début de cette note : celui de la "stabilité-changement".

6.1. En effet, l'intervention thérapeutique vise, toujours, en tant que telles, des *stratégies de réponse* à une *demande de changement* de la part des clients. Cette demande est une demande paradoxale de double "nature" et niveau systémique.

D'un côté, la situation de demande est vécue par les clients comme une situation problématique difficile par rapport à laquelle les familles respectives ont déjà essayé plusieurs solutions, sans grand succès — c'est pour cela, d'ailleurs, qu'ils cherchent le thérapeute familial.

Ces solutions furent centrées, généralement, sur le "patient qualifié" ("désigné") dont le malaise spécifique commande les multiples essais de solution.

Or la pragmatique, c'est-à-dire, les résultats, de semblables essais ne fit que "clouer", que stabiliser ou qu'aggraver le problème et donc l'inquiétude, l'incertitude ou la souffrance dans la famille.

Voilà le premier paradoxe dû à la "nature" *des solutions* qui complique la situation de malaise vécu.

Les stratégies de changement doivent donc s'interroger tout d'abord sur la "nature" de ces solutions-d'impasse ou d'aggravation, ce qui nous mène à mettre en évidence *le type de changement cherché*, au préalable, par la famille.

Ici intervient à nouveau, la distinction entre les *deux niveaux logiques* des stratégies systémiques.

En effet, comme le souligna Bateson et le groupe du Mental Research Institute de Palo Alto, avant et après l'existence du Brief Therapy Center (1966) dont l'idée de création revient à Robert Rish, le noyau propulseur des découvertes théoriques et pratiques les plus importantes du modèle systémique intercommunicationnel réside dans la saisie et dans l'application de la spécificité de l'"axiome fondamental de la théorie des *types logiques* (*Principie Mathematica*, Withehead et Russel) par rapport aux propriétés de la *théorie des groupes*.

L'axiome en question établit que "ce qui comprend *tous* les membres d'une *classe* ne peut pas être membre de cette classe". Ce qui revient à postuler qu'un certain type de solution ne peut pas être solution de la *classe-solution* à laquelle il appartient. Autrement dit, la

théorie des types logiques opère la distinction essentielle entre deux types de changement : a) le *changement-type 1* opéré à l'intérieur du groupe (nous dirions, d'une *classe* ou d'un *système* inter-relationnel) ; b) le *changement-type 2* qui vise le changement du groupe (de la *classe* ou du *système*) dans la structure de ses propres *règles* de fonctionnement et donc dans son *ordre* interne.

La théorie des groupes, moyennant l'étude des aspects théoriques et pratiques de ses quatre propriétés, nous aide à comprendre comment la *stabilité* du système inter-relationnel nous renvoie, pour commencer, aux problèmes de l'*homéostasie* du système familial ; homéostasie qui implique l'existence de *comportements-changeants*, c'est-à-dire, qui se différencient entre eux, mais non l'existence de *comportements-changements*, des comportements qui changent la *manière dont les membres de la famille se comportent*, dans leur façon d'entretenir une certaine configuration structurale de leurs inter-relations.

Et pour cause, car l'homéostasie est la face *quasi-stationnaire* constitutive du changement de premier niveau (Ch.1.), c'est-à-dire, elle postule la *morphostase* (Wertheim) du système, dont la dynamique structurale nous renvoie, en même temps, vers la face du *changement-type 2*, indiqué par le second-terme du processus unitaire de la *Stabilité-Changement* : la face de la *morphogénèse* (Speer, Buckley), où changer consiste justement à parvenir à déstructurer et restructurer les propres règles d'un certain ordre interne inter-relationnel. Ce qui suppose la mise en œuvre de *capacités d'initiative*, d'invention, de la famille, autrement dit, d'actions créatrices de *nouvelles démarches* propre au processus thérapeutique et donc d'une certaine capacité de *déviation* par rapport à un certain niveau homéostatique de sa manière habituelle d'inter-agir.

6.2. La théorie des groupes est la théorie de la *morphostase* du système, c'est-à-dire des changements-changeants *compatibles* avec la face homéostatique de la *stabilité*-changement et donc avec les *méta-règles* qui règlent les règles d'une telle *stabilité*.

D'où la première propriété, du groupe, selon laquelle tous les éléments du groupe ont une *propriété commune*, ce qui établit simultanément l'*invariance* de sa structure en tant que structure.

La seconde propriété du groupe ne fait que confirmer l'*invariance* des résultats à laquelle aboutit tout changement-type 1. Ceci nous permet de mieux saisir les difficultés inhérentes au processus thérapeutique, car si celui-ci ne dépasse pas des *séquences comportementales*, à l'intérieur du même modèle d'inter-relations, il ne parviendra pas à produire des changements structuraux de type 2.

La troisième propriété qui introduit la notion d'*élément neutre*, définit, à mon avis, l'*invariance* au niveau de certaines relations interpersonnelles, grâce aux rôles attribués à certains membres de la famille et à leur fonctions dans le système familial.

C'est par exemple, la fonction d'*invariance* du rôle de celui qui joue à "toujours être d'accord". En s'accommodant aux différences des autres il s'élimine lui-même comme différent, ce qui permet aux interrelations de continuer à être ce qu'elles sont. Je rappelle à ce propos les quatre modèles d'interaction formulés par V. Satir, dont le premier revient précisément à ce que je viens d'avancer sur la fonction de celui qui, dans la famille aux comportements perturbés, est toujours d'accord (cf. V. Satir, 1964-67/1971, p. 246).

La quatrième règle de la théorie de groupes revient à affirmer l'*invariance* de la morphostase groupale, grâce à l'existence d'un élément symétrique ou inverse : $5+(-5)=0$.

Il faut penser cette règle en terme de comportements *bipolaires* ou de *couples de comportements contraires* qui, au lieu de produire des changements profonds, des changements-types 2, ne font que maintenir le système moyennant la turbulence apparente des *changements-2 nuls*. Je me rapporte à la fonction de stabilisation du système de celui qui "est toujours en désaccord" ou qui "tergiverse toujours" ; il permet au groupe de se maintenir fidèle à son niveau d'identité, en niant la possibilité de différenciation des autres membres ou entre les membres ; de même en ce qui concerne des interactions bipolaires telles que "*pessimisme — optimisme*", "*tâcher d'être spontané*" "*évitement-approximation affective*".

6.3. Je pense avoir montré comment les stratégies de changement type-1/type 2 sont à repenser en les recadrant dans le processus unitaire de base "stabilité-changement" et, en outre, comme il semble fructueux, du point de vue théorique et pratique, de fonder dans la nature paradoxale de ce processus le caractère paradoxal de la *démarche* thérapeutique aussi bien que la *démarche* thérapeutique elle-même.

6.4. Il y a aussi un autre côté par lequel cette *démarche* est encore paradoxale : elle tend, en effet, à l'infirmité du "pouvoir" du thérapeute.

La *démarche* du client en tant que *démarche-de-solution* demandée au thérapeute familial est paradoxale, car elle va osciller entre l'*infirmité* du "pouvoir de changement" du thérapeute et donc la *dénégation* de la thérapie familiale comme processus de changement 2, à son *acceptation* plus ou moins nuancée comme "pouvoir magique".

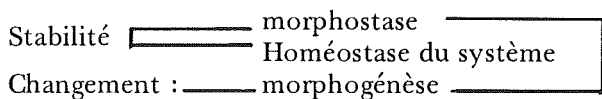
“Magie” d’une technique dont l’“autre”, le thérapeute, connaît les secrets (s’il les connaît).

Dans les deux cas, il y a un refus explicite (ou implicite à des degrés divers) de se référer à un autre *contexte* différent de celui où les clients essayèrent déjà “leurs solutions”. Bref, c’est encore à un changement-type 1 qu’ils s’attendent. Et puisque celui-ci, s’il survient, le fera de l’extérieur du système familial, ils se nient et de la sorte ils s’affirment, en même temps, non seulement comme des agents de changement, mais aussi comme groupe à même de changer.

C’est avec émerveillement et souvent avec surprise que j’assiste à la soudaine et rapide éclosion de cette capacité de changement créatif thérapeutique des membres de la famille, ce qui permet au thérapeute de commencer à s’éloigner, dès le début, de sa fonction de catalyseur principal du changement, pour faire place à l’auto-gestion des problèmes de la famille par ses propres membres.

Le caractère paradoxal de la demande se fonde donc bien sur la *qualité paradoxale* du processus unitaire de base “stabilité-changement” et, par conséquent, sur un double niveau systémique inter-relationnel. En effet, de par cette qualité, le processus unitaire de base renvoie à deux niveaux différents d’inter-relations — l’inter-familial et le thérapeute — et à deux sortes de stabilités-changements qui ne sont pas reliées entre elles par une procédure logique de même niveau d’abstraction.

Schématiquement :



6.5. Les stratégies de changement-type 2 réussissent dans la mesure où elles travaillent avec la famille ce double contexte paradoxal — (celui de la famille et celui du thérapeute) intégré dans un processus qui, par le fait de ce mélange inusité explosif de créativité, est thérapeutique, c’est-à-dire, inducteur de changement qualitatif structurel (changement 2).

C’est pourquoi elles ne peuvent pas ne pas être paradoxales, sans quoi elles ne réussiraient pas à rompre le *cercle du jeu sans fin* des *changements-solutions-type 1*.

Dans cette perspective, les stratégies du “*double-bind*” sont aussi recadrées dans la dynamique du processus “stabilité-changement”.

La confrontation réelle entre les deux contextes de changements-solutions dynamiquement paradoxaux, référés plus haut, ne peut pas ne pas être elle-même paradoxale.

D'où l'aperception d'illogisme, de folie et le sentiment de surprise, de confusion, qui maintient *toujours* les stratégies de changement-type 2, chez les clients ou chez la famille.

Ce sont leur illogisme, folie, confusion et surprise qui provoquent le premier coup d'arrêt au jeu-sans-fin joué, dans la redondance d'une répétition d'efforts de solution, en escalade d'entropie pathologique relationnelle.

L'"illogisme", la "folie" des stratégies de changement-type 2 créent la confusion et l'oscillation nécessaire indispensable au dépassement du contexte des paradoxes inter-relationnels pathologiques. C'est pour cela qu'ils ouvrent la voie, simultanément, aux phases centrales de tout processus thérapeutique : celles de la destructuration-restructuration des systèmes inter-relationnels familiaux (*cf.* Pina Prata, 1979, 1980).

7. Approches stratégiques et stratégies d'approche

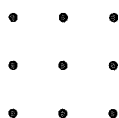
Je vais donner quelques exemples pour essayer de montrer comment ce cadre référentiel conceptuel des stratégies systémiques constitue un guide méthodologique utile pour leur application assez précise durant le processus thérapeutique.

Je ne décrirai pas un cas, ni ne tâcherai de montrer l'évolution ou l'aboutissement d'une thérapeutique familiale, mais je m'appuie sur le seul et même cas d'une famille pour faciliter la compréhension du recours à ces techniques tout en sauvant leur intégration complexe.

7.1. En commençant par ce que je viens de formuler à propos du changement-type 2, les stratégies correspondantes consistent, donc, essentiellement, à "pousser" les membres de la famille à parvenir à une *nouvelle façon* de regarder et sentir leurs problèmes et, par conséquent, à une nouvelle manière de se comporter.

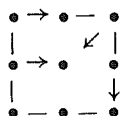
7.2. Le "jeu des neuf points" qu'il faut unir par quatre segments de droite, sans lever le crayon, est un bon exemple qui me permettra de mettre en relief aussi ce qu'il y a de commun à toutes stratégies de changement-type 2 ; que l'intuition-guide de leur mise en action, dans le processus thérapeutique par le thérapeute familial, en tant qu'agent de changements systémiques.

7.2.1. Nous savons que généralement toutes les personnes échouent dans les résolutions du problème des neuf points :



Et pourquoi ? Regardons leurs essais-de-solutions. Ils tracent à l'intérieur du carré plusieurs séquences de quatre segments, ou bien en les dessinant en l'air comme quelqu'un qui survole un endroit dont il doit faire la reconnaissance, ou bien en laissant sur le papier, toujours à l'intérieur du carré, les traces de leurs essais.

Ils essaient de trouver la solution à l'intérieur de leur *espace-problème*, à l'intérieur de l'*espace-carré* qui s'impose à leur perception et à leurs gestes :

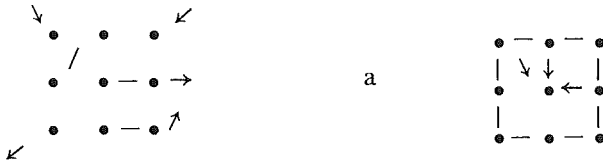


7.2.2. Je propose, depuis une vingtaine d'années, le jeu des neuf points à des groupes en formation psycho-sociologique pour leur faire saisir ce en quoi consiste la *flexibilité* des comportements créatifs. Leur constant échec souligne comment parmi les neuf points, huit d'entr'eux constituent les limites-barrières normatives ; ceci grâce non seulement aux lois de la perception, mais aussi à l'héritage appris du "carré" si culturellement chargé. D'un côté, le "carré" nous facilite le démarrage rapide d'une multiplicité de combinaisons de trajets-de-solutions ; d'un autre, il nous enferme à l'intérieur de ses limites, dont le neuvième point, justement placé au centre, représente, pour ainsi dire, les quatre propriétés du groupe "neuf-points-carré", dans les diverses significations de leur *invariance*. A telle enseigne qu'il nous est presque impossible de poser l'espace extérieur au "carré" comme *espace d'ouverture* à la solution du problème. Toutes les solutions-agies (solution que l'on met en pratique) à l'intérieur des règles internes de l'espace du carré ne font qu'affermir le problème. Voilà bien un exemple de ce que peuvent être des solutions qui créent le problème lui-même : toutes les séquences trouvées dans la composition des neuf points, confirme la deuxième propriété des groupes, d'après laquelle, les résultats ne s'altèrent pas, malgré la variété des processus pour constituer ces séquences.

Pousser les gens à la solution en les forçant directement à détruire des liens perceptifs si forts n'est pas la méthode adéquate. Il vaut mieux, s'appuyer sur les neuf points qui les *motivent à trouver* la

solution, mais en les intégrant dans un *contexte* qui *ébranle* leurs “croyances” normatives antérieures.

7.2.3. Si je dis aux personnes que les “neuf points” représentent “neuf personnes” qui, en plein désert, prirent une disposition telle qu’elles puissent être plus facilement aperçues par un avion qui les survole à ce moment-là, ce contexte d’un autre niveau peut induire à l’ouverture de l’espace-carré-fermé ; les neuf points-personnes sont replacés dans un espace qui intègre les neuf points dans une structure de qualité différente, puisqu’elle les englobe dans un nouvel espace (b), où l’intériorité et l’extériorité antérieures ne sont plus des *contre-limites mutuelles* (a) qui s’opposent à tout essai créateur de solution du problème :



7.2.4. Il se peut que ce changement de perspective ou de niveau de contexte doive être suscité d’une manière d’autant plus abrupte que la *rigidité* perspective antérieure était grande.

Quel que soit, cependant, le degré de l’absurdité aperçue ou de la confusion suscitée par une stratégie de *changement-type 2*, la portée de cette stratégie est semblable : déstructurer et en même temps, restructurer les *données du problème*, en acheminant les membres de la famille vers une *différenciation* de leurs pensées, impressions et agissements, et de leur système inter-relationnel.

7.3. Les stratégies dites paradoxales ne sont pas radicalement différentes d’autres qui peuvent aussi mener à une pareille déstructuration-restructuration des perspectives-contextes des membres d’une famille.

7.3.1. Mais les stratégies d’injonctions paradoxales ou de prescription du symptôme se caractérisent par le fait qu’elles essaient une *rupture* directe d’avec le cadre de référence antérieur et, à partir de ce choc, tâchent de mener à une différenciation les dimensions cognitives, socio-affectives et opératives des comportements des membres de la famille.

Des stratégies semblables s’attaquent directement au contexte inter-relationnel des comportements perturbés, sans pour autant attribuer ni à la famille ni à ses membres des connotations négatives qui

mettraient directement en cause la portée positive de la morphostase familiale. Bien au contraire, c'est dans le contexte lui-même paradoxal des symptômes ou des comportements perturbés, tels que je l'ai décrit et conceptualisé, que le thérapeute s'appuie pour prescrire des stratégies systémiques de ce type.

Il redéfinit ainsi les interactions familiales pathologiques et, en même temps, suscite leur déséquilibre précisément par la façon dont il *s'appuie* sur elles. Le "poids" qui, de la sorte, traverse ces inter-relations familiales pathologiques alourdit si étrangement leur portée interactionnelle et leur signification qu'elles s'ébranlent comme des significations soutenables, c'est-à-dire, comme jeu interactionnel presque aveugle et aveuglant. D'où la possibilité de rupture de leur contexte aussi bien relative à des inter-relations cognitives que socio-affectives et agies.

7.3.2. Les stratégies inverses, c'est-à-dire, non-paradoxaux au sens restreint, visent aussi le déclenchement d'une déstructuration-restructuration du contexte des systèmes familiaux rigides, mais, cela par le truchement de procédures stratégiques et tactiques de *différenciation des comportements des membres de la famille*, c'est-à-dire du système relationnel propre à chacun et des différentes relations interpersonnelles familiales et extra-familiales.

Cependant ces "stratégies inversées", qui vont plutôt de la différenciation des membres à celle du contexte systémique familial, obéissent elles aussi aux règles de base des stratégies paradoxales explicitées et aboutissant à l'émergence d'un nouveau contexte inter-relationnel d'un niveau plus élevé.

7.3.3. Je me limite, à ce sujet, à donner un exemple de l'utilisation d'une thérapie de changement-type 2 où j'ai eu recours à une tactique hodologique paradoxale dont le but était de dépasser une situation de changement nul type 2, dûe à l'escalade symétrique de rupture des inter-relations de deux conjoints.

7.4. Les parents de la famille Sablon avaient quatre enfants, trois filles et un garçon, respectivement 14, 13, 10 et 9 ans

La demande de thérapie fut formulée par la Mère pendant la première rencontre, où elle se trouvait seule, en ces termes : "je suis très préoccupée avec mon mari et avec ma fille Libania de 13 ans ; tous les deux présentent des symptômes qui me préoccupent. Libania a frappé dernièrement la tête de sa sœur de 10 ans contre le mur. De plus, mon mari court maintenant avec une jeune fille. J'aime mon mari ; il est tout pour moi, mais je ne supporte plus cette situation ; aussi j'ai décidé de partir de la maison, car je ne veux pas rester avec les enfants sans lui".

7.4.1. A la fin de la deuxième séance je me trouvais seul avec les parents, car j'avais envoyé les quatre enfants, dans une salle d'attente et de jeu située à l'opposé de la salle de thérapie familiale.

7.4.2. Le mari avait, dès le début, en présence des enfants, affirmé que si sa femme au lieu de traiter du sujet des enfants voulait utiliser la "consultation" pour chercher ou une approximation ou à ce que le thérapeute lui fasse "changer les idées", il partirait aussitôt.

En me rendant compte que tous les échanges ne faisaient que confirmer, chez le mari, l'escalade de la suspicion et, chez la femme, l'accrochage indirect du mari, tous les deux essayant de se servir de moi comme thérapeute pour parvenir à leur fin, j'interrompis les échanges, d'une façon inattendue, en déclarant : "*Madame, Monsieur, je ne suis nullement intéressé à continuer avec vous. Je vais vous passer la note de mes honoraires. (. . .) La voilà*".

Je me suis levé, aussitôt, et appelai les enfants.

En me disant au revoir, le mari me dit "à un de ces jours" ; Madame, qui pendant la rencontre thérapeutique avait beaucoup pleuré, se montrait calme et pas du tout abattue, sans pourtant avoir un air de défi.

7.4.3. J'ai voulu présenter cette situation et mon intervention respective, car, tout en n'ayant pas l'allure d'une prescription paradoxale courante, c'en est une, à mon avis, et elle trouve place dans la conceptualisation que j'ai esquissée.

En effet qu'est-ce que je visai et voulus par une pareille prescription ? Rien d'autres qu'ouvrir la possibilité d'une redéfinition de la relation thérapeutique, en refusant d'assumer leurs relations dans un contexte de jeu-sans-fin d'une escalade de déni mutuel.

Je leur disais, pourtant, que ma seule façon de *continuer* avec eux et de m'occuper de leur problème avec les enfants, était *de les renvoyer*. Voilà bien le paradoxe dont le message me paraît être compris par tous les deux, dans la mesure où aucun d'entre eux ne me parut fermer la porte à une telle position thérapeutique et en tenant compte de ce que je décris plus haut, au sujet de leur façon de me dire au revoir. C'était une redéfinition assez claire du contexte du problème : "*occupez-vous de cette séparation, si vous l'entendez ainsi ; je m'occuperai, éventuellement avec l'un de vous, du problème des inter-relations avec les enfants*".

7.5. Je reprends, maintenant, les questions soulevées au début de cette note, en donnant des exemples de la façon dont on peut appliquer les *deux types* et les *deux niveaux* stratégiques systémiques, en les

situant à des *niveaux qualitatifs différents* des inter-relations familiales (cf. 2.3.5.).

C'est toujours le processus thérapeutique avec la famille Sablon auquel je me réfère.

7.5.1. Presque trois semaines après la stratégie d'interruption paradoxale relatée, je reçus un coup de téléphone de Madame Sablon.

Je vais montrer comment je commençai à travailler, à la rencontre suivante après ces événements, à la *différenciation* de la *fratrie* Sablon. Il fallait affermir les limites très floues de ce sous-système par rapport au sous-système parental, en dissociant celui-ci du sous-système conjugal. Le père, entre temps, quitta le foyer pour aller vivre avec la jeune fille en question, dans la maison d'en face ; la mère avait regagné le domicile et ce fut avec elle et les enfants que je poursuivis la thérapie familiale, dont le but était devenu clairement centré sur la situation-problème des enfants et pour les enfants et non sur le problème des parents, ou du patient-qualifié du début, la jeune fille de 13 ans Libania, ou sur la fille de 10 ans, Muriel, qui remplaça Libania dans son rôle de patient-qualifié (désigné).

Pourtant dans cette première rencontre thérapeutique, la deuxième avec les enfants, où le père ne se trouvait plus présent, je n'aborde pas directement la question des effets de l'absence du père, et dans la thérapie et dans la maison, ni non plus celle du nouveau fonctionnement inattendu du système familial, dû au départ du père et au retour de la mère.

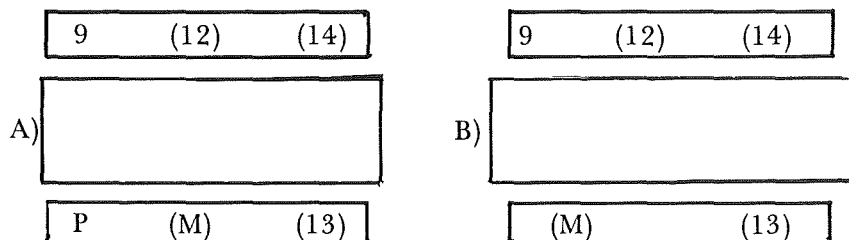
7.5.2. Je travaille à la différenciation des quatre sous-systèmes familiaux, celui de la fratrie, celui des enfants, celui des parents et celui du couple — en rupture, de sorte que les enfants commencent à saisir des alternatives de choix possible, inscrites dans la nouvelle situation familiale, sans que pourtant ils perdent pied à cause des changements profonds de la vie familiale ; alternatives qui rendront possible le dépassement de forme de comportement perturbé de Libania et de Muriel. Celle-ci se montrait avec des hauts et des bas socio-affectifs très marqués. Libania paraissait regagner sans peine un nouveau statut à l'intérieur de la famille ; la mère ne se centrait plus sur celle-ci, environ deux mois après la première rencontre qu'elle avait eue seule avec moi.

Je travaille donc avec les enfants des stratégies de changement-type 2 qui mènent à de nouvelles normes d'action et à d'autres règles de conduite personnelle et interpersonnelle.

Je suscite, à cette fin, des stratégies où les enfants ne "manipulent" directement qu'un des niveaux des stratégies systémiques : celui de l'inter-relation (SiRL^t) et par ce biais, le sous-système parental-filial en jeu.

C'est ainsi que je demande à Renato, le plus jeune, de dessiner, au tableau, une *table à dîner* et de m'indiquer comment ils se plaçaient à leur table de salle à manger il y a quelques mois et comment ils s'y placent maintenant.

L'enfant dessine les deux tables suivantes avec les positions différentes respectives :



Les enfants vivent dans le processus thérapeutique qui ainsi se déroule avec leur mère, la réalité du "départ" du père et de la vie de celui-ci avec la jeune fille, connue d'ailleurs des enfants.

Cette stratégie de la table place le groupe dans une dimension de comportement explicitement *opérative* ; cette stratégie manifeste de *relation* permet de reformuler les positions des enfants face à la nouvelle situation physique des rapports spatiaux, où la mère prend la place du père et où il n'y a plus que deux places occupées d'un des deux côtés de la table. Mais elle permet aussi aux enfants d'exprimer leur émotion dûe aux changements profonds des relations familiales. C'est Muriel le patient-qualifié finalement dans cette famille, qui exprime le plus la tension socio-affective que cette lecture de la situation familiale suscite.

Je travaille donc, simultanément, à un niveau qualitatif d'interrelation personnelle profonde socio-affective en me plaçant au *niveau* stratégique de *relation*, moyennant l'utilisation d'un type de stratégie-technique de la table, en touchant directement la *dimension opérative* des comportements d'un des enfants, en vue d'un changement de différenciation personnel et interpersonnel de type 2.

7.5.3. Voilà un exemple de la façon dont il est possible de combiner, dans une seule action du processus thérapeutique, la *complexité* des stratégies systémiques, dans leur *double type* (cf. 1) et *deux niveaux* (cf. 2) énoncés, en les insérant à des *niveaux qualitatifs* interrelationnels suffisamment précis et interliés (cf. 5), où nous prenons en compte la triple dimension de toute interaction comportementale de la famille (cf. 4) en vue de l'assouplissement du système des inter-relations

et d'une ouverture inter-sous-systémique moins floue (cf. 3), ce qui permet d'espérer une évolution du système vers un *changement-2* (cf. 6).

7.5.4. J'accomplis seulement après, avec la famille Sablon, un pas en avant dans le sous-système d'inter-relation parental et conjugal (cf. 1.2.5).

La différenciation de ces deux sous-systèmes avait pour but d'augmenter la flexibilité du système d'inter-relations familiales, en fournissant une restructuration à un autre niveau qualitatif du vécu affectivo-cognitif des règles et des rôles en question.

7.6. A cette fin je recours à une *deuxième stratégie* qui porte directement sur l'interdépendance de tous les membres de la famille entr'eux, c'est-à-dire à une stratégie hodologique *inter-relationnelle* (cf. 2.5.), mais où tous les enfants ont une tâche à accomplir de nature maintenant plutôt *cognitive* (cf. 4.).

Il faut, en effet, que les enfants apprennent à déceler dans la situation du conflit parental des nouvelles manières de relation avec chacun des parents, même si la rupture du couple va vers le divorce. Bref, il faut poser des limites claires entre les sous-systèmes parental-conjugal et les sous-systèmes enfants-fratrie.

Et tout ceci, encore une fois, par l'intermédiaire de la même stratégie de mise en relation, celle du tableau noir face auquel les enfants et la *mère* se trouvent.

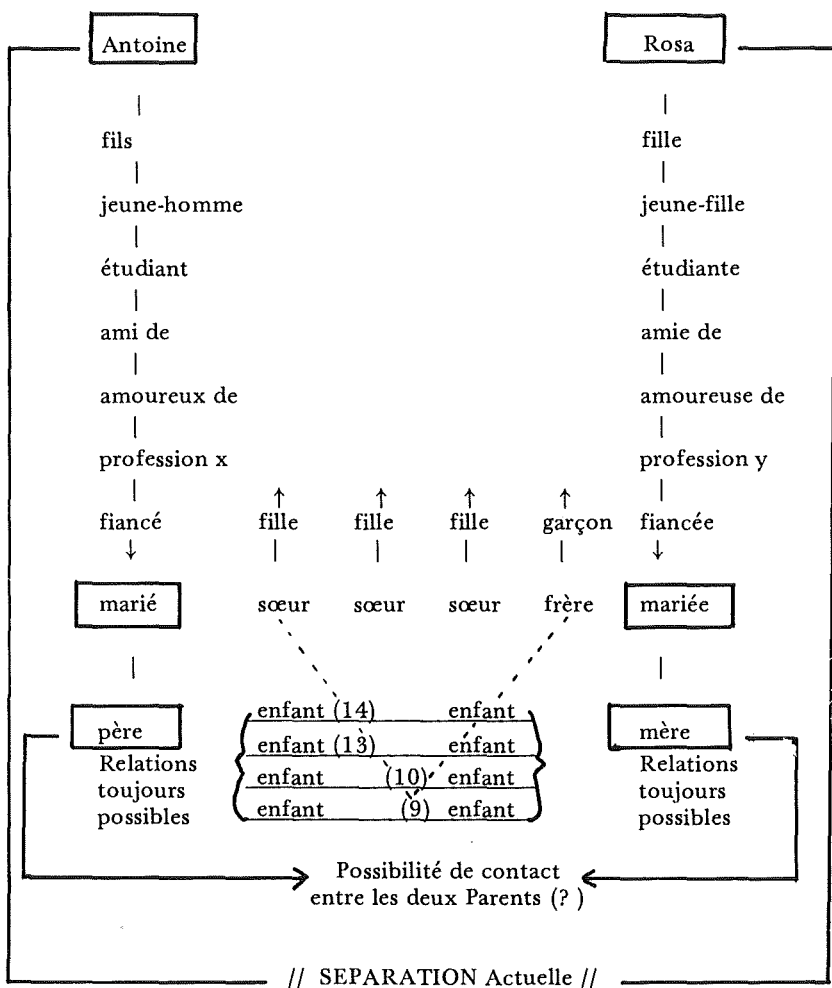
7.6.1. Peu à peu un jeu d'inter-relation est dessiné au tableau noir, dont le graphisme était le suivant (cf. page suivante).

7.6.2. Les relations père-enfants-mère émergent peu à peu comme des relations privilégiées, en ce sens que leur *stabilité* était la moins ébranlée par les changements et les tensions survenues dans le système des relations familiales.

Les relations homme-femme furent vécues, cependant, par les enfants comme antérieures aux relations de mariage ; celles-ci étaient les plus touchées par le conflit parental.

En ce qui concerne les relations conjugales, les enfants apprirent à ne pas les identifier sans plus avec les relations parentales. Celles-ci pouvaient échouer plus ou moins, selon la nature et les circonstances des contacts futurs entre les deux partenaires, même si la séparation de deux conjoints — qui tous les deux portaient un prénom qui depuis toujours leur était propre — étaient à ce moment ce qu'elles étaient.

7.7. Toutes ces premières stratégies au niveau immédiat de l'inter-relation visaient à assurer le minimum de flexibilité nécessaire à la



(-) (+)

restructuration des relations de cette famille-en crise, sans trop ébranler les méta-règles sous-jacentes à la morphostase du système. Seulement après ce cheminement je fis l'usage d'hodologies d'inter-relation, centrées directement sur la vie socio-affective du groupe familial et cela au niveau qualitatif interactionnel émotionnellement chargé.

Je fis établir aux enfants la carte de la distance affective existant entre les différents membres de leur famille nucléaire toute entière ; leurs relations affectives avec le père et la mère furent ainsi dites et vécues.

Je n'ai pas parlé du fait que ces stratégies furent élaborées aussi en fonction de la mère, toujours présente. Je n'aborderai pas ce sujet maintenant.

Je signale, cependant, que la mère fut toujours concernée dans ces mêmes stratégies : elle apprenait par ses enfants comment se situer par rapport à ses nouvelles fonctions et rôles familiaux ; ce que ses enfants attendaient et n'attendaient pas d'elle ; ce en quoi ils espéraient qu'elle change. De plus, j'ai introduit pour elle-même certaines stratégies. Celle du "secret", par exemple, à propos de la façon dont elle devait enregistrer les comportements de ses enfants, pendant l'intervalle entre deux "rencontres". Le but était, alors, également celui de parvenir à une ouverture plus claire du sous-système maternel et de ceux de la fratrie et des enfants.

7.8. Ce ne fut qu'ensuite que j'ai utilisé la stratégie du modelage affectif de la famille — la "sculpture" ; il fallait d'abord préparer les enfants et la mère présente, pressés par la présence-absence du père, à savoir écouter et à savoir exprimer les inter-relations de conflit à un niveau qualitatif encore plus chargé de significations socio-affectives.

Il ne s'agissait plus alors, de "manipuler" des techniques de mise en relation, mais de faire usage immédiat d'hodologies d'inter-relation (cf. 5) qui touchaient ouvertement le système conflictuel parental et surtout conjugal.

Les enfants mimèrent ces rapports par le "jeu de boxe", le "jeu des menaces" et le "jeu de l'éloignement compulsif". Les enfants et la mère vivaient ainsi, en même temps, le "divorce affectif" du couple parental.

Aucun des enfants ne montra quelque perturbation affective, lors de l'approfondissement de cette stratégie du "modelage". La "fratrie" s'affermi ; le sous-système enfants-parents gagna des contours plus nets et praticables. Les comportements perturbés des enfants trouvaient d'autres issues comportementales, dans le réseau plus souple et redéfini des interactions familiales, même de celles avec leur père, nonobstant la permanence de la crise conflictuelle au niveau du couple, qui, d'ailleurs commençait à présenter une configuration de relations où l'espace du "jeu-sans-fin" diminuait sans cesse.

7.9. Beaucoup d'autres stratégies d'approche aux systèmes familiaux rigides et flexibles peuvent rentrer dans le cadre théorique et dans la pratique thérapeutique que je viens d'esquisser. Et, de même, les *tactiques* les plus diverses, propres aux multiples stratégies systémiques.

J'ai essayé de montrer comment la complexité de toutes ces stratégies peut aujourd'hui aller de pair avec une précision plus grande de leur usage dans le déroulement du processus thérapeutique systémique.

C'est pourquoi dans l'esquisse de ce cadre conceptuel sur l'ensemble de ces stratégies, je me suis référé également, quoique épisodiquement, à leur pragmatique, c'est-à-dire aux effets et aux résultats de leur emploi.

F.X. Pina Prata

Professeur à l'Université de Lisbonne

DE L'OPERATIVITE DU CONCEPT DU TRIANGLE DANS LA THERAPIE FAMILIALE ET DANS LA DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE

Carmen F. ROJERO et Teresa SUAREZ

Tout d'abord, deux mots pour expliquer pourquoi nous avons choisi Bowen dans le travail de notre atelier.

Il s'agit en effet d'un auteur un peu méconnu chez les thérapeutes de famille européenne. Nous voulons lui rendre hommage parce qu'il nous a beaucoup aidés dans notre pratique avec des familles multi-institutionnalisées et pour mieux comprendre certains phénomènes qui se passent à l'intérieur des institutions sociales et psychiatriques, systèmes bien plus difficiles à manier que le système familial.

Puisqu'à notre connaissance, son dernier livre *Family therapy in clinical practice* n'a pas été traduit en français, nous voulons faire un petit résumé de ses concepts les plus importants.

Sa théorie inclut deux variables principales : d'une part le *degré d'anxiété*, d'autre part le *degré de différenciation du self*. Cette dernière variable est le thème principal de sa théorie.

En ce qui concerne l'anxiété, il affirme que tous les organismes vivants sont raisonnablement adaptés à en traiter les crises. Si l'anxiété est légère, les organismes peuvent apparaître comme normaux dans le sens qu'ils ne présentent pas de symptômes. Mais si elle augmente et se chronicise, l'organisme développe une certaine tension en lui-même ou dans le système relationnel ; cette tension se manifeste par des symptômes ou maladies physiques, une dysfonction émotionnelle, ou une maladie sociale avec isolement ou comportement anti-social.

Il faut également tenir compte du phénomène de transmission de l'anxiété, qui peut s'étendre rapidement à toute la famille ou à la société, par un processus d'amplification de la déviance.

Le concept de *différenciation du self* définit les gens selon le degré de fusion ou de différenciation entre le fonctionnement émotionnel et le fonctionnement intellectuel. Cette caractéristique est si universelle qu'elle peut être utilisée pour catégoriser les gens dans un continuum unique. En bas de l'échelle se trouvent les personnes dont les émotions et l'intellect sont tellement fusionnés que leur vie est dominée par le système émotionnel automatique. Il s'agit des personnes les moins

flexibles, les moins adaptables et les plus dépendantes émotionnellement des autres. Ces personnes, sous stress, dysfonctionnent et il leur est très difficile de récupérer. En haut de l'échelle, se trouvent les personnes les plus différenciées. Leur fonctionnement intellectuel et leur fonctionnement émotionnel sont autonomes. Dans des périodes de stress, elles sont plus flexibles, plus adaptables et plus indépendantes du climat affectif qui les entoure. Entre ces deux extrémités existe un nombre infini d'équilibres entre les fonctionnements intellectuel et émotionnel.

Les gens choisissent des partenaires qui ont le même niveau de différenciation du self. Il y a trois domaines dans lesquels l'indifférenciation se localise en tant que symptôme dans la famille nucléaire : conflit conjugal, dysfonction de l'un des partenaires, et projection du problème familial sur les enfants.

Pour Bowen, *le triangle* à configuration émotionnelle de trois personnes, est la molécule de n'importe quel système émotionnel, soit dans la famille, soit dans les groupes. Le triangle est le système le plus petit de relation stable. Un système à deux membres peut être stable s'il est calme, mais dès que la tension augmente il tend immédiatement à impliquer un troisième, souvent le plus vulnérable, pour devenir un triangle. Si la tension est trop forte à l'intérieur du triangle, ils peuvent trianguler d'autres personnes pour constituer des séries de triangles imbriqués.

Dans les périodes de calme, le triangle est constitué par deux personnes confortablement unies, et une autre (outsider), moins. Les deux membres de la dyade essaient de conserver leur union étroite pour qu'aucun ne se sente mal à l'aise et ne tente une meilleure union ailleurs. L'extérieur cherche à s'allier à l'un des deux autres et peut utiliser pour cela de nombreuses manœuvres bien décrites. Les forces émotionnelles à l'intérieur du triangle sont en mouvement continu, même dans les périodes tranquilles. Les états de tension modérée dans la dyade, sont ressentis par l'un des membres, tandis que l'autre est complètement inconscient. Celui qui est moins à l'aise cherche un nouvel équilibre en se dirigeant vers des unions plus satisfaisantes pour le self.

Dans les périodes de stress, la position extérieure est la plus enviable. Si la tension ne peut être métabolisée à l'intérieur du triangle, un de ses membres triangule un quatrième, laissant l'ancien troisième en dehors, et en réserve pour plus tard si besoin. Si les tensions sont très fortes dans les familles et que les triangles familiaux soient épuisés, le système familial triangule des personnes extérieures à la famille, telles que police, services sociaux, médecins, amis, voisins, etc. C'est une

externalisation réussie de la tension, que de voir les tiers extérieurs entrer en conflit à propos de la famille, tandis que celle-ci est plus calme. Les familles qui n'arrivent pas à résoudre leurs conflits par un changement des règles internes, triangulent des personnes extérieures pour maintenir ainsi leur indifférenciation intérieure. Si le tiers-thérapeute ne peut pas se tenir en dehors du conflit, il sera englobé dans l'indifférenciation familiale et perdra toute efficacité. Si le tiers-thérapeute arrive à se maintenir en dehors du conflit tout en gardant une bonne relation émotionnelle avec le système familial, il pourra stopper ce mécanisme morphostatique qu'est la triangulation, et aider le système à remanier les règles rigides ou contradictoires qui sont à la base de la dysfonction familiale et de l'indifférenciation.

Nous avons également donné un petit aperçu d'autres concepts théoriques tels que système émotionnel de la famille nucléaire, amputation émotionnelle, régression sociale. Nous n'en parlerons pas ici car ils ont été moins utilisés dans le développement pratique de notre atelier.

Nous pensons que dans la plupart des livres et des articles de Bowen, l'aspect technique n'est pas très développé. Nous avons donc essayé avec notre groupe, de montrer autant que possible, le passage dialectique des concepts de cet auteur à notre technique de travail.

Nous avons choisi, tout d'abord, un exercice pratique consistant en la création de "familles" expérimentales. Nous avons considéré que cet exercice de rencontre, basé sur un choix personnel des membres des familles, s'avérerait utile pour réussir une bonne implication émotionnelle des participants.

D'après notre expérience de training avec des débutants, nous avons constaté que le jeu de rôles permettait davantage l'explication d'un modèle circulaire, dépassant les contraintes imposées par le langage linéaire (Mara Selvini).

Nous avons également rapporté deux exemples de notre pratique, qui avaient été conceptualisés sur la base du dépistage des triangles principaux et sur le travail de détriangulation de patients désignés ou non.

Voici un résumé des différents aspects de notre atelier :

Dans la première famille expérimentale nous avons analysé les difficultés de création du système thérapeutique étant donné que la famille en question avait d'abord triangulé un thérapeute individuel. C'est une situation bien habituelle dans notre travail pratique. Il est nécessaire d'apprendre à la manipuler de façon à consolider le système thérapeutique. Dans le cas de notre exemple, il s'agissait d'une famille pseudo-mutuelle qui présentait une situation de crise due au départ subit d'un fils adolescent. Cette famille, à morphostase très rigide, réussit à mettre en échec les différents efforts thérapeutiques. Nous,

animatrices, avons essayé de mettre en évidence les barrières, créées par le langage analogique de cette famille, qui battaient en brèche les efforts des thérapeutes pour se laisser trianguler d'une manière fonctionnelle.

Dans la deuxième famille expérimentale, on a créé une situation mettant en évidence la problématique que retrouvent habituellement les thérapeutes de famille travaillant dans les institutions psychiatriques, plus particulièrement à l'hôpital. Il s'agissait d'une intervention de crise, visant à chercher des alternatives à la demande d'hospitalisation d'une adolescente. Cette famille à trois générations nous a permis d'analyser les triangles principaux à un niveau transgénérationnel. La patiente désignée était au "coin" de ces triangles principaux.

Cette famille à transaction schizophrénique était un bon exemple de symétrie cachée et montrait la difficulté qu'éprouvent les thérapeutes à ne pas se laisser entraîner dans des escalades symétriques. En travaillant "derrière le miroir", nous, animatrices, avons donné des instructions aux thérapeutes pour que, par le biais des connotations positives, ils adoptent en permanence une attitude complémentaire. Et ceci, parce qu'une triangulation fonctionnelle des thérapeutes, et une détriangulation du patient désigné, comportent les deux aspects signalés par Minuchin : affiliation à la famille (contact émotionnel, selon Bowen) et restructuration du système.

Nous avons présenté ensuite la thérapie d'une famille espagnole, illustrant bien les concepts théoriques exposés.

Il s'agissait d'une famille nombreuse constituée par les parents et huit enfants, dont six étaient mariés et avaient eux-mêmes des enfants. Les deux célibataires étaient des filles, Louise et Marie (38 et 34 ans), qui soutenaient économiquement les parents et étaient les deux patientes désignées : elles avaient fait, déjà adultes, plusieurs crises psychotiques avec hospitalisations en milieu psychiatrique.

Cette famille de paysans émigrés à la ville, habitait en banlieue, dans des appartements peu éloignés les uns des autres. Louise habitait sur le même palier que les parents, et Marie dans le même appartement.

Les deux filles suivaient des thérapies individuelles, Marie avec l'une d'entre nous. La thérapie de famille commença au moment d'une nouvelle crise avec hospitalisation de Marie ; la décision fut prise d'un mutuel accord entre les deux thérapeutes individuels et le psychiatre de l'hôpital, qui avait été, depuis des années, un des tiers disponibles dans les moments de crise.

Nous avons décidé de travailler avec les parents et les deux patientes désignées, c'est-à-dire avec les triangles principaux de cette famille. Depuis des années, les deux filles étaient alternativement triangulées dans le conflit parental et dans le conflit transgénérationnel.

Le traitement a consisté, dans une première phase, à éviter les triangulations chroniques des deux filles dans les conflits transgénérationnels. Pour cela, nous avons dû aborder et résoudre le vieux conflit entre la mère et la grand-mère déjà morte ; pour atteindre ce but, nous avons rétabli le dialogue entre les deux femmes par le biais de lettres écrites par la mère à sa propre mère, lettres que nous gardions. Nous avons eu la preuve de notre réussite le jour où cette femme est allée pour la première fois sur le tombeau de sa mère, prier pour elle et lui apporter des fleurs.

Dans une deuxième phase du traitement, nous avons essayé de détriangler les filles du conflit conjugal. Pendant ce travail thérapeutique, nous avons vécu une nouvelle crise familiale qui a pu être résolue sans hospitalisation des filles. Actuellement, nous avons le plaisir de voir les parents en voyage de noces après plus de quarante ans de mariage !

Dans la dernière phase de l'atelier nous avons présenté une analyse, réalisée à la lumière du concept de triangle, dans un hôpital psychiatrique en situation de crise depuis plusieurs années. Nous avons constaté que la polarisation en deux "parties pregnant", existant déjà au niveau de l'administration (système hiérarchiquement supérieur à l'hôpital), avait son parallèle à l'intérieur de l'institution. L'hypothèse de travail, vérifiée soigneusement pendant sept mois d'évolution, était que, dans les moments de tension institutionnelle, soit les patients, soit les médecins, étaient "les tiers disponibles" les plus aptes à se laisser trianguler. Cette hypothèse avait été tirée de la connaissance de l'histoire de l'hôpital depuis sa création : l'hôpital résolvait ses crises grâce à des changements de direction médicale (en moyenne une fois par an), ainsi que du personnel de l'équipe médicale. L'analyse de l'évolution présentée montrait comment les patients les plus triangulés dans leurs familles respectives, s'offraient volontiers à devenir "le coin" du triangle qui absorbait le plus de tension. Cette triangulation des patients comportait comme conséquence différents types de décompensation psychique : depuis les crises d'agitation jusqu'aux manifestations de violence physique qui ont même conduit au renvoi d'un patient de l'hôpital (phénomène d'expulsion bien connu dans les familles).

Nous avons pu constater aussi qu'à partir du moment où nous faisons un repérage correct du triangle principal agissant dans un moment de crise, et que nous arrivions donc à créer une triangulation

fonctionnelle pour résoudre les tensions, l'hôpital faisait un pas en avant, signalé par un changement structural, et que les contradictions pouvaient être élaborées à un niveau hiérarchiquement supérieur.

Carmen F. Rojero, Psychiatre, Th de famille

Teresa Suarez, Psychiatre, Th de famille

Centro medico de psicoterapia

Fuencarral 132, 2^o, dcha

Madrid 10 — España

LA THERAPIE FAMILIALE DANS SON APPROCHE SPECIFIQUE DES JEUNES ENFANTS

Edith TILMANS-OSTYN

Résumé du texte présenté par Edith Tilmans-Ostyn aux ateliers tenus le 24 novembre 1979 à l'occasion de la Journée de Thérapie Familiale organisée par le Centre de Guidance Clos Chapelle aux Champs, et aux quatrièmes journées internationales de thérapies familiales à Lyon en mai 1980.

Introduction

Dans cet exposé, nous allons traiter des conditions auxquelles une séance doit répondre pour que le thérapeute puisse intégrer l'apport du jeune enfant dans son travail thérapeutique. Comment structurer la séance est une question à laquelle nous nous attarderons en premier lieu. Par la suite, nous élaborerons quelques hypothèses de bases qui justifient une telle approche. Ces hypothèses sont émises à partir du thérapeute et de l'interaction de ces deux systèmes en sa présence. Pour pouvoir centrer son travail sur les relations de la fratrie, il faut que les autres enfants participent aux séances. Comment arriver à cela et dans quel but ? Ceci est le sujet d'une seconde partie de "l'ici et maintenant de la séance". Nous envisagerons : les séquences d'interactions, les dessins et le matériel symbolique, les enfants tapageurs.

Méthode

La présence de jeunes enfants offre au thérapeute familial un nombre important d'avantages pour le processus thérapeutique. Néanmoins, il faut intégrer le jeune enfant dès le début du travail réalisé avec la famille, pour pouvoir tirer profit de son comportement verbal et non verbal. Sinon, le comportement du jeune enfant perd sa signification d'informations dans le processus thérapeutique car il se brouille dans une expression d'ennui et d'énervement, et le thérapeute ne peut plus en décoder le sens spécifique.

Par jeunes enfants, j'entends des enfants qui ne sont pas encore arrivés au stade où le langage verbal prend le pas sur les autres formes d'expression. C'est souvent le cas jusqu'à la puberté.

La pièce dans laquelle on reçoit la famille doit donc "dire" à l'enfant que le thérapeute l'attend. C'est-à-dire qu'il faut un minimum de matériel qui peut lui être utile : par exemple une petite table avec du papier et des crayons de couleur, un tableau, de la plasticine, etc. . . Au niveau verbal, le thérapeute a avantage à s'adresser en premier lieu au plus jeune en disant par exemple : "Je sais, Monsieur et Madame, que vous avez beaucoup d'informations importantes à me donner. Pour moi, il est important de savoir d'abord ce que les enfants viennent faire ici, que veulent-ils ? (et puis à l'enfant) "Dis-moi, que viens-tu faire ici ? . . . Qui, à la maison, t'a dit d'accompagner ? A qui as-tu demandé ce que tu venais faire ici ? ".

Je m'adresse ainsi d'abord aux enfants pour leur donner dès le début le droit à la parole. Ce qu'ils ont à me dire ou à me faire savoir par leur expression non-verbale m'est fort utile. Mon but est d'individualiser l'enfant et de lui donner une grande partie des responsabilités. Ceci est la raison de la question : "A qui as-tu demandé pourquoi tu devais venir ici". En plus, donner une plus grande partie des responsabilités et le droit d'initiative aux enfants permet de déculpabiliser les parents.

Si l'enfant ne sait pas pourquoi il vient en consultation et s'il ne l'a pas demandé à la maison, il peut le demander en séance. Le thérapeute a aussi la possibilité d'arrêter cette demande et dire à l'enfant : "Et toi, pourquoi penses-tu que tu viens ici ? Imaginons que tu aies une baguette magique, quelle est la première chose que tu essaierais de changer à la maison ? ". Cette intervention vise aussi à toucher le niveau du désir.

"Tu sais bien que personne n'a la baguette magique mais qu'est-ce qui est important pour toi qui puisse changer à la maison ? "

Dans ces conditions de début de travail, ce sont les enfants qui vont dévoiler les secrets familiaux ; ils vont toucher les zones non-dites dans la famille et les parents seront fort étonnés d'entendre qu'ils comprennent, à leur niveau, réellement des choses.

Donnons un exemple : une mère vient consulter pour son enfant qui souffre d'insomnies et de crises d'angoisses. En quittant la salle d'attente, l'enfant (6 ans) joue à l'automobile. Le thérapeute joue le jeu en lui disant dans quel sens il doit tourner. En insistant sur le contenu des angoisses, la mère ne peut rien en dire. Le thérapeute reprend le sujet de la voiture, l'accident de voiture etc. . . Ainsi, avec une certaine retenue, la mère nous raconte qu'au moment de la naissance de sa sœur,

le père a eu un grave accident. On l'a caché à l'enfant et trois semaines plus tard, il a pu aller visiter son père . . . A la seconde séance, la mère nous dit que son enfant avait très bien dormi, alors qu'elle avait été très fâchée du fait que le thérapeute l'avait fait parler de l'accident de voiture . . . alors que c'était l'enfant qui avait ouvert la porte du non-dit familial !

Une fois que les parents eux aussi commencent à donner des informations, il est important de ralentir le processus verbal en contrôlant chaque fois si les enfants comprennent et savent ce que les parents expliquent. Faute de quoi, nous risquons que les parents excluent à nouveau les enfants en monopolisant le thérapeute par leurs informations qui tendent de nous séduire.

Il est également important de savoir si les choses se disent et se passent "parce que la famille est en situation de consultation", ou bien si ce sont des choses qui se disent et se passent régulièrement à la maison : en faisant parler la famille en présence de tous ses membres, les obligeons-nous à faire quelque chose de nouveau ou d'habituel ?

Hypothèse théorique

Investir ainsi la possibilité d'engager activement les enfants se fonde sur une hypothèse de travail.

En effet, nous sommes persuadés de trouver en miroir le type de relation parentale dans la relation au niveau de la fratrie. Nous avons aussi tout avantage à donner la place de "cothérapeute" aux parents pour chercher à améliorer certains aspects de la relation de la fratrie . . . Ainsi, comme dans la psychodynamique d'une thérapie de groupe, les parents travaillent un matériel projectif au niveau de la relation de la fratrie. De même, nous évitons aussi de mettre les parents dans une position d'échec en présence de leurs enfants et nous évitons de glisser trop vite vers des problèmes conjugaux.

Je m'explique : souvent, quand il y a un problème avec un enfant, il y a aussi des difficultés au niveau de la relation entre les parents. Parfois les parents eux-mêmes laissent très vite entendre leurs mécontentements . . . Mais ils ne sont pas allés consulter un centre conjugal, ils sont venus dans un service spécialisé dans les problèmes d'enfants et ils nous présentent leur enfant comme problème initial. Ceci veut dire que le mythe familial est que la famille accepte plus facilement de travailler un échec au niveau de leur relation de parents avec leur enfant que de travailler les problèmes au niveau de leur couple.

Mon hypothèse de travail se trouve renforcée par mes expériences de formation de candidats en thérapie familiale. Cette logique est d'autant plus impérieuse que les jeunes thérapeutes eux-mêmes sont

encore dans une phase de vie où ils forment leur propre noyau conjugal et se détachent donc de leurs parents. Ceci implique qu'ils sont facilement séduits par l'idée de travailler de préférence les problèmes au niveau du couple et non la relation parents-enfant et encore moins de faire travailler par les parents la relation entre les enfants.

Une autre attitude extrême peut se trouver chez les thérapeutes qui ont une formation de thérapie individuelle d'enfant : face à une famille, ils ont souvent tendance à prendre l'enfant-problème en charge, et à le défendre contre l'agressivité des parents. Par leurs interventions, ils accusent alors les parents des problèmes que présente leur enfant. Eux aussi approfondissent de préférence les problèmes du couple car eux aussi sortent l'enfant de l'oppression des adultes.

Or, si le thérapeute travaille trop vite la relation conjugale, il s'attire beaucoup de résistances. Par contre, en travaillant là où la famille "dit" qu'il peut travailler, c'est-à-dire au niveau des difficultés avec l'enfant, entre parents et enfants, et entre frères et sœurs, les parents constatent que la relation entre les enfants peut se modifier. A ce moment-là, une lueur d'espoir et de confiance surgit pour aborder les difficultés entre eux et ils commencent eux-mêmes à en parler.

Elargir la méthode

Après avoir étudié comment le thérapeute peut structurer les séances dès le premier contact avec la famille et quelles sont les hypothèses de base qui justifient cette approche, attardons-nous à un second point : comment le thérapeute, tout en maintenant les parents dans une position haute, peut-il continuer à intégrer l'apport de jeunes enfants ? Nous proposons l'analyse des traits de ressemblance d'une part, l'analyse des relations au niveau de la fratrie d'autre part.

Travailler les ressemblances de caractère et de traits physiques est un type d'intervention qui convient très bien au travail de l'exploration du comportement des enfants, car il implique l'attitude des parents et d'autres membres de la famille élargie, sans les menacer. Le thérapeute peut demander par exemple : "Quand l'enfant fait ceci (un comportement bien spécifique) à qui dit-on dans la famille qu'il ressemble le plus ?" Les lignées de ressemblance doivent aller plus loin que le noyau familial. Il faut essayer de situer les choses au niveau des trois générations en questionnant aussi les enfants.

Savent-ils ce que les grands-parents faisaient quand leurs parents étaient jeunes et ce qui se passait à ce moment-là ? Il est aussi utile de questionner de telle façon que chaque membre de la famille doive classer, c'est-à-dire qui le plus, qui le moins, qui le premier, qui le

dernier, qui avant, qui après. Ceci nous donne une information sur le caractère spécifique des relations.

Profiter davantage de la relation de la fratrie exige que les autres enfants soient présents. Or, plus le système familial est rigide et les problèmes chroniques, plus le patient identifié est isolé dans la fratrie. Le triangle surinvesti est celui des parents et de l'enfant identifié, ("avec les autres, il n'y a pas de problèmes") et quand les frères et sœurs sont présents en séance, ils ne savent s'introduire dans ce triangle surinvesti qu'en étant un substitut parental. Ils grondent aussi l'enfant-problème ou ils le couvent. En copiant l'attitude parentale envers l'enfant-patient, ils attirent vers eux de sa part une agressivité qui revient en fait aux parents, mais ne s'exprime pas dans cette relation. Ceci explique entre autres les disputes intenses entre les enfants dans ces familles.

Souvent les parents acceptent de faire participer les autres enfants aux séances de T.F.A. quand le thérapeute les questionne sur les différents efforts que chaque membre de la famille a déjà faits avant de venir consulter. Dans une famille, des habitudes se forment et peut-être masquent-elles des ressources disponibles ? Frères et sœurs peuvent aussi dire des choses au patient identifié d'une autre façon que les parents : ils sont les égaux et non les supérieurs.

Dans cette autre façon, il ne faut surtout pas qu'ils se culpabilisent. Dans certains cas, il nous est arrivé de faire quelques séances avec les enfants seuls et en parallèle avec les parents seuls, pour avoir mieux accès à l'entraide possible au niveau de la fratrie.

Au moment où tous les membres de la famille qui vivent sous le même toit sont présents, il faut surtout continuer à questionner de façon triangulaire pour arriver à une compréhension circulaire du fonctionnement. Questionner un membre de la famille sur ce qui se passe entre deux autres membres. Exemple : "Quand ton frère se dispute avec ta sœur, qu'est-ce que ta maman fait ?".

La situation est plus difficile quand il s'agit d'un enfant unique. Dans ce travail, il s'agit de chercher à élargir le champ, en questionnant sur les relations entre neveux ou nièces, les amis, les camarades de classe, un animal domestique. Une autre possibilité est offerte par les questions qui placent la famille dans le futur ou le passé. "Qu'est-ce que l'enfant fera dans 15 ans quand il sera parent, avec son enfant qui fera ce que lui, fait pour l'instant", ou "qu'est-ce qu'il voudra que sa femme fasse quand il y aura des tensions entre lui et son fils ?". En faisant fantasmer l'enfant dans le futur on lui donne l'occasion de donner des messages indirects aux parents, et le thérapeute n'inverse pas les rôles parents-enfants dans le présent.

Nous pensons aussi extrêmement important de renvoyer "l'ici et maintenant" de la séance vers ce qui se passe ou se passera à la maison. Chaque fois qu'une séquence d'interactions se présente en séance, il faut essayer de valider l'information reçue en demandant si la même chose se passe à la maison. Exemple : Père et mère discutent quelque chose entre eux ; deux enfants commencent à se disputer ; le père intervient, la mère critique le père et dysqualifie son intervention. Le sujet abordé auparavant entre les parents disparaît de la scène ! Est-ce que cela se produit aussi à la maison ? Souvent ? Plus maintenant qu'auparavant ? Peut-être que les enfants sentent que la tension entre les parents menace un certain équilibre et qu'en mettant fin à leur discussion par leur dispute, ils essayent de sauver l'unité de la famille ?

Enfin, le thérapeute doit se servir avec attention du matériel symbolique qui se présente en séance. Ainsi les dessins sont fort importants. Il faut veiller à ne pas faire d'interprétation sur le matériel mais aider les enfants à exprimer ce à quoi ils pensaient en dessinant.

Quelle est l'action derrière le dessin statique ? Souvent le dessin exprime, au niveau imaginaire, le vécu du moment de la séance ou une association avec ce qui se dit à ce moment-là en séance. Exemple : pendant une supervision sur le vif, le thérapeute aide les parents à explorer certains aspects de leur relation comme parents. A ce moment, l'enfant dessine deux maisons fort éloignées et continue à dessiner des chemins entre les maisons, ces chemins étant entre-coupés de barricades. Au fur et à mesure que le thérapeute progresse, les barricades sont contournées... c'est alors que le superviseur sait qu'il y a un travail constructif qui se fait entre les parents et le thérapeute, et que, même si au niveau logique il y a des lacunes, il ne doit pas intervenir dans le contenu de ce qui se passe. Au niveau analogique, les chemins s'ouvrent entre les deux maisons !

Cette importance du matériel symbolique est à souligner, surtout dans les familles à plaintes psychosomatiques. Le thérapeute devra faire un effort important pour ne pas laisser s'éteindre les petites flammes d'expression au niveau imaginaire.

En effet, nous retrouvons souvent dans ces cas la difficulté de s'exprimer au niveau des trois générations, soit au niveau de l'expression directe des sentiments vécus ou des désirs, soit au niveau d'une symbolisation. C'est là que le thérapeute fait un travail important : le jeune enfant est celui qui donne en premier lieu une réponse positive à cette occasion.

Les enfants tapageurs offrent d'autres possibilités. Ils obligent les parents à mettre des limites en séance et si les parents ne le font pas, le thérapeute doit s'interroger sur la motivation de la famille à continuer

le travail thérapeutique. Si les parents n'interviennent pas envers leurs enfants tapageurs, c'est que, peut-être, eux aussi ont avantage à ce que la thérapie ne progresse pas sur le sujet traité à ce moment là ! Le moment où le bruitage se produit doit être noté par le thérapeute. Souvent ce comportement est révélateur de ce qui se passe en séance et est un message indirect de la famille : une règle importante du système, non connue par le thérapeute à ce moment, est transgressée. Au thérapeute de la décoder ! ! !

Conclusions

L'idée centrale que nous avons donc développée dans notre atelier, est qu'il faut d'entrée de jeu faire participer les enfants, y compris les plus jeunes d'entr'eux, à la dynamique des séances.

Si dès la première séance, le thérapeute ne donne pas ce message, il "dit" qu'il considère l'apport des jeunes enfants comme sans importance : "simple bruitage", ou rôle passif. Il annule que cet apport a un sens plénier, et ne peut plus dès lors en décoder la signification.

Ce thème est fondé, de notre part, sur la thérapie en direct ou en supervision d'une soixantaine de familles sur une période de dix ans.

Signalons enfin qu'au cours de l'atelier, et selon la même thématique, des questions plus spécifiques ont été approfondies :

- 1) Comment structurer les séances quand il s'agit d'une famille dont les parents sont divorcés ;
- 2) la valeur du contrat dans les familles, illustrée par l'étude du travail fait avec des familles d'énurétique ou d'encoprésique ;
- 3) l'approche des familles avec interactions psychotiques.

Edith Tilmans Ostyn, Psychologue

chargée de clinique, formation et recherche

Centre de Guidance

Clos Chapelle aux Champs, U.C.L., Woluwé, Bruxelles

Directeur : Prof. Léon Cassiers

INSTITUT DE THERAPIE FAMILIALE ET PATHOLOGIE DE LA COMMUNICATION

Présidente : Alla DESTANDAU
Winter Palace
06500 MENTON
Tél. : (93) 35.87.50 – 35.81.84

Le centre propose d'organiser

- des groupes de couples
- des groupes de compréhension de soi
- des groupes de formation à la thérapie familiale
 1. — processus de base
 2. — exploration du couple et de la famille. Interventions sur la famille
 3. — reconduction. Mosaïque complète. Interventions sur la famille.
- des groupes de supervisions.

LE POINT DE REPERE

Groupe de Thérapie Familiale
8, rue des Volontaires
34000 MONTPELLIER

Equipe composée de psychiatres, psychologues, infirmiers et infirmières (D.E. et I.S.P.) intervenant également au Centre Hospitalier Spécialisé de la Colombière, avenue Ch. Flahaut à Montpellier.

Médecin responsable : Thierry CAZEJUST

PRINCIPES DE STRATEGIE DANS LA THERAPIE DE FAMILLE

Richard VAN DYCK

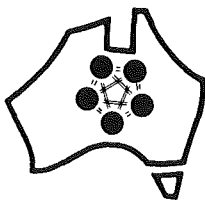
En thérapie de famille il ne suffit pas d'avoir de bonnes idées : il faut trouver le moyen de les exécuter et surtout, de mobiliser la coopération de la famille. Ces problèmes se posent surtout quand le thérapeute emploie une approche plutôt directive, dans le style d'auteurs comme Haley, Minuchin ou Watzlawick. Quand on vise à obtenir des changements dans les relations en donnant certaines tâches thérapeutiques à la famille, il est important, non seulement de savoir choisir ces tâches, mais aussi de donner à la famille de bonnes raisons pour les exécuter, de s'assurer que les tâches ne seront pas trop lourdes ou trop peu importantes, qu'elles sont données au bon moment et d'une façon qui tient compte de la structure de pouvoir et de la structure des générations dans la famille. Le thérapeute doit aussi stratégiquement tenir compte de sa propre situation : la thérapie se déroule-t-elle dans un milieu hospitalier, dans une autre organisation ou s'agit-il d'une pratique privée ? Dans la littérature on peut trouver des descriptions d'interventions paradoxales ou congruentes, d'instructions concrètes ou métaphoriques, d'injonctions directes ou indirectes. Les jeux de rôles nous donnent une occasion d'analyse et d'expérimentation de ces différentes stratégies et des situations où elles seront plus ou moins effectives.

Richard VAN DYCK

Psychiatrische Kliniek

Postbus 1251

2340 BG. Oegstgeest, Hollande



The Australian Journal of Family Therapy

P.O. Box 395, Tynite Street,
North Adelaide, South Australia 5006

Editor
Technical Editor
Book Review Editor

...
...
...

Mr. Michael White
Dr. Graham Martin
Dr. Brian Stagoll

EDITORIAL BOARD

Dr. Jeffrey Gerrard, Dr. Geoffrey Goding, Mr. Moshe Lang, Dr. Graham Martin,
Dr. Brian Stagoll, Mr. Michael White, Dr. Anne Williams, Dr. Eleanor Wertheim.

REPRESENTATIVES

Mr. Steve Biddulph, Tasmania ; Mr. John Brooking, South Australia ; Dr. Peter
Churven, New South Wales ; Mr. Moshe Lang, Victoria ; Dr. Martin Nothing,
Queensland.
Western Australia, Australian Capital Territory and New Zealand to be appointed.

----- ✂
I wish to subscribe to 'The Australian Journal of Family Therapy'.

Individual Subscription	\$18.00 per annum
Overseas Individual Subscription	\$22.00 per annum (\$Aust.)
Institutional Subscription	\$30.00 per annum
Overseas Institutional Subscription	\$34.00 per annum (\$Aust.)
Single copies	\$5.50

NAME
ADDRESS
..... Postcode

*Chèque No./Money Order enclosed : Payable to
'The Australian Journal of Family Therapy.'*

APPRENDRE A NEGOCIER DANS UN COUPLE : ENTRAINEMENT A LA DISPUTE CONSTRUCTIVE

A. VANSTEENWEGEN

INTRODUCTION :

La thérapie de couple future sera pragmatique

Tout d'abord, je voudrais mentionner quelques caractéristiques de cette thérapie de couple pragmatique.

Un premier point, à mon avis, est qu'on essaiera de plus en plus de *formuler les problèmes de la relation en termes d'apprentissage et d'entraînement*. La philosophie de base est qu'un homme ou un couple peuvent changer, qu'ils sont capables d'apprendre un autre comportement. Un couple peut apprendre une interaction différente, un autre jeu d'ensemble. Dans ce but, on utilise fréquemment ce que j'appelle des expériences imposées (des exercices et des tâches) qui prouvent au client, à partir de sa propre expérience vécue, qu'un changement est possible. De cette façon, on réduit l'influence de la propre préhistoire ou du choix de partenaire (il est certain que ces deux derniers facteurs sont importants, mais aussi qu'ils sont difficiles à changer !).

Un deuxième point typique de cette nouvelle thérapie de couple est qu'elle *sera orientée vers des résultats concrets et tangibles*. Considérer la psychothérapie comme une forme de traitement dont les résultats se situent à un niveau inaccessible, donc incontrôlable, serait illusoire. Par contre, ne devrions-nous pas affirmer que seul ce qui donne des résultats véritables, s'appelle psychothérapie ? Ceci implique que dans cette nouvelle thérapie, le client et le thérapeute sont à la recherche d'objectifs bien concrets. D'ailleurs, il est impossible dans une relation de tout changer en même temps. Ces objectifs seront formulés en accord avec les clients. Ce sont les clients qui apportent les problèmes auxquels il faudra remédier. Il est souvent inefficace de déclarer que ces problèmes ne sont que des symptômes d'une "maladie" de la personnalité. Une approche pragmatique est souvent suffisante. L'obtention de résultats concrets dans la thérapie de couple signifie une grande aide pour les partenaires. Bien qu'un thérapeute devine souvent qu'une certaine demande du couple en cache une autre, il prendra néanmoins la première demande au sérieux.

Une troisième caractéristique de cette nouvelle thérapie de couple est qu'elle va essayer d'obtenir *un changement à deux niveaux* : à un niveau comportemental et à un niveau cognitif. Dans ce but, on aura d'un côté recours à des exercices, des tâches, des entraînements planifiés, des jeux de rôles ; et de l'autre côté, à la persuasion, à une information, à l'utilisation de moyens plus didactiques tels que cours, films, bandes enregistrées, le vidéoscope.

1. Entraînement à la dispute constructive

La "dispute constructive" est une méthode de concertation structurée, par laquelle un partenaire exprime un problème spécifique ou un conflit devant l'autre partenaire.

Le but est d'aller au fond des choses afin d'obtenir une meilleure solution. La concertation n'a qu'un seul objet que les partenaires abordent à tour de rôle.

Nous allons décrire l'entraînement à la dispute constructive tel qu'il est pratiqué dans notre Centre de Communication pour Couples à Lovenjoel.

L'entraînement se fait à l'intérieur d'un petit groupe de quatre à cinq couples. Un couple est "en dispute" tandis que les autres couples apprennent par l'observation.

Regardons les différentes étapes :

1.1. Première étape : la préparation :

(A est le partenaire qui a quelque chose sur le cœur. B est l'autre partenaire). On demande à A de bien réfléchir à sa plainte. En même temps, il doit examiner l'importance de ce point pour lui et quel changement concret il va demander.

Cette préparation est très importante parce que, dans une relation, beaucoup de partenaires entament la discussion d'un conflit sans savoir exactement ce qui les dérange ou ce qu'ils désirent vraiment.

C'est le thérapeute qui accompagne A dans cette phase. A doit vérifier s'il est prêt à la dispute tout en respectant les règles de la méthode que l'on pourrait résumer de la façon suivante :

- A doit avancer une plainte spécifique.
- A et B doivent accepter un compromis. Il ne sera pas question d'un gagnant, car comme dirait G. Bach : "si l'un des partenaires est gagnant, la relation est perdante".

- A et B formulent une demande qui est discutable et non pas une exigence radicale.
- A et B respectent les règles d'une bonne communication.
- A et B font attention à ne pas céder trop vite.

Règles d'une bonne communication

- ne pas lire les pensées d'autrui.
- ne pas poser des questions qui n'en sont pas.
- parler pour soi.
- dire ce qu'on ressent sans raisonnement dans le vague.
- rester dans le présent.

Quand A a terminé sa préparation il demande un rendez-vous à B pour entrer en dispute au sujet du thème qui dérange A. Cette demande n'a rien d'une formalité. Si les deux sont d'accord pour la dispute, cela signifie qu'ils sont prêts à chercher un changement, qu'ils estiment qu'il y a moyen de parler du thème et qu'ils veulent chercher un meilleur compromis.

1.2. Deuxième étape : la dispute même

Cette deuxième étape est divisée en plusieurs stades.

1.2.1. Premier stade

Toute l'attention est centrée autour de A.

1°. En premier lieu A doit expliquer sa plainte.

2°. En deuxième lieu il doit essayer de représenter quelle est l'importance du thème pour lui.

3°. Ensuite A demande le changement concret qu'il désire.

A reçoit l'instruction de ne pas tenir compte de ce qu'il attend comme réaction de la part de B.

Exemple schématique : (le cas d'un couple dont A n'aime pas commencer la journée sans radio).

1. *Plainte :* "Cela m'irrite que chaque matin quand tu descends, tu éteignes la radio."

2. *Importance* : “J’aime beaucoup écouter la radio le matin. Cela me fait plaisir. Au travail on parle de ce programme et je voudrais pouvoir en parler également, sinon je me sens isolé. En plus c’est un programme plein de choses intéressantes.”

3. *Demande* : “Dans l’avenir j’aimerais écouter ce programme jusqu’au moment de partir au travail.”

A parle seulement pour lui seul et il demande ce qu’il veut exactement. B écoute attentivement et il doit s’identifier à A. B fait une paraphrase de ce que A a dit, il répète le message de A tel qu’il l’a compris, mais dans ses propres mots. Une paraphrase commence généralement ainsi : “si j’ai bien compris, tu veux dire que . . .” A contrôle cette paraphrase jusqu’au moment où il estime que B a exactement traduit de qu’il voulait dire.

1.2.2. *Deuxième stade*

C’est B qui a la parole maintenant. On lui accorde un temps pour réfléchir au thème. Eventuellement il peut discuter avec le thérapeute de ce qu’il voudrait dans cette affaire. Par la suite il doit expliquer son point de vue, sans tenir compte de ce que A lui a demandé dans le premier tour. A fait une paraphrase de B. B contrôle la paraphrase de A. Il explique l’importance du sujet pour lui et ce qu’il désire vraiment.

Exemple schématique :

1. *Plainte* : “Le matin la radio me dérange beaucoup.”

2. *Importance* : “Cela me rend nerveux. J’aime bien commencer la journée en toute tranquillité, sans beaucoup de bruit. Je me sens plus calme quand je m’éveille en douceur.”

3. *Demande* : “Je voudrais éteindre la radio quand je descends le matin.”

1.2.3. *Les stades suivants :*

Dans un troisième stade, A explique à nouveau son point de vue *tenant compte* de ce que B a dit mais sans céder trop vite. Il peut éventuellement éclaircir son point de vue par rapport aux souhaits de B. B fait une paraphrase. A en fait le contrôle.

Dans le quatrième stade B réexplique son point de vue, *tenant compte* pour la première fois de l’information reçue de A au cours des tours précédents. A paraphrase. B contrôle. On continue de cette façon jusqu’au moment où l’on a trouvé un compromis satisfaisant.

Si on élabore bien les deux premiers stades, les autres se dérouleront facilement. Le fait qu'un point de vue bien clairement expliqué de la part des deux partenaires peut faciliter le compromis, pourrait peut-être sembler paradoxal.

Ces premiers stades de la première dispute peuvent durer une à deux heures. La séance entière dure trois à quatre heures.

Même si à la fin on n'est pas arrivé à un point de vue commun, cela n'empêche nullement une meilleure compréhension de qui est l'autre.

A chaque fois on s'étonne de constater la façon dont les partenaires découvrent par la dispute, un tas de choses inconnues de l'autre, bien qu'ils se connaissent et qu'ils vivent ensemble depuis bien longtemps.

Grâce à l'échange sur l'importance du thème pour soi, chaque partenaire constate que l'intimité est devenue plus profonde au travers de la dispute.

Vers la fin, les stades durent moins longtemps et ils se succèdent plus rapidement.

La paraphrase reste nécessaire parce qu'elle évite les modèles d'interaction vicieux qui surgissent dans une discussion spontanée.

1.3. Troisième étape : la conclusion

Cela pourrait être utile que les deux partenaires fassent un résumé des points d'accord au cours de la dispute. Ils peuvent conclure par un accord concret. Ils peuvent trouver un compromis dans la fréquence d'une activité, dans un système de tour de rôle.

L'expérience nous apprend qu'il est important de noter un accord concret. Il est souhaitable de soumettre l'accord à une période d'essai, de réviser l'accord afin d'y faire une correction éventuelle.

Il est également possible que la dispute se termine par un contrat entre les deux partenaires, par exemple : B veut apprendre un autre comportement avec l'aide de A.

Si on n'arrive pas à une solution du conflit, on arrête la dispute constructive, éventuellement après avoir examiné quand on pourrait reprendre le thème.

Au cours du dialogue d'autres thèmes peuvent apparaître dont plus tard on pourra discuter constructivement.

Il vaut mieux parfois diviser la plainte et l'entamer en plusieurs disputes constructives.

Par exemple : le conflit concernant des visites d'amis est divisé en une dispute au sujet "des invitations des amis", une autre dispute concernant "le comportement de B lors d'une visite", et une troisième dispute au sujet "des vêtements de B à l'occasion d'une visite."

A titre de conclusion les deux partenaires vérifient comment la dispute constructive s'est déroulée formellement et ils en examinent le contenu et ce qu'il leur a appris l'un de l'autre. Est-ce que la relation y a gagné ? Ils peuvent discuter l'ensemble avec le thérapeute.

Les couples disposent d'une bande enregistrée de leur dispute. De cette manière, ils ont l'occasion de l'approfondir. Parfois le thérapeute en profite pour démontrer certaines choses.

2. Le rôle du thérapeute

2.1. La première tâche du thérapeute est d'être attentif aux règles auxquelles les partenaires se sont soumis quand ils ont commencé la dispute constructive.

Il se place en première instance au niveau de *la forme*. Il indique les fautes qui sont commises et il les corrige. De temps à autre il impose une pause pour réfléchir. Par expérience personnelle, nous prêtons particulièrement attention à la spécificité du thème et à la paraphrase des sentiments. (Très souvent on comprend le raisonnement sans comprendre les sentiments sous-jacents.)

La bande enregistrée permet au thérapeute d'illustrer ce qu'il faut apprendre. Cela lui permet également d'apporter une meilleure compréhension de la communication réciproque pour les partenaires.

Il peut démontrer comment on peut glisser d'une dispute honnête vers une escalade amère. Grâce à la bande, il peut répéter les modèles d'interaction qui ont eu lieu.

2.2. Par rapport au *contenu*, le thérapeute joue également un rôle : il peut aider à traduire le problème en termes neutres et pragmatiques. Cela est possible avec la conception territoriale de Bakker. A qui appartient le terrain dont il est question ? A qui est le problème ?

Le thérapeute veille à ce qu'on ne fasse pas trop vite des concessions. Il aide les partenaires à formuler leurs sentiments profonds.

2.3. Le thérapeute ne prend pas de décisions à la place du couple en dispute. Il n'impose pas non plus sa propre opinion. Il aide les partenaires à obtenir ce que chacun veut pour soi et pour l'autre.

2.4. Ensuite le thérapeute discute de leur expérience avec tous les participants. Est-ce que la dispute était pénible ? Est-ce qu'ils ont appris quelque chose de l'autre ? Est-ce qu'ils se sentent plus proche ou plus loin de l'autre ?

3. Quelques exemples de la pratique :

(les noms et les thèmes ont été changés)

Extrait 1 : Luc et Anne

Thème : tondre le gazon

Fin du premier stade.

A = Anne

B = Luc

T = thérapeute.

A : Je voudrais diviser la demande en trois : soit tu prends tout le travail pour toi, soit tu veux le partager comme aujourd'hui, mais dans ces conditions, je te demanderai de le faire en semaine, ou je te demande si je te vole quelque chose si je le fais toute seule ? Il y a donc trois possibilités, donc trois demandes.

B : Tu dis qu'il y a trois possibilités : d'abord si tu le fais seule, tu le fais quand tu en as envie ; ensuite, je le fais tout seul ; ou encore nous le faisons ensemble, mais alors, il faudrait choisir un autre moment, c'est cela donc ?

A : Oui, c'est ça.

T : Ceci est la fin de ton premier stade ?

A : Oui.

T : As-tu l'impression que tu as pu faire comprendre ce que tu voulais ?

A : Je le pense bien.

T (à B) : L'as-tu compris ?

B : Je crois que oui (il ricane)

T : Si je réfléchis un peu, je dois avouer que je ne vois pas très bien ce que tu veux. Que veux-tu exactement ? Au départ, il y avait une seule demande, maintenant il y en a trois. Je ne sais toujours pas laquelle tu préfères.

B : C'est vrai ce que tu dis. (Il continue à ricaner) C'est ainsi.

T : Tu n'as donc pas réussi à faire comprendre à ton partenaire que pour toi c'est très dur de le faire pendant le week-end. Par exemple, tu n'as pas dit : "Je trouve cela très fatigant et trop fatigant pour un

week-end". Dans une dispute il s'agit avant tout de dire : "comment moi je le ressens", cela est très important.

A : J'aimerais que dans l'avenir tu t'occupes du gazon et que tu le fasses en semaine, et seul, et au moins une fois par semaine.

Commentaire :

T a aidé A à découvrir ce qu'elle veut réellement. Elle avait proposé les trois possibilités par pure prudence. Cela mène à une question spécifique qui peut entraîner une réaction beaucoup plus claire que la formule très vague du début.

Extrait 2 : (Luc et Anne)

Deuxième stade

B : Quant au gazon, cela ne me fait rien si je ne dois pas le faire. Dans ce cas-là, je préfère ne rien demander. Si par contre je dois le faire en semaine, il se pourrait que je ne fasse pas assez attention au jardin pour pouvoir juger s'il faut couper le gazon. Dans ce cas-là, c'est toi qui devrais me le rappeler.

A : Au fond ça t'est égal de couper le gazon ? Tu préfères ne pas le faire, mais si je te demande de continuer à le faire, je devrai te faire signe quand c'est nécessaire.

B : Non. Si c'est toi qui le fais, je ne m'en ferai pas, je ne me sentirai pas non plus restreint dans mes sentiments pour la nature.

T : Veux-tu parler seulement pour toi ? Sans tenir compte de ce que ton partenaire vient de dire ? Si cela dépendait de toi, comment ferais-tu concernant cette affaire de gazon ?

B : Ce que je préférerais c'est pouvoir laisser tomber cette tâche.

Commentaire :

L'intervention de T aboutit à ce que B abandonne cette façon détournée de faire connaître ses désirs et qu'il explique son point de vue sans tenir compte de A. B essaie de détourner le problème vers A en lui laissant l'initiative.

4. Indication

Cette méthode se révèle utile aux couples qui ont des problèmes relationnels, comme une aliénation ou des disputes très fréquentes.

D'après Engel (1973) cette méthode est également indiquée pour des couples qui ont des problèmes chroniques de violence physique. Les problèmes qui forment la base de la dispute peuvent être très divers : ils peuvent aller d'un détail qui revient constamment dans la vie quotidienne jusqu'à l'élaboration d'un divorce.

L'important est qu'il soit toujours question de problèmes qui existent réellement dans la relation.

Une décharge émotionnelle est souvent nécessaire avant de pouvoir commencer la dispute.

Cette technique n'est pas indiquée dans une discussion au sujet des conditions de base d'une relation parce que, dans ce cas, les compromis ne sont pas souhaitables. Elle n'est pas indiquée non plus dans le cas où les partenaires sont très faibles et se sentent obligés de céder à la moindre demande.

Dans une thérapie ambulatoire de longue durée, la dispute constructive peut former le point de départ grâce auquel d'autres attitudes plus profondes vont surgir dans la relation.

Si un couple se sent satisfait d'un certain compromis, cela peut occasionner un processus de changement plus profond.

La dispute constructive est souvent un moyen de regarder la problématique fondamentale de la relation en miniature. Il est possible que la structure de la dispute dans une session thérapeutique facilite un approfondissement.

Pour quels couples et avec quels problèmes cela est-il le plus indiqué ?

La dispute constructive nous semble la plus indiquée pour des couples qui ont des troubles relationnels graves, à condition que les deux partenaires aient le même but (ne fût-ce que se quitter de façon humaine).

Les problèmes les plus aptes à être élucidés par cette méthode sont des conflits concrets, éventuellement chroniques, auxquels les deux partenaires veulent changer quelque chose.

5. Conclusions

A titre de conclusion nous pouvons dire qu'il s'agit d'une méthode thérapeutique efficace pour traiter les conflits relationnels dans le couple. La recette semble très facile, cependant une bonne expérience est nécessaire si on veut l'appliquer avec succès.

La dispute constructive honnête (fair fight-training) répond à quatre dimensions de thérapie de couple qui sont très importantes.

5.1. Rompre les cercles vicieux

Quand on divise le dialogue en plusieurs stades, les interactions enracinées entre les partenaires deviennent impossibles. Les interactions ne peuvent pas fonctionner automatiquement. La chaîne de communication est divisée en parties manipulables. On évite une escalade parce que chaque partenaire parle à tour de rôle et parce qu'il doit paraphraser avant de répondre. On élimine les redéfinitions mutuelles, ce qui est important car les mythes relationnels ne sont plus soutenus.

5.2. Exercer les nouveaux modèles d'interaction

Il est clair que cette méthode apprend comment échanger ses souhaits et non seulement ses sentiments. On se trouve dans une position structurée équivalente. En expliquant l'importance au cours des premiers stades, on découvre pour la première fois depuis longtemps, du nouveau chez son partenaire.

Par les instructions et par la structure de la dispute, on apprend à se faire valoir. On apprend à faire des compromis. Par la confrontation avec le partenaire on apprend à relativiser ses propres souhaits.

Ce processus est stimulé par une familiarisation profonde avec les valeurs et les sentiments du partenaire. Et en plus les règles du jeu nécessitent moins de réactions d'insécurité ou de faiblesse.

5.3. L'individualisation des partenaires

Placer chaque partenaire au centre de l'attention était une idée géniale (du point de vue thérapeutique) de Bach.

Les partenaires doivent apprendre à réfléchir et à parler en tant qu'individu. On n'est plus la prolongation de l'autre. Il est évident dans cette méthode que les souhaits de A sont différents des souhaits de B. Il s'agit donc de différencier. Parfois les partenaires collent l'un à l'autre.

Dans cette technique on leur permet de venir seulement avec leur propre souhait.

5.4. Ouvrir la communication

Suivant sans arrêt les règles d'une communication claire, les partenaires ressentent le plaisir d'une communication ouverte. On les aide à

être congruents. On résoud les paradoxes. On fait oublier de lire dans la pensée de l'autre. On apprend à pratiquer l'emphathie critique.

A. Vansteenwegen

Psychothérapeute de Couples

Slijkstraat 5

3041 Pellenberg (Belgique)

BIBLIOGRAPHIE

1. BACH, G. & WYDEN, P. *L'ennemi intime*. Paris, Buchet-Chastel, 1970.
2. BAKKER, C.B. & BAKKER-RABDAU, M.K., *No trespassing. Explorations in Human Territoriality*. San Francisco : Shandler & Sharp, 1973.
(*Verboden Toegang*, Anvers/Amsterdam : De Nederlandse Boekhandel, 1974).
3. ENGEL, L.B., Perceived effects of Fair Fight Training, *Diss. Abstr. Int*, 1973, 5510).
4. VANSTEENWEGEN, A. Gevechtstraining in echtpaartherapie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1976, 2, 30-39.

10èmes RENCONTRES INTERNATIONALES BALINT

FORMATION PSYCHOLOGIQUE DU MEDECIN

25-28 mars 1982, Ascona

sous l'égide des sociétés française, italienne, autrichienne, japonaise et suisse de médecine psychosomatique, du Collège allemand de médecine psychosomatique et de la Fédération internationale Balint.

Présidence d'honneur : Mme Enid Balint, Londres

Thème : LE MALADE, LE MEDECIN ET LA FAMILLE

Information :

Prof. Dr. méd. B. Luban-Plozza
Piazza Fontana Pedrazzini
CH-6600 Locarno

HOPITAL DE JOUR ET THERAPIE FAMILIALE

D. MASSON

Introduction

Notre hôpital de jour est un lieu de traitement psychiatrique pour des patients tout-venant, adressés dans 95 % des cas par des tiers avec des diagnostics s'étendant de la névrose de caractère serrée vers le pôle psychotique. Ces derniers représentent plus de 50 % des patients admis à l'hôpital de jour. Ce sont le plus souvent des cas lourds, déjà multi-traités, voire multi-institutionnalisés, installés dans leur pathologie dans un équilibre plus ou moins stable avec leur environnement. Rares sont les patients qui nous arrivent avec une demande explicite de thérapie de famille. D'ailleurs, pour un grand nombre de nos patients, une thérapie de famille n'entre pas en ligne de compte, soit parce qu'il n'y a pas de famille, soit parce que nous n'en voyons pas l'indication.

L'hôpital de jour correspond à une petite unité de traitement de 15 à 20 places par jour, rattachée à l'Institut universitaire d'hygiène mentale de Lausanne. Il reçoit des patients de toutes classes sociales, qui sont adressés pour la plus grande part par d'autres institutions psychiatriques. Dans un haut pourcentage de cas, les patients sont adressés pour échec ou stagnation d'un traitement ambulatoire ou en raison d'une situation de crise soit entre le médecin et le patient — facteur à nos yeux très important à évaluer, capital dans la compréhension et la formulation du problème actuel (5;11) — ou d'une crise existentielle chez le patient et son environnement. Nous commençons également à recevoir des patients ayant déjà eu un traitement de famille, sans résultat.

L'enseignement en thérapie de famille est donné sur place par la vision commentée d'enregistrements vidéo deux heures par semaine, des jeux de rôle, les synthèses de cas deux heures par semaine. Cet enseignement complète la pratique de la thérapie. L'équipement pour les thérapies de famille comporte un miroir sans tain et une vidéo en circuit fermé. Il existe la possibilité, pour les membres de l'équipe soignante, de suivre une formation en thérapie de famille ailleurs dans un centre de formation.

Il y a huit ans, nous avons progressivement introduit la thérapie de famille à l'hôpital de jour. Nous étions en effet trop souvent confrontés à des échecs thérapeutiques répétés ou à des situations dans lesquelles

nous ne pouvions, en utilisant l'approche individuelle traditionnelle, que faire "plus de la même chose" avec les patients qui nous étaient confiés. Le changement d'hôte du symptôme à l'intérieur d'une famille était un autre phénomène qui nous avait beaucoup frappés. Confrontée à trop d'impuissance thérapeutique, l'équipe soignante était fréquemment découragée, déprimée, perdait l'estime d'elle-même et la confiance dans ses capacités thérapeutiques, ce qui la rendait progressivement inefficace et dysfonctionnelle, avec une nette accentuation des conflits épuisants à l'intérieur de l'équipe. L'introduction de la thérapie de famille a eu un double effet. D'une part, nous apprenions à utiliser une nouvelle approche thérapeutique plus prometteuse pour certains patients et leur famille gravement dysfonctionnels adressés au Centre. D'autre part, nous avons appris à nous familiariser avec la référence systémique, référence théorique qui a modifié notre compréhension des phénomènes psychopathologiques d'une part et d'autre part celle de notre propre fonctionnement en tant qu'équipe/système thérapeutique. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Vu la disparité des situations auxquelles nous avons affaire, nous avons trouvé utile de pratiquer un certain éclectisme et de nous référer, en fonction des situations auxquelles nous sommes confrontés, à l'un ou l'autre des modèles de conceptualisation et de technique d'intervention proposés par les différents auteurs tels que Selvini (10), Minuchin (9), Boszormenyi-Nagy (2), Bowen (3), Stierlin (15).

Quelques effets provoqués par l'introduction de la thérapie de famille à l'hôpital de jour

Nous n'allons pas maintenant traiter de l'aspect technique du déroulement des thérapies de famille. Nous avons relaté ailleurs de tels traitements conduits à l'hôpital de jour (6,7,8). Nous aimerions plutôt énumérer quelques effets produits sur notre manière de fonctionner par l'introduction de la référence systémique dans notre travail, d'une part au niveau du fonctionnement de l'équipe soignante, d'autre part au niveau de la compréhension de certains phénomènes inter-institutionnels et enfin l'utilisation de certaines notions issues de la thérapie de famille au cours d'activités thérapeutiques telles que réunions de groupes à l'hôpital de jour.

1. Au niveau de l'équipe soignante :

a) Par rapport aux patients et leur famille : il est fréquent que l'équipe soignante se comporte et agisse à la place des parents de patients, soit en répétant leurs attitudes et comportements, soit en cherchant à compenser ce qu'elle considère comme manque de la part

des parents du patient. L'équipe soignante adopte alors dans ce dernier cas des attitudes correspondant à ce qu'elle imagine être celles de bons parents pour un patient donné. Les membres de l'équipe soignante blâment ainsi implicitement les parents pour la maladie, les symptômes du patient et se mettent en compétition stérile avec eux. C'est une des raisons, à notre avis, qui éloigne certains parents du contact avec l'équipe soignante.

En référence individuelle, les commentaires qui pouvaient être faits lors d'une réunion d'équipe au sujet d'une telle situation étaient toujours moralisants et en fin de compte désécurisants et peu utiles pour les membres de l'équipe soignante. Par exemple, un commentaire pouvait être : "Tu t'identifies trop à ce patient et tu perds ta position thérapeutique. Peut-être cela touche quelque chose en toi de tes problèmes personnels. Réfléchis à ce point, c'est déjà arrivé et tâche de trouver la bonne distance avec le patient." La réponse à de tels commentaires se lit sur les visages, à ce moment sérieux et généralement peu mobiles, avec l'expression d'un léger étonnement associé à celle d'une humble culpabilité accompagnée éventuellement d'un rougissement et d'un zeste de révolte. Non pas que nous pensions les problèmes personnels insignifiants, mais les aborder ainsi ou de façon analogue est à notre avis totalement stérile.

La compréhension transactionnelle (implicite en référence systémique) permet d'élaborer avec l'équipe soignante des explications beaucoup plus acceptables et moins blessantes. Pour l'exemple cité : "En te comportant de la sorte, tu te mets en symétrie avec les parents. Nous pouvons prévoir ainsi une escalade impliquant le risque d'une rupture. Réfléchissons quelles modifications de comportement seraient utiles de notre part et de la tienne pour rompre ce cercle vicieux relationnel." Ce type de commentaire invite plutôt au dialogue et à une activité créatrice dans le sens d'un travail concret sur son propre comportement (parfois avec effet sur le problème personnel) et permet l'élaboration de tactiques et de stratégies.

La compréhension systémique a d'autre part progressivement permis à l'équipe soignante de changer d'attitude face au patient désigné et face à sa famille, dans le sens d'une plus grande liberté et tranquillité, lorsqu'il devient clair que le patient n'était ni bourreau, ni victime, mais partie prenante dans un système transactionnel plus complexe. Pour l'équipe soignante, le problème n'est plus de changer, voire guérir le patient désigné, mais plutôt de savoir à quel niveau du système relationnel du patient il était utile d'intervenir pour tenter de rendre ce système relationnel fonctionnel, — qu'il s'agisse du système famille restreint ou du système thérapeutique — permettant éventuellement aux différents membres de ce système une reprise évolutive.

b) Fonctionnement de l'équipe soignante : l'équipe soignante, comme un groupe naturel avec histoire, tend à créer ses propres règles de fonctionnement et à s'installer dans un équilibre homéostatique qu'elle essaiera de préserver des perturbations possibles. La compréhension systémique des mouvements à l'intérieur de l'équipe soignante nous a à plusieurs reprises permis de faire l'économie de la désignation d'un bouc émissaire responsable des difficultés rencontrées au sein de l'équipe soignante (mais pas chaque fois !). La technique du bouc émissaire est, comme vous le savez, stérile et d'essence morphostatique.

Un autre phénomène que nous avons souvent observé est un changement de but ou selon Selvini (14) un changement de contexte. Au lieu que l'équipe soignante se mette au service des traitements, au service des patients (définition première de la relation, du contexte), elle se met au service de sa propre homéostasie et devient ainsi anti-thérapeutique. Bateson, Don Jackson, Haley et Weackland, dans leur article "Toward a theory of schizophrenia" (1) avaient déjà rendu attentif à la possible existence de tels phénomènes en milieu hospitalier. Cliniquement, on observe un isolement de l'équipe soignante, une fermeture par rapport à de nouveaux contacts (collègues, patients et leur famille), une étonnante immobilité relationnelle dans la vie quotidienne du Centre, l'inclusion de certains patients, l'exclusion d'autres. En outre, on note l'apparition de coalitions à tendance rigide, coalitions non repérées entre un patient et un ou plusieurs membres de l'équipe ou entre membres de l'équipe (exemple : naissance d'une amitié intense et exclusive entre certains membres de l'équipe soignante) et de conflits de toute sorte, apparemment inépuisables. Les événements liés à ce renforcement homéostatique de l'équipe soignante peuvent être des événements extérieurs ou intérieurs à l'équipe tels que problèmes de pouvoir apparent et pouvoir caché, règles et attitudes confuses pour certaines situations.

2. Contexte institutionnel :

Aucune organisation ne peut fonctionner comme un système clos indépendant de son environnement, de son contexte, avec lequel il existe un échange métabolique constant, plus ou moins fonctionnel. Obligatoirement, l'hôpital de jour fait partie d'autres systèmes dont les relations tendent à s'organiser sur un mode hiérarchique. Dans cette perspective, l'hôpital de jour peut être considéré comme un sous-système d'un système thérapeutique plus complexe. Des conflits de hiérarchie à ce niveau, des définitions de relations peu claires entre les différents systèmes thérapeutiques impliqués dans une situation, peu-

vent créer au sein de l'équipe de l'hôpital de jour une confusion et un dysfonctionnement du type évoqué plus haut.

A Lausanne, les institutions psychiatriques dépendent pratiquement toutes de l'Etat, mis à part les médecins psychiatres installés et couvrent les besoins d'une population de 210 000 habitants environ. La fonction de ces différentes institutions est double : d'une part assurer les soins psychiatriques à la population, d'autre part assurer une formation, notamment de spécialisation en psychiatrie, pour les médecins.

Schématiquement, ces institutions sont structurées de la façon suivante : le Département de psychiatrie de l'Université constitué par : la Clinique psychiatrique universitaire, la Clinique de géro-psychoiatrie et l'Institut universitaire d'hygiène mentale.

La Clinique psychiatrique comprend les divisions d'admission et de soins, un Centre d'étude de la famille, un hôpital de jour, un office de réadaptation, un service de placement familial et divers foyers.

Le service de géro-psychoiatrie comprend la Clinique de géro-psychoiatrie, un hôpital de jour géro-psychoiatrique, une consultation géro-psychoiatrique.

L'Institut universitaire d'hygiène mentale se compose de la Polyclinique psychiatrique universitaire, du Service universitaire de pédopsychiatrie, du Centre de recherche et du Centre de traitement psychiatrique de jour.

La Polyclinique psychiatrique universitaire est un service de consultation et de traitement avant tout psychothérapique. De la Polyclinique dépend le Centre psycho-social, orienté vers la psychiatrie sociale et comprenant une équipe de soins à domicile, une clinique pour alcooliques, une équipe d'intervention d'urgence, un centre de loisirs. De la Polyclinique dépend encore le Centre de psychologie médicale au Centre hospitalier universitaire vaudois et une Unité de consultation sexologique.

Le Service universitaire de pédopsychiatrie comprend deux consultations de guidance infantile, une Unité de prévention et de thérapie de famille, un Centre de déficience mentale, un Centre de consultation et d'hospitalisation pour adolescents, un hôpital de jour pour enfants.

Pour compléter ce réseau institutionnel, nous dénombrons encore trente-deux psychiatres et psychothérapeutes installés en privé, plus une dizaine de psychanalystes non médecins.

Ce sont donc ces trois grands systèmes Clinique psychiatrique — Institut universitaire d'hygiène mentale — psychiatres installés, composés eux-mêmes d'un grand nombre de sous-systèmes, qui constituent le système thérapeutique de notre région. C'est à l'intérieur de ce système que certains patients vont "voyager" et franchir avec plus ou moins de dommages ou de bonheur les lézardes ou les crevasses conflictuelles qui

sillonnent inévitablement un si grand système thérapeutique. Ces conflits, ouverts ou larvés, peuvent être des conflits de rivalité de territoire, de pouvoir, mais aussi de conception dans l'approche thérapeutique.

Ce contexte institutionnel est compliqué et nécessite de notre part une analyse serrée du réseau thérapeutique dans lequel sont déjà insérés les patients qui nous sont adressés. Cette analyse du contexte thérapeutique a pour but d'éviter des malentendus, des courts-circuits ou encore des coalitions liées à des conflits de rivalité et de pouvoir et dont les patients et leur famille font en général les frais. Cette analyse n'a pas pour but de chercher à modifier ce grand système thérapeutique, mais bien plus de permettre de nous situer, lors de chaque demande d'admission au Centre de jour, par rapport à ce vaste contexte pour cette situation donnée, de nous faciliter la définition de la relation qui nous lie à nos différents partenaires. Connaître avec autant de précision que possible notre position est d'autant plus nécessaire que les patients qui nous sont adressés ont souvent déjà établi des liens privilégiés significatifs, qui peuvent être ouverts ou cachés, avec des thérapeutes ou des personnes d'autres institutions, liens qui peuvent remplir diverses fonctions d'équilibre. S'ils demeurent cachés, la loyauté qu'impliquent ces liens significatifs peut biaiser toutes les relations établies au Centre de jour, empêcher une véritable relation thérapeutique, de même que la mise en route d'un traitement de famille ou autre. En outre, dans ce contexte institutionnel, il n'est pas rare que nous admettions à l'hôpital de jour un patient ou une patiente dont un ou plusieurs membres de la famille sont déjà en traitement psychiatrique avec des thérapeutes différents et naturellement sans contact les uns avec les autres. Une telle constellation peut bloquer toute entreprise thérapeutique. De manière assez caractéristique, il existe autour de ces familles un réseau d'intervenants "satellisés" (psychiatres, psychothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, hôpitaux) qui tous se préoccupent d'un secteur isolé de la problématique du patient et de sa famille. Le risque pour nous c'est simplement de jouer le rôle d'un satellite "de plus". Le problème c'est de trouver l'alternative possible.

Face à ces situations, il est nécessaire de procéder à un examen minutieux de l'organisation relationnelle de tout le réseau thérapeutique, de repérer les modes relationnels figés et dysfonctionnels et de tenter une synthèse "métacomcommunicative" avec toutes les personnes, soignants et soignés, impliquées dans la situation. Cette synthèse se fait fréquemment en plusieurs étapes, par exemple en réunissant d'abord tous les intervenants afin d'établir un consensus quant à la compréhension de la situation et quant aux buts poursuivis par l'hospitalisation du patient à l'hôpital de jour. Lors de ces réunions, nous essayons égale-

ment d'obtenir une réduction du nombre des intervenants et d'établir un accord quant à la fonction de chacun d'eux. Nous nous assurons enfin que ce système thérapeutique émergent possède un langage commun ainsi qu'une cohésion suffisante pour être opérationnel.

Cet examen minutieux trouve un outil théorique utile dans la théorie des triangles et des triangulations élaborée par Bowen (3) d'une part et la théorie du triangle pervers élaborée par Haley (4) d'autre part. En outre Selvini, dans son livre *Le magicien sans magie* (12) ainsi que dans son article "Les pièges institutionnels" (13), donne des indications précieuses quant aux écueils évitables. Selon ces auteurs, le fonctionnement dyadique n'est pas stable, étant impliqué un troisième, troisième qui, selon l'état de la relation entre les deux premiers, occupe une position d'outsider, ce qui correspond à une relation calme ; ou bien il est sollicité d'entrer activement dans la relation entre les deux autres protagonistes, ceci généralement pour y prendre parti, ce qui correspond à une relation en crise. Cette situation est classique dans le triangle père-mère-enfant. Mais la crise peut également apparaître entre le patient et son thérapeute qui alors peut faire appel à un tiers, par exemple un superviseur ou un travailleur social ; lors d'une nouvelle crise, un nouvel intervenant est sollicité et ainsi de suite jusqu'à l'hôpital de jour ou la Clinique psychiatrique. Selvini fait justement remarquer que la demande d'intervention correspond très souvent à une offre de coalition de la part du perdant. Dans ce cas, une grande prudence est de rigueur de la part du sollicité pour ne pas tomber dans le piège d'une coalition d'emblée stérile.

De façon générale, cette multiplicité d'intervenants se rencontre fréquemment pour des systèmes qui cherchent à combattre l'accroissement de la tension émotionnelle à l'intérieur du système par des appels à des tiers qu'ils cherchent à trianguler, à impliquer. Un système thérapeutique large, comme celui dont nous faisons partie, peut donc être décrit comme une série de triangles emboîtés les uns dans les autres, pouvant être fonctionnels ou pouvant au contraire être pris dans une organisation rigide et dysfonctionnelle. La dysfonctionnalité se signe pour nous par des échanges insuffisants avec nos partenaires thérapeutiques, la dépression des thérapeutes concernés et par des conflits larvés ou ouverts entre les thérapeutes antérieurs et le Centre de jour, conflits qui viennent au premier plan, au détriment de la tâche et dont, par conséquent, le patient peut faire les frais.

3. En dehors des situations de thérapie familiale proprement dites, la référence à divers modèles d'inspiration systémique nous a également été utile dans des situations où la thérapie de famille, dans le sens strict, n'était pas, pour une raison ou une autre, possible. Ainsi dans les

situations dans lesquelles nous repérons des ruptures brutales entre membres de la famille (cut off). Ceci vaut surtout pour des ruptures entre de jeunes adultes et leurs parents. Nous cherchons dans ces cas, parfois au prix d'un long travail de motivation, à dégeler ces relations anachroniques et figées, en provoquant des rencontres et des réajustements relationnels.

Voici le récit retranscrit d'une séance de groupe où il s'agissait de motiver un patient âgé de 30 ans d'aller rencontrer ses parents qu'il n'avait pas revus depuis l'âge de vingt-trois ans, par le récit d'un autre patient qui avait rétabli une relation avec son père pendant son séjour au Centre, séjour qui avait été motivé par une décompensation dépressive six mois après la naissance de son premier fils. (Retranscription d'un tape).

Thérapeute (M. Denis Krohner) : "on va demander à Robert, et je ne crois pas que c'est trahir un secret. Il a été trouver son père il y a quelque temps." (S'adressant à Robert) "Paul pense que c'est important d'aller trouver son père mais n'ose pas ; il trouve que c'est trop difficile. Tu pourrais peut-être lui dire comment ça c'est passé pour toi ? "

Robert : "C'est-à-dire moi et mon père on n'a jamais pu se parler, au mieux on se crochait, il m'engueulait. Jamais de discussion. Jamais de dialogue. Le fait de venir au Centre, c'était encore pire. Quand je vais voir mes parents, on ne s'accroche même plus. J'ai pris le taureau par les cornes — on m'a aidé ici — pour l'amener à avoir une discussion. C'est ce que je voulais faire quand j'avais ces maux de tête. Je me demandais ce que j'allais faire. Une fois j'ai donné rendez-vous à mon père devant l'hôpital de jour. Il est venu, mais quand je suis sorti j'avais tellement mal à la tête que je suis rentré chez moi sans rien dire, ni bonjour, ni rien. J'ai évité cette entrevue. Puis j'ai essayé, me disant que cette fois j'y allais coûte que coûte. La réaction a été toute différente que celle que j'attendais. J'ai pu exposer mes problèmes, parler avec lui (très ému), parler à mon père ; il s'est ouvert devant moi, il m'a parlé de lui. Je me suis rendu compte à vingt-sept ans qu'il pouvait y avoir un dialogue avec lui. C'était le moment, mon fils a huit mois."

Paul : "Oui mais toi, au moins, tu te crochais avec lui, moi jamais rien. Juste salut, salut, même pas bonjour ou au revoir."

Robert : "Mais je n'ai jamais eu de dialogue. Seulement des gueulades. Cette fois, après la discussion, on s'est quittés avec le sourire, on s'est regardés dans les yeux. Je n'avais jamais regardé mon père dans les yeux et lui non plus. Je l'ai revu depuis, on s'est souri, on se regarde dans les yeux, on est à pied d'égalité maintenant. Pour affronter

cela . . . C'est pour cela que toutes ces semaines ça n'allait pas. C'était dur. J'ai essayé d'échapper par le mal de tête peut-être, c'était dur mais maintenant je suis content."

Paul : "Je comprend mais moi mon père ne me parle jamais. Que lui dire, comment faire ? "

4. En ce qui concerne les stratégies thérapeutiques globales, nous nous sommes rendus compte que pour certaines situations, notamment pour les patients et leur famille ayant vécu dans un contexte de désengagement relationnel, il était nécessaire de créer un système thérapeutique souple comprenant la famille et les thérapeutes, capables de maintenir une certaine cohésion relationnelle portant sur une certaine durée.

En reprenant le schéma de Minuchin (9) :

(Famille) + (Thérapeutes) → (Famille + Thérapeutes) →

(Famille + fantasmes des Thérapeutes) – Thérapeutes

on peut dire que les familles vivant dans un contexte de désengagement relationnel et certaines familles chroniquement dysfonctionnelles ont besoin d'une longue période correspondant à la phase (Famille + Thérapeutes), où les thérapeutes sont activement présents dans le système. Wertheim (17), lors du Congrès de Thérapie de famille de Zürich en 1979, parle d'un véritable couplage entre un système inducteur de morphogenèse (thérapeutes) au système morphostatique, couplage qui peut s'étendre sur une période assez longue.

L'exemple de Paul est parlant. Paul a fini par aller voir ses parents et en est rentré très déçu, car il n'a pas pu avoir le dialogue tant espéré. Après plusieurs semaines durant lesquelles l'équipe du Centre de jour a cherché à faire accepter à Paul ce deuil, il a trouvé pour la première fois de sa vie une place relativement stable, à mi-temps, tout en continuant à venir au Centre. Quelques semaines s'écoulèrent et il est question de reprendre le travail à plein temps, à la grande satisfaction de l'équipe soignante et surtout de Paul, qui se sent, à travers cette activité, revalorisé et fier de pouvoir apporter quelque chose de concret à ses deux enfants et à sa femme avec qui il entretenait jusqu'à présent des relations assez lâches. La sortie de l'hôpital de jour se fait de façon trop peu structurée avec prévision de rencontres informelles sporadiques. Effectivement, Paul garde le contact mais, quelques semaines plus tard, il cesse de nouveau toute activité. Il faudra un long travail de plus d'une année et demie pour reconstituer avec Paul et sa famille nucléaire un

système thérapeutique suffisant pour lui permettre de reprendre le travail.

Casuistique

Pour l'année 1979, nous avons recensé 105 admissions. Pour vingt patients, un traitement de famille fut instauré. Par ailleurs, nous avons entretenu avec vingt familles des contacts réguliers sans pour autant que l'on puisse parler d'un traitement de famille proprement dit. Dans le tableau No 1, nous avons récapitulé les familles chez lesquelles nous avons noté un changement au cours du traitement et sur le tableau No 2 les familles chez lesquelles nous n'avons noté aucun changement au cours du traitement. On ne relève guère de différences en comparant ces deux groupes du point de vue du traitement psychiatrique antérieur, ni de l'âge du patient désigné. On recense une différence en ce qui concerne les diagnostics, dans le sens d'un glissement vers le pôle psychotique pour les thérapies sans changement. La plus grande différence se trouve dans les modalités d'admission. En effet, ce sont surtout les admissions faites au moment de crises (8/4) qui ont permis d'amener des changements au cours de la thérapie de famille. Dans le groupe des familles sans changement, nous trouvons la proportion inverse (2/6). Il faut noter que nous n'avons pas d'informations catamnestiques suffisantes pour juger de la stabilité des changements observés.

Au cours de ces traitements, nous avons rencontré un certain nombre de problèmes dont j'aimerais énumérer quelques-uns :

— Problèmes en relation avec le type de demande faite aux soignants : il est en effet nécessaire de faire une analyse de la demande, qui peut se recouper avec l'analyse de la fonction du symptôme à l'intérieur de la famille. Très souvent, les patients qui nous sont confiés ne demandent pas véritablement un traitement ; ce que le patient cherche individuellement n'est pas tant un changement dans sa vie, mais plutôt un soulagement ; la famille, elle, ne demande pas un changement relationnel mais plutôt une consécration ou une reconfirmation de la pathologie du patient désigné, ceci par le biais du diagnostic et du traitement consécutif instauré. Ce sont toutes des familles où le symptôme a visiblement acquis, même accompagné de graves dysfonctions de la famille, une fonction homéostatique importante. Comme le dit Viaro (16) dans son article sur les "Thérapies en contrebande" : "il y a toujours quelque part la crainte que la cause réelle du symptôme du patient désigné soit découverte, trouvée dans la famille ou chez un membre particulier de cette famille. La demande explicite de traitement ou de changement chez le patient identifié cache une demande masquée d'acquitter la famille de la responsabilité d'avoir causé le symptôme ou la maladie". Souvent donc la demande de traitement n'est en réalité que

la demande de rétablir le statu quo ante. Une solution à cette situation a été proposée par Viaro, précisément par la thérapie de famille en "contrebande".

— Un problème majeur, commun à bien des institutions de traitement psychiatrique, est que lorsque nous posons l'indication à un traitement de famille, la situation est en quelque sorte renversée dans ce sens que ce sont les thérapeutes de famille qui sont les demandeurs et non la famille.

Lorsque nous proposons un traitement de famille, nous pouvons observer des réactions diverses :

— La réaction de soulagement, généralement exprimée par des phrases : "c'est la première fois qu'on nous demande notre avis et qu'on nous propose de venir parler avec les médecins". Cela peut être une offre de collaboration, mais aussi un piège comme cette famille chez laquelle, au bout de quatre séances au cours desquelles nous avions l'impression d'une bonne collaboration, le père nous dit : "J'aimerais vous dire une chose, c'est la première fois que l'on s'occupe sérieusement de notre fille, aussi j'ai pensé que vous seriez d'accord avec une proposition que je voulais faire depuis des années aux médecins : ne pensez-vous pas qu'il faudrait maintenant annoncer ma fille à l'Assurance-invalidité ? "

— Il y a la réaction de méfiance, de crainte, qui peut être d'autant plus grande que le médecin qui nous a adressé le patient ou la patiente désigné(e) avait déjà annoncé un traitement de famille, sans le discuter vraiment avec les intéressés. La famille est alors méfiante et appréhende beaucoup le contact avec les thérapeutes de l'hôpital de jour. Souvent l'on se rend compte rapidement que le dialogue ne suffit pas pour rétablir une situation de confiance. Dans ce cas, nous pouvons proposer une alternative dans le but d'induire soit l'acceptation du traitement ou son refus, avec à la clé l'éventualité d'une crise à plus ou moins longue échéance ; c'est ce que nous avons fait chez une patiente anorexique depuis trois ans déjà, pour le traitement de laquelle nous n'avons pas pu obtenir la collaboration du médecin-traitant, un généraliste de la région qui, avec l'accord et de la patiente et de sa famille tenait absolument à continuer un traitement somatique. Après trois jours d'investigation, au cours de laquelle nous avons rencontré beaucoup de feed-back négatifs et de disqualification, et appris que c'était la sœur de la patiente qui avait provoqué la demande d'admission à l'hôpital de jour contre l'avis des parents et du médecin-traitant, nous avons dit à la patiente et à sa famille ce qui suit : "Il existe certainement une indication pour un

Tableau 1 : Thérapie de famille avec changement

Contacts psychiatriques antérieurs			Age du patient désigné				Diagnostic du patient désigné				Crise	Essoufflement thérapeutique	-5	6-10	11+	Durée mois	*	Modifications apparues
Vierge	Traitement		-20	21-30	31-40	41-50	Psychose Borderline	Dépressions diverses	Psycho-somatiques	Névrose caractère								
	ambul.	instit.																
	A f			1						1	Tentative de suicide			7		2	0	Redistribution des tâches à l'intérieur de la famille
	B f		1							1	Automutilation			8		8	30	Interrompu, disparition du symptôme, reprise évolutive
		C f		1						1		On ne savait plus que faire			15	7	40	Divorce, disparition du symptôme
D f			1							1	Mauvais traitement				30	24	0	Disparition mauvais traitement, modifications relationnelles intra-familiales
	E f				1			1				Ne répondait pas au traitement ambulatoire	5			1	0	Disparition du symptôme, modification de la relation conjugale
	F h			1				1			Couvade	Ne répondait pas au traitement ambulatoire		9		3	15	Disparition du symptôme, modification de la relation conjugale (minimum)
		G f			1		1				Catatonic			6		5	10	Disparition du symptôme, modification de la relation avec la mère
	H f		1				1				Hallucinations Fanphobie				32	30	28	Disparition du symptôme, modification des relations intra-familiales (minimum)
		I h		1			1				Crises obsessionnelles convulsives				12	5	0	Disparition du symptôme, modification des relations intra-familiales, reprise évolutive
		J f				1	1				Psychose floride c/mère, crises psychotiques c/enfant				20	36	0	Disparition du symptôme, divorce
	K h					1			1			Ne répondait pas au traitement ambulatoire			12	6	0	Disparition du symptôme, modification de la relation conjugale
		L f		1				1			Tentative de suicide			6		8	12	Disparition du symptôme, modification importante des relations intra-familiales

* Nombre de séances individuelles

Tableau 2 : Thérapie de famille sans changement

Contacts psychiatriques antérieurs			Age du patient désigné				Diagnostic du patient désigné				Crise	Essoufflement thérapeutique	-5	6-10	11+	Durée mois	*	Pas de modifications, ni symptomatiques, ni relationnelles
Vierge	Traitement		-20	21-30	31-40	41-50	Psychose Borderline	Dépressions diverses	Psycho-somatiques	Névrose caractère								
	ambul.	instit.																
		Z h			1		1					Ne répondait pas au traitement ambulatoire		10		5	0	Hospitalisation, ne s'occupe plus de lui ni le soir, ni la nuit
	Y f			1				1				Ne répondait pas au traitement ambulatoire		8		3	12	Interrompu, hospitalisation ultérieure par des tiers
	X h				1		1					Ne répondait pas au traitement ambulatoire		6		3	0	Interrompu
W h			1				1				Agitation		2			1	0	Interrompu, hospitalisation ultérieure par des tiers
		V f		1			1					Ne répondait pas au traitement ambulatoire		5		6	0	Interrompu, stop traitement psychiatrique
	U f			1						1	Panphobie			6		18	0	Interrompu, traitement psychiatrique ambulatoire par des tiers
		T h		1			1					Ne répondait pas au traitement ambulatoire			24	20	80	Traitement continue, pas de modifications
		S f		1			1					Ne répondait pas au traitement ambulatoire		9		8	16	En cours, pas de modifications

* Nombre de séances individuelles

traitement à l'hôpital de jour pour votre fille anorexique. Vous devez certainement savoir que nous travaillons d'une façon différente que notre collègue généraliste. Dans un cas comme le vôtre, nous travaillons avec la famille. Vous avez le choix entre un traitement à l'hôpital de jour, traitement auquel participerait toute la famille et qui implique que vous suiviez nos indications. Ce traitement offre la possibilité que vous (s'adressant à la patiente), que votre fille (s'adressant aux parents) s'améliore et que surviennent des modifications dans les relations entre vous. Ou alors, vous décidez de continuer le traitement entrepris chez le médecin généraliste, traitement dont vous savez qu'il va être très, très long avant d'atteindre peut-être un résultat." En cas d'acceptation, nous pouvions tenter un traitement de famille, en cas de refus on pouvait prévoir que la famille, dans un laps de temps plus ou moins long, allait entrer en crise. Le choix de la patiente et de ses parents fut de continuer le traitement chez le généraliste. La crise eut lieu quelques mois après, à la faveur de laquelle un traitement de famille put être instauré alors que la patiente avait été hospitalisée d'urgence à plein temps à l'hôpital psychiatrique.

Conclusion et résumé

Partant de notre expérience, nous avons de façon ponctuelle traité de quelques problèmes soulevés par l'introduction de la thérapie de famille dans un Centre de jour. L'adoption d'une perspective dite systémique dans la compréhension que nous pouvons avoir pour les patients et leur famille, a induit certaines modifications dans le fonctionnement et le comportement de l'équipe soignante face à tous les patients et non seulement face à ceux qui sont en thérapie de famille. Ceci a son importance puisque sur 105 admissions, nous avons conduit vingt thérapies de famille. Il faut peut-être souligner que cette perspective n'exclut pas nécessairement la compréhension dite "individuelle" en référence au modèle psychodynamique, mais la place dans un certain contexte.

Beaucoup de questions n'ont pas été abordées, entre autre celle de l'effet produit par la pratique de la thérapie de la famille dans le Centre de jour sur les patients qui ne bénéficient pas d'un tel traitement ; celles de techniques spécifiques, notamment l'utilisation de la technique paradoxale, dans un setting type hôpital de jour impliquant la présence des patients en principe toute la journée, et ceci sur une période plus ou

moins longue. Ces questions à elles seules mériteraient de faire l'objet d'exposés séparés.

Daniel Masson

Médecin-chef, Centre de traitement psychiatrique de jour
Institut universitaire d'Hygiène mentale
Lausanne

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J., WEACKLAND, J.H. : "Toward a theory of schizophrenia". *Behavior Science* 1 : 251-264, 1956.
2. BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G. : *Invisible loyalties*. New York, Londres, Harper & Row, 1973.
3. BOWEN, M. : "Theory in the practice of psychotherapy in family therapy". In : *Family Therapy*, Ph. Guérin Ed., New York, p. 42-90, 1976.
4. HALEY, J. : "Toward a theory of pathological systems". In : G. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy Ed. : *Family therapies and disturbed families*, p. 11-27. Science and Behavior Books, Palo Alto, California, 1967.
5. MASSON, D. : "Le traitement dans un Centre psychiatrique de jour (hôpital de jour)." *Archives suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie* 117 : 299-308, 1975.
6. MASSON, D. : "A propos des relations psychothérapiques dans un Hôpital de jour". *Médecine psychosomatique* 8 : 179-187, 1978.
7. MASSON, D. : "Possibilités de prévention dans un Centre de jour pour adultes." *Information psychiatrique* 54 : 11-22, 1978.
8. MASSON, O., MASSON, D. : "Psychose de l'enfant et de l'adolescent en thérapie familiale." *Thérapie Familiale* 1 : 71-83, 1980.
9. MINUCHIN, S. : *Families and Family Therapy*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1974.
10. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G.F., PRATA, G. : *Paradosso e controparadosso*. Milano, Feltrinelli, 1975.
11. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G.F., PRATA, G. : "The problem of the referring person." *Journal of Marital & Family Therapy*, p. 3-9, janvier 1980.
12. SELVINI-PALAZZOLI, M. et coll. : *Le magicien sans magie*. Paris, E.S.F., 1980.
13. SELVINI-PALAZZOLI, M. et coll. : "Les pièges institutionnels". *Réseaux-Systèmes-Agencements* 2 : 60-70, 1980.
14. SELVINI-PALAZZOLI, M. : "Contexte et métacontexte de la psychothérapie de famille." *Thérapie Familiale* 2 : 19-27, 1981.
15. STIERLIN, H. : "Interpersonal aspects of internalisations." *International Journal of Psycho-Analysis* 54 : 203, 1973.

16. VIARO, M. : "Case report : Smuggling Family Therapy Through." *Family Process* 19 : 35-44, 1980.
17. WERTHEIM, E.S. : "Implikationen der Systemtheorie für die therapeutische Induktion von Morphogenese in Familiensystemen und die Ausbildung von Therapeuten." Communication Congrès Thérapie famille, Zürich 1979. Publié in : *Der Familien Mensch* J. Duss-von Werdt, R. Welter-Enderlin, Editors, p. 116-137, Stuttgart, Klett Verlag, 1981.

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

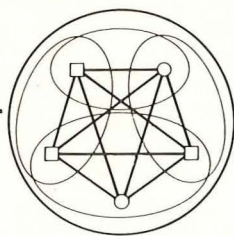
BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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



THERAPIE FAMILIALE Vol. II — 1981 — No 4

NUMERO SPECIAL LYON 1980

SOMMAIRE

ATELIERS

C. GUITTON-COHEN-ADDAD : Comment et pourquoi démarrer des thérapies familiales systémiques en institution ?	257
L. ISEBAERT : Thérapie systémique — Le patient identifié étant un adulte . . .	265
O. MASSON : Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales	269
P. MENGHI : La supervision provocatrice	287
A.-M. NICOLO : La provocation en tant que réponse thérapeutique	293
F.X. PINA PRATA : Les stratégies du processus thérapeutique dans les systèmes familiaux rigides et flexibles	301
C. ROJERO et T. SUAREZ : De l'opérativité du concept du triangle dans la thérapie familiale et dans la dynamique institutionnelle	323
E. TILMANS-OSTYN : La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants	329
R. VAN DYCK : Principes de stratégie dans la thérapie de famille	337
A. VANSTEENWEGEN : Apprendre à négocier dans un couple : entraînement à la dispute constructive	339

CONFERENCE

D. MASSON : Traitement de familles et hôpital de jour pour adultes	351
--	-----