

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



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

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal — Ph. CAILLE, Oslo — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSS von WERDT, Zürich — P. FONTAINE, Bruxelles — L. KAUFMANN, Lausanne — J. KELLERHALS, Genève — S. LEOVICI, 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

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
Compte N° C2 622 803.
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.

Pour la France, Belgique, Canada :

- Chèques bancaires ou postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène ».

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :

FRS 60.— FF 230.— FB 1500.— \$CAN 36.—

Bibliothèques et abonnements collectifs :

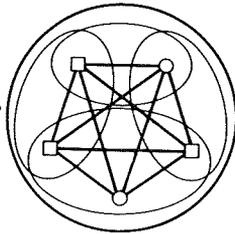
FRS 75.— FF 289.— FB 1875.— \$CAN 44.—

Numéro séparé :

FRS 18.— FF 66.— FB 445.— \$CAN 12.—

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule. L'éditeur vous enverra une facture libellée en monnaie locale.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1986 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.



THERAPIE FAMILIALE

Vol. VII — 1986 — N° 1

SOMMAIRE

Editorial	1
J. Duss-Von Werdt : Thérapie collective : remise en question et symptôme du développement de la société contemporaine	3
G. Guntern : Éco-anthropologie et thérapie systémique : une nouvelle image de l'homme	15
H. Stierlin, M. Wirsching, B. Haas, F. Hoffmann, G. Schmidt, G. Weber et B. Wirsching : Médecine de la famille et cancer	41
I. Frank : Thérapie de l'impossible dans les limites du possible	61
J.A. Serrano et C. Dipp : La famille du migrant : adaptabilité et cohésion	73
M. Amiguet et A. Regamey : Approche systémique de l'accueil des femmes en difficulté	87
P. Serra : Vers une explication des succès dans les communautés pour jeunes drogués	99
Notes de lecture	117
Informations	121

CONTENTS

Editorial	1
J. Duss-Von Werdt : Collective therapy: reevaluation and symptom of the development of contemporary society	3
G. Guntern : Eco-anthropology and systems therapy: a new view of man	15
H. Stierlin, M. Wirsching, B. Haas, F. Hoffmann, G. Schmidt, G. Weber and B. Wirsching : Family medicine with cancer patients	41
I. Frank : Treatment of the impossible within possible means	61
J.A. Serrano and C. Dipp : The migrant family: adaptability and cohesion	73
M. Amiguet and A. Regamey : A systemic approach how to receive women in distress	87
P. Serra : Towards a theory of success obtained in communities for young drug addicts	99
Reading notes	117
Informations	121

ÉDITORIAL

Par ce numéro, le comité de Thérapie Familiale tient à rendre hommage aux pionniers que sont Helm Stierlin et Josef Duss-Von Werdt, à l'occasion des 10 ans de parution de notre consœur de langue allemande, *Familien-dynamik*. Ce numéro se veut également une façon de répondre à la question que pose Jean G. Lemaire dans la revue de janvier 85 de *Familien-dynamik*, question qui peut être perçue comme une sorte de défi: faut-il passer par l'anglais pour que francophones et germanophones puissent prendre connaissance de leurs travaux respectifs?

L'article de Duss-Von Werdt invite à une réflexion philosophique, tant au niveau de l'anthropologie que de celui de l'éthique, dans le cadre de l'approche systémique. Le thérapeute dans son action ne peut pas ne pas être confronté à ses propres valeurs, à ses propres normes; dans quelle mesure la pensée systémique alimente de telles réflexions.

Stierlin, entouré de toute une équipe de collaborateurs, développe les relations entre cancer et mode de fonctionnement au sein du système. Les résultats déjà obtenus dans les travaux en cours sont particulièrement intéressants et nous semblent pouvoir inciter nos lecteurs à de nouveaux champs de recherche en thérapie systémique.

Nous avons ajouté un article de Guntern, également auteur de langue allemande, dans la mesure où la rigueur de sa démarche nous paraît constituer une excellente réponse, voire une mise en garde, à l'égard de ceux qui seraient tentés de ne reconnaître dans l'approche systémique que fratras de recettes comportementales. D'une certaine façon, son article reprend une réflexion éthique quand il parle de la misère de la thérapie et des conséquences d'un tel manque de rigueur.

Nous remercions ces trois auteurs de nous donner la possibilité de faire bénéficier nos lecteurs des fruits de leurs travaux et de leurs réflexions. Notons qu'à la suite de la rencontre des éditeurs de revues de thérapie familiale et de revues de thérapie systémique de 1985, un certain nombre de rédacteurs européens ont l'intention de reprendre une telle rencontre au niveau local et d'examiner dans quelle mesure des échanges plus réguliers pourraient se faire au-delà des barrières linguistiques. Il est évident que nous sommes intéressés par une telle démarche et que nous y collaborons et nous espérons pouvoir en faire bénéficier nos lecteurs.

Les autres articles de ce numéro sont des contributions originales. Celui de Ian Frank se présente sous forme de trois brèves descriptions cliniques et d'une réflexion sur les possibilités d'induire le changement dans chacun des cas. Une telle contribution nous paraît intéressante dans la mesure où à côté

d'une description clinique bien documentée, l'auteur peut présenter une réflexion intéressante, évitant toute redondance et toute répétition de données que les ouvrages classiques nous fournissent souvent mieux que ne sauraient le faire des auteurs en mal de vouloir noircir quelques pages.

Le recours à une échelle de cohésion et d'adaptabilité familiales permet à Serrano et Dipp d'en discuter les résultats pour les familles latino-américaines exilées et pour les familles espagnoles migrantes.

Travaillant dans un centre d'accueil pour femmes, M. Amiguet et A. Regamey analysent les différents types de demandes et, à partir de là, dans une démarche d'inspiration systémique, elles en déterminent les modalités de réponses.

La contribution de Pierra Serra est présentée sous forme d'un document; en effet, il s'agit d'une sorte de rencontre prise sur le vif avec deux communautés de jeunes drogués. A partir de cette rencontre, l'auteur met en évidence des facteurs favorisant l'action thérapeutique.

Comme nous le voyons, ce numéro est varié, permettant d'offrir à nos lecteurs, dans des domaines fort différents, des contributions qui nous ont paru intéressantes et stimulantes.

Un dossier consacré à la formation a été préparé en particulier par Maguy Siméon et la plupart des membres du comité de rédaction. Nous avons considéré en effet qu'il était indispensable de faire le point sur ce que devait représenter la formation en thérapie systémique, ce qu'elle avait réalisé dans les pays francophones jusqu'à présent. Il s'agit de contributions qui intéresseront, nous en sommes convaincus, autant les formateurs que ceux qui actuellement suivent une formation.

J.-J. Eisenring.

THÉRAPIE COLLECTIVE : REMISE EN QUESTION ET SYMPTÔME DU DÉVELOPPEMENT DE LA SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE *

Joseph DUSS-VON WERDT**

Dans la première partie de mon exposé, je veux présenter quelques réflexions concernant la psychothérapie dans le contexte social pour traiter, dans la deuxième partie, le sujet qui m'a été confié. Je ferai le tout à ma manière, en apportant les arguments nécessaires.

— 1 —

Les concepts psychothérapeutiques sont à l'image qu'on se fait de l'homme. Ils correspondent à la réalité concrète de l'homme comme une carte au territoire (Korzybski, 1958). Nous ne parvenons cependant à cette réalité qu'au moyen d'images: ce que nous faisons passer pour la réalité n'est que le fruit de la perception, processus dans lequel celui qui perçoit est lui-même impliqué. Donc, des images humaines n'ont de sens que pour celui qui les crée ou pour celui qui s'y identifie, dans la mesure où il les reprend de quelqu'un d'autre, par exemple, d'un maître ou d'un fondateur d'école.

Cette remise en question radicale des concepts thérapeutiques scientifiques passant pour être objectifs équivaut au refus de détacher ces concepts des données existentielles et du contexte temporel et historique de leur créateur (pour Freud par exemple, cf. Kruell, 1979). Ceci est une conséquence logique de mon image «systémique» de l'homme. Puisque je me perçois moi-même comme homme à la fois en tant que faisant partie et en même temps en tant que distinct du milieu que je perçois, je n'atteins jamais le point, détaché, littéralement absolu, à partir duquel je suis en mesure, en dehors de moi-même et du milieu ambiant d'acquérir des connaissances. Ce point de vue est connu depuis au moins Kant: c'est le premier à parler de «tournant copernicien». Malgré cela, nous continuons à confondre le terrain qui est au dehors avec la carte de géographie telle que nous l'avons réalisée nous-mêmes; attitude

* Lindauer Psychoterapie Wochen, 23 avril 1983.

** Traduction J.-J. Eisenring.

sommaire qui a été abandonnée par l'une des sciences les plus strictes, la physique (cf. Capra, 1983). Cette explication épistémologique fondamentale indique la direction que je vous invite à prendre. Suivre de telles invitations s'exprime très exactement par le terme allemand *Verstehen* (comprendre) et pour cette raison les psychothérapeutes devraient être des professionnels... aussi à l'égard de leurs confrères.

— 2 —

Les concepts psychothérapeutiques sont des représentations de l'homme. Ces dernières comportent, du moins en filigrane, des représentations de la société. La particularité des représentations thérapeutiques dans l'un et l'autre cas réside dans le fait qu'elles comportent une partie diagnostique et une idée du but, c'est-à-dire de la direction dans laquelle le changement doit intervenir.

Le changement est le terme utilisé le plus unanimement depuis quelque temps déjà par les psychothérapeutes, les sociologues, les spécialistes de la critique sociale, les tenants des concepts alternatifs dans tous les domaines de la vie et, récemment même, les politiciens conservateurs. Mais, dès qu'on interroge sur les buts et les moyens du changement, il n'y a plus d'unité. Il y a une pléthore chaotique de modèles de changements en ce qui concerne la société et les personnes. Le consensus concerne tout au plus la revendication de chaque modèle de sortir d'une solution bloquée nécessitant précisément le changement.

Dans le cadre de l'augmentation des offres d'aide, de l'expansion quasi épidémique de tentatives de changer soi-même, de s'aider ou d'être aidé, tout le «psycho-boom» ne représente qu'une partie.

De plus en plus, des offres de salut et de guérison imprégnées de religiosité, le plus souvent extra-européennes, fournissent au crédule la possibilité de devenir, à sa façon, heureux, sain et sauf ou saint. Cela évoque la situation de la fin de l'ère hellénistique.

Lorsque je place côte à côte l'offre d'orientation psychothérapeutique et l'offre de caractère religieux, ce n'est pas sans raison car les deux présentent beaucoup d'analogie; ceci de manière purement formelle; ou parce que les transitions de l'un à l'autre sont souvent floues. Elles ont en commun des buts de guérison, le recours à des rites, à des liturgies, de même qu'à des langages secrets, la prescription d'essences curatives, le besoin de se distinguer face à d'autres par le recours à des dogmes, diffamations, excommunications et inquisitions.

Presque chaque jour, de nouveaux modèles thérapeutiques font leur apparition et d'autres disparaissent ou sont dotés, comme le vin qui a tourné, de nouveaux tonneaux. Aux USA, on en recensait il y a déjà plusieurs années des milliers et leur parenté avec les sectes est souvent insoupçonnée.

Symptôme, mais de quoi?

Si on considère l'affaire simplement d'un point de vue d'économie du marché, au gré de l'offre et de la demande, il doit y avoir un nombre considérable de clients, réels ou potentiels, ayant besoin de prothèses psychiques. Selon les principes de la cybernétique, tels qu'ils fonctionnent en économie, chaque offre suscite des besoins: plus on a recours à l'aide d'autrui, plus l'effort personnel disparaît et vice versa. L'offre d'aides implique, de ce point de vue, un effet invalidant.

En critique sociale, on peut réfléchir dans le sens suivant: par analogie, Karl Kraus a dit à propos de la psychanalyse qu'il s'agit d'une maladie dont la guérison dépend de cette maladie. En disant cela, il ne met pas en cause la psychanalyse mais «son biotope». Qu'en est-il d'une société qui réalise une telle situation et en a besoin? La remarque de Kraus gagne en actualité bien au-delà de la psychanalyse lorsqu'on constate que conseil et traitement subissent un développement inflationniste et leur multiplicité atteint des «dimensions californiennes». Est-ce que dans cette société de moins en moins de gens peuvent vivre dans les structures données, sans soit bénéficier d'aide à l'intégration, soit trouver des moyens pour s'en sortir. Est-ce que les structures d'une économie, de la société et des institutions ou l'école, l'église, la famille ou le couple rendent-ils ou maintiennent-ils malade? Celui qui l'admet purement et simplement doit renoncer à son job, jusqu'à la reconstruction totale de la société; sinon il court le risque de ne travailler que dans un atelier de réparation. Celui qui le nie est borgne. L'un et l'autre désirent être des E.T., des extra-terrestres. Cependant, nous ne sommes pas des E.T. mais nous faisons partie d'un tout social dont ceux qui veulent s'en sortir ne peuvent que changer de bateau.

Si on déchiffre les phénomènes présentés d'une manière différente, alors l'incertitude de l'orientation des valeurs comporte aussi ses aspects positifs. Peut-être passons-nous (encore plus) d'un âge d'évidences rassurantes à propos de notre existence, de notre condition d'homme à une rive incertaine et cela ne devrait pas obligatoirement nuire. (Les astrologues prétendent que nous quittons l'ère du poisson — celui de la psychologie — pour entrer dans celui du verseau...) En tous les cas, nous assistons, et cela fait bien évidemment peur, à ce que je voudrais appeler un «ébranlement de l'évidence». Notre «Dasein» humain ne repose plus sur un consensus capable d'unir la communauté, ou du moins de créer un lien.

S'exposer à des changements et à des incertitudes signifie aussi laisser aller, courir des risques, supporter la peur de l'inconnu. On comprend que tout cela suscite des tendances à la persistance ainsi que des appels à la sauvegarde de ce qui peut être appelé «l'essentiel». Parler de changement en tant que tel, sans persistance, est aussi vain que dire que la rivière s'écoule sans son lit. L'un implique l'autre: persistance sans changement, c'est comme le lit de la rivière sans eau.

La sociologie a sans cesse mis en évidence un pluralisme des systèmes de valeur et des attitudes fondamentales de notre civilisation. En sommes-nous

conscients ou faisons-nous toujours comme si notre position personnelle est une référence au-delà du temps et tout ce qui l'entoure n'est qu'apparence fugace? Que fondamentalement chaque individu possède un même droit authentique, quasi garanti constitutionnellement, à défendre ses propres intérêts, à avoir sa propre opinion (même si dans une démocratie il peut lui en coûter de le faire), cela n'est que la conséquence logique de ce que chaque individualité représente une valeur de base dans notre civilisation, autour de laquelle des majorités peuvent se constituer. Mais ces majorités se défendent quant au problème de savoir ce que ces individualités doivent être. L'appréciation de l'individu dans son caractère unique et interchangeable appartient à la tradition chrétienne, occidentale, même si au cours de l'histoire, les représentants officiels ou officieux du christianisme n'ont pas toujours bien géré cet héritage. Les programmes d'émancipation, de réalisation de soi, d'autonomie dans ce monde sont des nuances psychologiques et sociales, ce que la théologie a considéré et considéré comme la perfection dans l'au-delà. En d'autres termes, l'individualisme est une conséquence de l'anthropologie chrétienne, réduit de la dimension eschatologique.

Un individualisme extrême court le risque de désintégrer socialement l'individu, c'est-à-dire d'atomiser la société. «Individu» devient quelque chose d'abstrait dans le sens d'irréel et sans relation. L'individualité en tant que telle est isolement, solitude.

Le sociologue Joachim Hoffmann-Novotny (1980) présume qu'actuellement, chez nous, le développement se réalise plutôt dans le sens d'une atomisation de la société et pose la question provoquante suivante: «Sommes-nous en route pour une société autiste, pour une société égoïste? Pour cela, il cite un penseur du XIX^e siècle, Sir Henry Maine: «Le mouvement de la société en développement est, d'un certain point de vue, resté identique. Dans tout son développement, ce mouvement est caractérisé par la dissolution progressive du lien familial et par le développement à sa place d'obligations individuelles. L'individu est constamment engagé pour la famille, unité sociale qui trouve son fondement dans le droit bourgeois.» Hoffmann-Novotny qualifie cet individualisme d'autisme et il pense, de manière un peu pessimiste, qu'il n'est pas inenvisageable que cette société autiste, dans laquelle un haut niveau de liberté et d'égalité semble se réaliser, soit l'apogée et, en même temps, la fin de notre histoire. Compte tenu de la Révolution française, à la réalisation de laquelle nous travaillons toujours, à savoir le programme de liberté - égalité - fraternité, Hoffmann est sceptique à l'idée que le dernier point du programme, la «fraternité» (les sœurs ont été depuis longtemps oubliées), prenne davantage de poids. Du moins relève-t-il, à partir d'indices apparents, que les objectifs actuels sont: un espace de liberté personnelle illimité, des liens plus relâchés (biens que plus tendres), des couples qui, d'emblée, envisagent un terme à leur relation, un ajournement de la décision de fonder une famille. Peut-être notre civilisation va-t-elle disparaître à cause de ses libertés, car la liberté des autres n'est plus reconnue comme limite à notre propre liberté.

Peut-être parce que nous ne voyons pas que la liberté sans limite est une non-liberté.

Ce point de vue, plutôt pessimiste, doit nous inciter, nous autres thérapeutes, à nous interroger sur les objectifs de notre travail et son abondance sociale. En effet, les concepts thérapeutiques comportent implicitement ou explicitement des images de l'homme et de la société, des «modèles» qui ne planent pas dans un vide historico-social. Chaque concept thérapeutique ou conseil thérapeutique plonge ses racines dans une culture donnée, une civilisation donnée et également dans une biographie donnée. Je pense à la démonstration de Marianne Kruell dans son livre sur la famille de Sigmund Freud. Les théories de Freud tirent leur origine dans la vie de leur créateur et dans un contexte social. Dans les théories, les hommes s'expliquent pour ainsi dire quant à leur temps et quant à leur contexte. La mise en relation de données biographiques et contextuelles avec les théories, les rend naturellement non seulement compréhensibles mais les relativise aussi dans le temps. Lorsque le contexte culturel et temporel change, la validité d'une théorie évolue. Le fait de la considérer comme scientifique ne change rien. La science elle-même est liée au temps. La science n'équivaut pas à la réalité.

— 3 —

Chronologiquement, la psychanalyse se situe à l'origine des concepts psychothérapeutes formulés. Au centre de la pensée et de l'action psychanalytique, il y a «le vrai Moi», l'individu et son émancipation à l'égard de pressions et contraintes internes et externes. La psychanalyse veut se frayer un chemin jusqu'aux raisons d'agir du sujet et jusqu'à ses propres possibilités. Elle se présente en protection de l'individu et réagit contre toute forme de tutelle. Manfred Pohlen (1982), dans une attaque directe contre la thérapie familiale, considère que la psychanalyse telle qu'elle est conçue par Freud est une stratégie libératrice à l'égard de la famille. Ceux qui connaissent Freud mieux que moi sauront si cela est juste ou non du point de vue historique. Il faut, en tout cas, compter avec l'antagonisme des membres de la famille, pensait Freud, lorsqu'il déconseillait la recherche du soutien et de l'accord des parents ou des proches lors d'une psychanalyse de l'un des leurs. La famille est partie de la société. La psychanalyse retrouve la société dans la monade individuelle, dans ce qui est apparemment opposé à l'ensemble. La psychanalyse est restée fidèle à cette prétention émancipatoire, ce qui se manifeste de temps en temps par des affrontements très polémiques de ses adhérents, à propos de tous ces concepts qui sont qualifiés de manipulateurs et de normalisateurs, par exemple à propos de la thérapie systémique (cf. différentes contributions dans «Kontexte»). Dans l'anthropologie psychanalytique, la relation entre individu et société est tendue, en partie même divisée ou hostile. Mariage et famille apparaissent souvent comme les instruments d'une société qui s'oppose à la

libération de l'individu. Ce n'est pas par hasard que les sociologues critiques des années 30 (Max Horkheimer, Erich Fromm au début, l'analyste Wilhelm Reich) s'appuient clairement sur la psychanalyse dans leur objection contre la famille.

Les concepts thérapeutiques centrés sur l'individu et visant à le détacher de son milieu sont devenus innombrables. Leurs liens résident dans leur conception de base et leurs hypothèses concernant l'individu, ses structures intrapsychiques et leur genèse. A cela le déterminisme biographique et les idées sur le conditionnement, avec un schéma linéaire cause-effet jouent un rôle déterminant. Revenir en arrière comme moyen d'analyse par phases décomposées dans le temps permet «d'expliquer» ce qui est arrivé jusqu'à l'heure actuelle. Cette anthropologie est une sorte de jeux d'ombres, avec des acteurs qui, intériorisés sont devenus des souvenirs. Par *définition*, c'est-à-dire abstention méthodologique, on ne pose pas de question quant aux correspondants extérieurs aux figures incarnées des parents, frères et sœurs, maîtres, chefs... Le réseau relationnel n'est que symbolisé par des «figures» des personnes concernées. Les symboles perdent rapidement leur caractère d'indice et acquièrent un contenu séparé de la réalité. Au lieu de dire «je percevais ma mère de telle manière», on dit alors «ma mère *était* ainsi».

Cette approche dresse une carte topographique, telle une carte pétrographique, géologique. Elle comporte des omissions, comme toutes les cartes. Cela ne serait pas ainsi que cette carte serait à l'échelle 1:1. Elle serait alors inutile.

Il est devenu évident que je ne suis pas un analyste. Peut-être serait-il même préférable de ne se présenter que soi-même: car dans la littérature psychanalytique, j'ai trouvé les présentations étrangère du point de vue systémique qui dénotaient d'une ignorance quasi-totale. Cette constatation se veut conciliante et non polémique.

— 4 —

Passons maintenant à la deuxième partie, au traitement visant plusieurs personnes. Pour cela, il y a différentes approches, les unes floues, les autres du moins en théorie, limpides comme du cristal. Elles sont en partie à comprendre d'un point de vue polémique comme des relèves historiques, respectivement des victoires sur la psychanalyse et ses dérivés (de telles délimitations négatives ne confèrent évidemment encore aucune identité propre).

Ce qui a été connu comme thérapie systémique fait partie de ces nouveaux concepts. Thérapie systémique est un terme générique recouvrant beaucoup de choses, ayant des racines et des branches différentes. Elle ne contient encore aucun accord de base en ce qui concerne la pratique, mais une compréhension, (même si elle est encore floue) de l'homme devant être considéré dans sa relation au milieu, au contexte. Le contexte n'est pas seulement le contexte social,

donc avant tout le milieu familial, mais également le contexte physique, le paysage, le milieu météorologique, biologique, l'habitat... De manière absolue, l'individu est au centre des intérêts de la thérapie systémique. Pour éliminer un malentendu répandu, il convient de le souligner. Mais l'individu est perçu d'un point de vue «écologique». Ces différents milieux ne sont pas des contingences, accessoires à sa compréhension et inutiles pour son existence, mais au contraire, l'organisme individuel avec son milieu une unité de vie et, à la limite de survie. Sans milieu, l'individu est une abstraction, amputé du nécessaire vital. «L'individu et son milieu» constituent ce qui vit et ce qui survit. L'individualité n'est pas une dimension permanente, mais une constante qui évolue, qui se trouve dans un processus permanent d'échanges mutuels avec son milieu. Son histoire est présente dans sa somme au moment présent, mais n'est pas fondamentalement reproductible car aucun contexte antérieur ne peut être reproduit adéquatement. Ce qui est appelé histoire est une fonction de chaque situation présente dans son contexte.

Chaque traitement est confronté à la relation individu-milieu. Du point de vue systémique, on est en présence de la dialectique suivante: chaque individu doit être en relation d'autonomie avec son milieu de manière à ne pas être englouti par ce milieu d'une part, et d'autre part, de manière à en être séparé, mais pas de manière à en perdre ses possibilités de vie et de survie. A mon avis, ceci correspond même à la dialectique fondamentale de l'existence humaine. Il s'agit d'intégration *et* d'autonomie, de dépendance *et* d'indépendance, d'hétéronomie *et* de liberté. Là est la condition humaine. Tout le reste est utopie et nous tournons à vide et nous faisons tourner à vide des hommes lorsque nous leur faisons miroiter des idées comme la liberté absolue, la réalisation de soi sans limite, l'émancipation en tant que nécessité pour la libération, simplement parce que notre but thérapeutique le veut. Si je parle de modèle écologique de l'homme, cela ne signifie pas automatiquement «vert» (au sens politique du terme n.d.t.). Je vois cependant une lueur d'espoir d'être plus juste à l'égard de l'individu en le considérant dans son contexte et de mobiliser, si possible, ce contexte, de sorte que cet individu puisse retirer bénéfice de ce traitement, non pas en se posant *contre* les autres mais *avec* les autres (émancipation dans la loyauté). Un père qui vit encore ne retire que peu ou rien d'une thérapie individuelle dans laquelle son fils doit élaborer un vieux conflit avec lui. Tant sa fille que son fils ont participé à la genèse de ce conflit, ils n'en étaient pas uniquement touchés. En lisant en entier le mythe grec, on constate que le conflit d'Œdipe des aînés fait un tout avec le conflit de Laios de la jeune génération.

En disant cela, je suis partial. Je tiens à la philosophie de base de la théorie systémique pour autant qu'il s'agisse d'une réflexion sur l'homme. Je n'adhère absolument pas à tout ce qui est considéré comme systémique dans les techniques et pratiques thérapeutiques (stratégies et tactiques). La thérapie systémique aussi représente un symptôme et une remise en question de notre société. Elle ne doit pas se limiter aux couples et aux familles mais elle a été

conçue et utilisée jusqu'à présent en premier lieu pour ces domaines. C'est pourquoi je me limite dès lors à la thérapie familiale.

La thérapie familiale systématique est tout d'abord un symptôme de la situation problématique de la famille dans notre société. La découverte n'est pas récente: la famille est directement touchée par sa situation écologique, c'est-à-dire par le logement, le monde professionnel, l'école, les mass-média, les idées, les développements sociaux, l'évolution des relations entre hommes et femmes... Si on met l'accent du point de vue thérapeutique sur leurs interrelations dans ce contexte, alors la thérapie n'est pas qu'une simple *psychothérapie*. Car, lorsque je considère la famille dans son contexte, je ne peux pas psychologiser son espace intérieur et me limiter à une problématique relationnelle interpsychique. Je me demande toujours plus si, en psychologisant les relations dans la vie quotidienne du couple ou de la famille, nous touchons la réalité ressentie et vécue d'un couple ou d'une famille et nous parvenons à ses conflits. Y a-t-il somme toute dans la thérapie du couple ou de la famille un objet psychologique, une sorte d'âme du couple ou de la famille? Une combinaison de psychologies individuelles? Est-ce que la psychologie et la psychothérapie ne sont-elles pas d'emblée d'une part individualistes et d'autre part dualistes, partant d'un modèle corps plus âme? Je pense que les conflits et les crises du couple ou de la famille sont en soi de type éco-systémique.

Des analyses sociologiques de la famille indiquent depuis longtemps que la famille est, de par sa structure interne et de par sa structure sociale, particulièrement sujette à certaines crises. Les points névralgiques sont par exemple l'intensité émotionnelle dans la relation du couple. Un mariage d'amour est une belle chose mais très fragile. L'intensité émotionnelle des liens avec les enfants correspond à un progrès culturel mais peut également correspondre, d'une certaine façon, à une prise de possession de l'enfant dont on percevra, en thérapie, les multiples conséquences pouvant aller jusqu'à la psychose. (Est-ce que la psychose ne signifie pas, en premier lieu, dans cette perspective, que le psychotique ne sait plus entrer ou sortir de son milieu?) La proximité trop grande des deux générations est un phénomène typique de la famille actuelle et elle est déterminée structurellement. Dans cette proximité trop grande, les conflits intergénérationnels deviennent d'autant plus violents. En son sein, la famille court le risque d'être constamment en surchauffe.

Si elle est inaccessible à ces données, la thérapie familiale reste borgne et elle est non systémique, si elle écarte artificiellement la famille de son contexte élargi et la place dans une sorte de laboratoire de simple psychothérapie.

Qu'une chose comme la thérapie familiale ou la thérapie de couple ait pu se réaliser implique non seulement une certaine compréhension de la maladie de l'individu, mais signifie aussi l'état de crise des relations de couples et de familles elles-mêmes. Si cependant on cédait à la tendance d'une pathologisation interne de la famille en tant que telle, on courrait le risque d'enfermer la famille dans un ghetto, c'est-à-dire de considérer à nouveau son contexte social comme quantité négligeable. Si on élargit son coup d'œil à ce qui

entoure la famille, on se retrouve dans le domaine des liens familiaux et sociaux et, me semble-t-il, dans une mesure beaucoup plus grande que ne le fait une thérapie centrée sur l'individu.

Les troubles qui surviennent dans la famille ne doivent pas obligatoirement, ni primairement, tirer leur origine de la famille elle-même. D'autres systèmes et d'autres données peuvent être impliqués: le milieu de travail, des parents, l'école des enfants, des difficultés matérielles oppressantes par suite de chômage, de mauvaises conditions de logement, ... Si, en tant que thérapeute, j'envisage des changements dans ces domaines et si j'essaie de les réaliser avec la famille, alors mon action deviendra socialement directement significative. Pour cela, je ne dois absolument pas devenir l'esclave du «complexe de tutelle» comme le croit purement et simplement Pohlen pour les thérapeutes de famille. Mais je suis confronté à des décisions concernant l'adaptation ou la résistance face aux situations intérieures ou extérieures d'une famille dans une société donnée. Le traitement se fixera entre le conformisme et la critique sociale. Ainsi une grande partie du traitement, pas tout le traitement, dépend du thérapeute et de son échelle de valeur, de l'image qu'il se fait de la société et de l'homme.

C'est pourquoi j'ai nommé une fois la thérapie une «sociologie appliquée» (1976). N'est-ce pas l'autre face du fond de la pensée psychanalytique? Si c'est *au fond* du sujet qu'on saisit la société, comme dit la psychanalyse, alors, c'est en considérant la *surface* des relations et de ses conflits qu'on met en évidence le fond du sujet.

La thérapie familiale, en tant que «sociologie appliquée de la famille» comporte encore autre chose. Face à chaque couple, à chaque famille, je rencontre une sociologie du couple et de la famille *vécue*: comment sont appréhendés les rôles de l'homme et de la femme, des partenaires, du père et de la mère? Lors de l'éducation des enfants, quel modèle et quel moyen se révèlent, autoritaire, anti-autoritaire, ou autres? Face à l'évolution des relations entre les sexes, comment un couple réagit-il dans cette société? Les familles sont des structures ouvertement ou secrètement hiérarchiques. Le pouvoir joue un rôle, et, de façon subtile, des modes de pouvoir sont engagés. Les individus et les générations peuvent être plus ou moins distingués les uns des autres. Si on considère tous ces aspects, alors on a affaire à la sociologie interne de la famille. La thérapie systémique s'occupe de sous-systèmes, d'individus ou de groupes d'individus impliqués dans un réseau relationnel. Elle travaille avec des structures, des règles et des processus d'entité sociale. L'aspect psychique, au sens étroit du terme, n'est en réalité pas son objet, même si, bien sûr, il est présent. Chaque concept thérapeutique se crée son propre objet.

En tant que thérapeute, je suis confronté à mes propres valeurs et normes. Comment est-ce que j'envisage moi-même la (ma) façon d'être homme, respectivement femme dans cette société? Selon quel modèle de couple est-ce que je vis? Comment est-ce que je réagis face aux duels entre une femme féministe et son «patriarche» ainsi bousculé? Je n'échappe pas à l'obligation de me

préoccuper, au-delà de la problématique de ce couple, de l'évolution des relations entre les sexes dans notre société. Cela même si j'essaie de voir correctement la situation de ce couple et son expression dans le sens d'une dynamique de couple problématique, avec des interactions dysfonctionnelles ou une « collusion ». Ainsi, la société, avec tous ses paradoxes, devient évidente. Finalement, je dois savoir si j'attache de l'importance au mariage, aux relations conjugales, à la famille. Si oui, dans quel sens, si non pourquoi? Ma réponse à ces questions va influencer mes objectifs et mes moyens thérapeutiques, ce qui ne signifie pas que je doive continuer de me prouver que mon idéologie est la bonne dans le traitement. Cependant, il est tout aussi impossible d'être neutre et de s'abstenir à tel point que mes idées, mes idéologies, mes idéaux ne jouent aucun rôle. De même, il est impossible d'éviter que mes expériences anciennes et actuelles dans ma famille et dans mes relations n'entrent pas en jeu. Thérapie ne signifie pas « sans valeur ». Dès que nous nous fixons des buts, nous faisons des choix de valeur...

*

Enfin, un dernier raisonnement ou plutôt un dernier coq-à-l'âne. J'ai dit, au début, que le nombre de gens recherchant de l'aide et celui d'auxiliaires ayant besoin d'aider est grand et augmente vraisemblablement. Face à cette situation, dans quelle mesure la thérapie est-elle sociale. Je ne veux que suggérer dans quelle direction il faut, selon moi, chercher des réponses; je le ferais en cinq points:

- Social devrait signifier que tout sujet qui a besoin d'une thérapie, au moins subjectivement, l'obtienne. Celui qui ne peut que la payer mais qui n'en a pas besoin, — et il y en a — rend la thérapie antisociale.
- Pour être social, il est nécessaire d'engager le potentiel thérapeutique avec modération, c'est-à-dire économiquement. La capacité thérapeutique des thérapeutes et des institutions thérapeutiques dépend par exemple de la durée des thérapies et cette dernière de la méthode.
- La politique sociale officielle pense, (lorsqu'elle pense), généralement de manière linéaire. En un mot: celui qui est confronté à des difficultés n'a qu'à s'en prendre à lui-même. Il en est l'auteur. Alors qu'il se débrouille pour s'en sortir. Que cet auteur puisse également être victime: cela implique que l'on reconsidère ses propres structures, et cela n'apparaît cependant pas nécessairement dans cet ordre qui est le meilleur possible. Un refus à l'égard d'un tel cynisme fait partie de notre responsabilité politique.
- Le traitement collectif, lorsque plusieurs personnes peuvent en profiter, revêt pour les gens concernés un aspect social. Si, en tant que fils, je vais

seul en thérapie, alors les parents, auxquels j'ai moi aussi posé des problèmes, sans lesquels je ne serais probablement pas aussi motivé pour cette thérapie, n'en retirent rien. Le fossé entre nous reste et s'élargit même.

Je suis favorable personnellement à l'établissement de ponts entre personnes et générations.

- Le but d'une thérapie devrait être social. Une thérapie peut promouvoir des combattants solitaires qui s'opposent à Dieu et au monde, qui adhèrent à la concurrence, à la compétition et au jeu de tous contre tous. On peut appeler cela liberté et considérer la thérapie comme la voie de libération...

Notre civilisation occidentale actuelle «tremble presque d'une rage de liberté». Elle est futile et asservie à une liberté au nom de laquelle le milieu physique, biologique et social est exploité. Vision de la fin des temps: même si nous nous étions privés nous-mêmes de ce qui est fondamental, l'important serait que nous devenions et que nous étions libres...

Nous courons le risque de sortir de la dialectique fondamentale de l'existence humaine: dialectique qui consiste dans la tension entre autonomie et dépendance, individualisme et sociabilité, distinction et intégration. La thérapie est pour moi une aide pour rendre cette tension vivable. Les contours de mon image de l'homme sont les suivants: des individus solidaires, reconnaissant dans la liberté d'autrui la limite à leur propre liberté, pour lesquels la maladie a aussi un sens pour l'ensemble. A cela la pensée éco-systémique me livre des éléments essentiels. C'est pourquoi je termine avec une citation de Gregory Bateson (1981):

«Nous nous sommes rencontrés ici non seulement pour diagnostiquer quelques maladies de ce monde mais aussi pour réfléchir à des antidotes... Avant tout il y a l'humilité. Au temps de la révolution industrielle, la catastrophe la plus grande a été l'énorme augmentation de l'arrogance scientifique. Mais à ce moment, (au moment de cette philosophie scientifique arrogante), a été réalisée la découverte que l'homme n'est que partie de systèmes encore plus grands et que la partie ne peut jamais contrôler le tout.»

BIBLIOGRAPHIE

- BATESON, G.: Oekologie des Geistes, Frankfurt a.M., 1981 (Suhrkamp). Trad. franç.: Vers une écologie de l'esprit. Le Seuil, Paris, 1977 (1) et 1980 (2).
- CAPRA, F.: Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild, Bern (1983) (Scherz). Trad. franç.: Le temps du changement. Ed. Rocher, Monaco, 1983.

- DUSS-VON WERDT, J.: Familientherapie als angewandte Soziologie, in: Richter H.-E., Strotzka, H. und Willi J. (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit, Reinbek, 1976 (Rowohlt).
- HOFFMANN-NOWOTNY, H.-J.: Auf dem Wege zur autistischen Gesellschaft? in: Rupp S., Schwarz K. und Wingen M. (Hrsg.): Eheschliessung und Familienbildung heute, Wiesbaden, 1980 (Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft).
- KORZYBSKI, A.: Science and Sanity, 1958.
- KRUELL, M.: Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung. München, 1979 (Beck).
- POHLEN, M. et al.: Psychoanalyse versus Familientherapie in» Psychie, August 1982.

ÉCO-ANTHROPOLOGIE ET THÉRAPIE SYSTÉMIQUE : UNE NOUVELLE IMAGE DE L'HOMME *

Gottlieb GUNTERN **

1. ÉCO-ANTHROPOLOGIE ET THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

1.1. Introduction

Il y a longtemps de cela, deux cow-boys, Charley et Pete, se dirigeaient à cheval de Flagstaff en Arizona en direction du nord. Au moment où le soleil se couchait, ils arrivèrent à proximité d'un gouffre énorme, aujourd'hui connu sous le nom de Grand Canyon. Ils étaient les premiers Blancs qui voyaient le Grand Canyon et leur étonnement devant cette merveille de la nature était immense. Nos deux cow-boys étaient gens simples et l'idée leur vint que ce gouffre devait résulter d'un coup de tonnerre, une certaine nuit, ou d'un soudain tremblement de terre. Alors Pete dit à Charley : « Tiens, quelque chose a dû se passer » et Charley de répondre : « A n'en pas douter ! ».

Pourtant, le Grand Canyon n'était pas né en une nuit. Il résultait de l'action du fleuve Colorado, lequel, durant des milliers d'années, en un processus lent et continu, avait rongé la roche de manière à faire apparaître la structure de l'écorce terrestre.

Nous nous trouvons aujourd'hui à nouveau devant un Grand Canyon, devant quelque chose d'étonnant qui se nomme « science systémique ». Et ce quelque chose suscite des émotions. Des émotions qui reflètent la perplexité et, souvent, une certaine résistance teintée de colère. Elles sont parfois formulées en mots plus choisis que ceux de Charley et Pete, mais ici aussi règne l'idée que quelque chose a surgi en une nuit.

La science systémique et, plus particulièrement, l'éco-anthropologie sont en train de se dégager sous l'action d'un Colorado qui porte le nom d'évolution scientifique. Cette évolution est un processus complexe

* Cette conférence a été prononcée à l'occasion des Journées de perfectionnement de l'Association catholique des conseillers conjugaux et familiaux allemands, à Ludwigshafen (Allemagne), 23-25 mai 1984.

** Traduit de l'allemand par M. et G. Nanchen.

et lent, dont j'aimerais aujourd'hui vous montrer quelques aspects, lesquels conduisent finalement à l'événement historique connu maintenant sous le nom de science systémique. Il me faut toutefois souligner que cet événement est encore largement ignoré et souvent mal connu.

1.2. De l'essence de la pensée

1.2.1. Premier aspect de la pensée

Actuellement, la meilleure description et l'explication la plus pertinente du développement de la pensée scientifique, nous les trouvons formulées dans la psychologie génétique – expression malheureuse à mon sens – et cognitive de Piaget (44, 45, 46). Cet auteur décrit la pensée comme un processus ininterrompu et jamais achevé, qu'il nomme « *équibration des structures cognitives* ». Ce processus comporte deux sous-processus qui s'influencent réciproquement de manière dialectique tout en progressant dans une direction donnée : *l'assimilation et l'accommodation*.

L'assimilation signifie qu'une information nouvelle est intégrée dans les structures conceptuelles existantes. L'accommodation signifie que ces structures doivent se modifier pour permettre l'intégration de l'information assimilée. Mais les structures ainsi modifiées exigent une nouvelle assimilation et la nouvelle assimilation provoque une nouvelle accommodation etc. Ainsi progresse le Colorado de la connaissance, en une spirale qui va de l'assimilation à l'accommodation et de l'accommodation à l'assimilation, à la recherche d'un meilleur équilibre, lequel ne sera jamais que provisoire. Le processus de la pensée n'est virtuellement jamais achevé car toute l'équilibration acquise tend vers une équilibration encore meilleure (« équilibration majorante »). De temps en temps, ce processus d'équilibration parvient à un paradigme ou à une théorie, qui à son tour enclenche une nouvelle spirale évolutive. C'est ainsi que nous progressons toujours plus profondément vers le magma de la « vérité », l'approchant toujours sans jamais pouvoir l'atteindre.

Tel est le développement de la pensée scientifique. Celui de la pensée non-scientifique ou parascientifique est totalement différent. A partir d'un certain niveau d'équilibration, le processus conceptuel se trouve bloqué. Le résultat atteint, qui toujours ne devrait être que transitoire, est dorénavant érigé en dogme et les tentatives pour faire progresser la connaissance violent un tabou ; le créateur de cette pensée pétrifiée est élevé au rang de totem et son enseignement à celui de sacrement. Celui qui traite de ces idées le fait sous la forme d'une herméneutique hagiographique, c'est-à-dire qu'il interprète, dans un respectueux murmure, ce que le maître a dit. Il en résulte la fin de l'esprit critique et une danse servile autour du totem. Ici l'avenir c'est le passé. C'est ainsi, à peu près,

que se déroule le processus paracognitif dans les religions, les sectes, les écoles, avec leurs dieux, leurs fondateurs, leurs maîtres et leurs élèves.

Dans le domaine parascientifique on n'a jamais pris connaissance de ce que disait Weinberg, le physicien des quanta (54), en 1977 : « Il paraît exister un accord général pour dire que l'élément essentiel du développement scientifique est la décision de rompre avec le passé. »

La thérapie systémique rompt avec le passé. Elle brise les règles de jeu du processus paracognitif ainsi que les tabous des écoles de thérapie parascientifiques. Pour les tenants de la nouvelle théorie, il en résulte des sanctions, qui vont de l'annulation pure et simple à l'ostracisme, du rejet simpliste des concepts à la diffamation politico-moraliste. Ces cris irrités trahissent en réalité l'inquiétude de gens pétrifiés, dont le dogme ne permet aucune interrogation et ne connaît aucune alternative.

1.2.2. Deuxième aspect de la pensée

Le deuxième aspect de la pensée est d'être *ancrée dans la biologie*. Les recherches sur le cerveau durant ces deux décennies ont produit de nombreux résultats intéressants. C'est le cas des travaux de Vogel, Sperry, Bogen et Gazzaniga (42, 43, 48, 52) qui ont démontré que nos deux hémisphères cérébraux représentent deux manières complémentaires de penser. L'hémisphère gauche pense de façon analytique, dualiste, diachronique, monocausale, élémentaliste, réductionniste, linguistique, consciente et rationaliste. L'hémisphère droit pense de manière synthétique, moniste, synchronique, multidimensionnelle, relationnelle, organisationnelle, picturale, inconsciente et intuitive. (Au lecteur de trouver des représentations imagées rendant compte des particularités des deux hémisphères cérébraux). Pour prendre une métaphore, on peut dire que la science systémique intègre les deux hémisphères car elle considère les deux modes de penser comme complémentaires et d'égale valeur.

1.2.3. Troisième aspect de la pensée

Le troisième aspect est *de nature culturelle*. Les cultures industrielles occidentales se sont vouées de manière unilatérale au mode de penser de l'hémisphère gauche. Les autres, comme par exemple le taoïsme, le bouddhisme zen et celles que Levi-Strauss a décrites sous l'expression de « pensée sauvage » (36) ont préféré l'hémisphère droit. Les deux manières de penser comportent des avantages et des inconvénients. Cependant, les moyens de transport et de communication modernes ont *entremêlé les deux modes de penser*. Il s'agit là certainement de l'une des causes qui ont conduit à l'émergence de la science systémique. Mais cela peut se formuler autrement, ce que j'ai fait dans un autre contexte (14) : un changement fondamental de paradigme a débuté

dans le domaine de la physique au tout début de ce siècle, il s'est manifesté ensuite, durant les années 30, en biologie et c'est dans le milieu du siècle qu'il a fait son entrée, de façon timide et hésitante encore, dans les sciences sociales. Dans le domaine de la thérapie, ce changement de paradigme est pour l'instant tout juste perceptible.

1.3. Le changement de paradigme en général

Comme le montre Kuhn (35), un changement de paradigme provient de causes bien déterminées, s'effectue selon un déroulement déterminé et produit des résultats qui le sont tout autant. Essentiellement, on peut décrire trois causes qui permettent l'avènement d'un nouveau paradigme :

- Premièrement, un certain paradigme est entaché de contradictions et son manque de cohérence logique stimule sa propre morpholyse, c'est-à-dire la dissolution de sa structure.
- Deuxièmement, une nouvelle information émerge, des découvertes ont lieu, qui font apparaître l'ancien paradigme comme un corset sur le point de craquer. Ce corset n'est plus dorénavant que provisoire, en attendant d'être abandonné.
- Troisièmement, le paradigme désuet engendre des conséquences si funestes que les gens en sont ébranlés et recherchent un nouveau paradigme. Parmi ces conséquences on peut aujourd'hui citer l'inefficacité des thérapies (avec les suites fâcheuses que cela comporte), la destruction de notre environnement et le surarmement insensé des nations qui fait courir à notre planète le risque de sa destruction.

Le développement d'un changement paradigmatique comprend les phases suivantes :

- Premièrement, l'ancien paradigme est remis en question de manière critique.
- Deuxièmement, un mouvement de bascule révolutionnaire se produit.
- Troisièmement, les manuels, qui reprennent systématiquement la nouvelle théorie, consolident le nouveau paradigme.
- Quatrièmement, des corrections mineures (« Puzzle-solving opérations » de Kuhn) sont régulièrement apportées, qui améliorent progressivement la théorie en question.
- Cinquièmement, le nouveau paradigme est intégré dans le processus d'évolution de la pensée humaine et de la science.

Quant aux résultats du changement paradigmatique, ils sont les suivants : *une nouvelle épistémé* apparaît (épistémé : connaissance, vision

des choses), laquelle devient un paradigme, un « échafaudage conceptuel » (Wittgenstein) servant de fondement à l'action, soit comme théorie (aspect digital) soit comme modèle (aspect analogique). Apparaissent aussi un *processus de résistance* contre la pensée nouvelle ainsi qu'un *processus de confrontation positive* envers celle-ci.

Ces deux processus prennent des formes diverses :

– Le nouveau paradigme est *annulé* à partir de phrases du type : « Il a dit quelque chose ? » ou « Cela passera. » On fait comme si rien ne se passait vraiment ou comme si ce qui se passe n'était pas nouveau. Face à la nouveauté, on bloque ses organes perceptifs dans l'espoir magique que cela suffira à annuler l'événement non souhaité.

– On essaie *d'éliminer* la nouvelle pensée en éliminant son auteur. Ici existent diverses tactiques. On peut éliminer l'auteur de manière physique, ce qui aujourd'hui n'est plus guère possible que dans les états totalitaires. A tout le moins, essaie-t-on de supprimer son influence. Cette deuxième solution est facilement réalisable et les méthodes sont multiples et bien connues : émigration forcée, licenciement, exclusion des congrès scientifiques, refus des publications, etc. On reproche à ces auteurs leur manipulation, leur cynisme, leur froideur, leur comportement amoral et destructeur. Les arguments frappent généralement au-dessous de la ceinture car ils relèvent davantage de la force que de l'activité réfléchie du cerveau.

– On *rapicèe et raccommode* le corset étriqué de l'ancien paradigme. On amalgame le nouveau et l'ancien en s'efforçant d'éliminer les incohérences et de colmater les fissures par des phrases du genre : « Dans le fond, nous pensons tous de la même manière, seule change la manière de l'exprimer. » Et cela se conclut par une embrassade de type symbiotique-parasitaire qui étouffe les divergences. Étant donné que le courage d'affronter la crise épistémique fait défaut et que manque l'exigence de structures conceptuelles claires et transparentes, on fait de l'à-peu-près et du trompe-l'oeil.

– Le nouveau paradigme est soumis au fil de la critique et *examiné à la loupe avant d'être admis et finalement conduit vers de nouveaux développements*. Ceci n'est cependant l'attitude que d'une large minorité, car il est plus facile de céder à l'indignation, qui est du niveau subcortical, que de penser de manière critique ou de changer sa manière de penser.

1.4. Le changement paradigmatique en anthropologie

Au cours de l'évolution de la pensée, l'homme élabore des théories sur le monde dans lequel il vit. Ces théories, à partir de la cosmologie, passent par la physique et la biologie pour aboutir à l'anthropologie, c'est-à-dire à l'étude de l'être humain (29).

Durant ce siècle ont surgi, l'une après l'autre, quatre anthropologies différentes, qui souvent coexistent. Cette coexistence peut se rencontrer à l'intérieur d'un même cerveau, comme on la rencontre également dans la plupart des « écoles de thérapie ». Les quatre anthropologies ont d'ailleurs une influence sur ce que nous nommons aujourd'hui, de façon trop vague, la « thérapie familiale ». Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

Je puis décrire ces quatre anthropologies ou théories de l'homme comme quatre positions épistémiques, à savoir :

Premièrement, *l'individu comme acteur ou la position épistémique du suprématisme naïf*. Cette anthropologie est adoptée par beaucoup de thérapeutes, généralement de manière simpliste. Suivant en cela la sentence de l'Ancien Testament « Soumettez la terre », l'individu est perçu comme un créateur tout-puissant et solitaire, comme quelqu'un qui, en vertu d'une séquence cause-effet unidirectionnelle et monocausale, se domine lui-même comme il domine le monde et réalise tout ce qui est techniquement possible. Cette conception transforme la thérapie en une ronde avec le patient, ronde dont les idées grandioses et les résultats discutables sont connus et qui, finalement, déborde aussi bien le thérapeute que le patient.

Deuxièmement, *l'individu comme « réacteur » ou la position épistémique de l'élémentalisme réductionniste*. Cette anthropologie contient l'idée selon laquelle la personne est un robot préprogrammé et sans autonomie ou encore une machine réflexe qui ne fait que réagir à des stimuli provenant soit de l'intérieur soit de l'extérieur de l'organisme. Cette théorie se subdivise en trois catégories :

- *L'élémentalisme génétique*, qui est représenté par la psychiatrie organiciste et par son prolongement linéaire la pharmacopsychiatrie, voire la récente sociobiologie. La personne y est décrite et traitée comme un robot dépourvu d'autonomie ou comme une machine réflexe qui réagit aux instincts, aux enzymes, aux substances chimiques, aux gènes.
- *L'élémentalisme psychanalytique-psychodynamique*, qui perçoit la personne comme un robot dépourvu d'autonomie, réagissant aux pressions en provenance du ça (pulsions) ou du surmoi (résultat de la socialisation). L'individu apparaît comme un être cruellement contraint, menacé dans son existence par des pressions dont il a peine à se défendre. Dans une autre topologie, c'est le conscient qui se défend contre le subconscient, dans lequel les pulsions et les émotions liées aux événements refoulés de la petite enfance s'activent comme des gnomes inquiétants dans la nuit.

- *L'élémentalisme behavioriste*, spécialement celui qui porte la marque de Skinner, voit la personne comme un robot sans autonomie réagissant de manière réflexe aux stimuli de l'environnement, par lequel il est tout aussi dominé que l'est le sujet freudien par le ça ou le surmoi, ou comme l'est le conscient par l'inconscient. Skinner formule ce point de vue de manière claire et concise : « Une analyse scientifique du comportement humain dépossède l'individu de son autonomie et attribue à l'environnement le contrôle qui devrait lui revenir. » Il s'agit là d'un point de vue qui s'est révélé erroné et que personnellement j'ai réfuté il y a dix ans (11).

L'anthropologie de l'élémentalisme réductionniste se fonde sur une remarquable méconnaissance de la biologie et de l'évolution du cerveau humain. C'est ce que j'avais formulé de la manière suivante dans un autre exposé (25) : « Selon Papez Mc Lean, le cerveau humain se compose de trois plis qui, l'un après l'autre, se sont superposés au cours de l'évolution.

Le *cerveau reptilien*, acquis il y a environ 250-280 millions d'années, détermine la vie intellectuelle et pulsionnelle. Ceux qui considèrent l'homme comme étant essentiellement un être instinctuel se réfèrent à une anthropologie quelque peu simpliste, une anthropologie « à un pli » en quelque sorte.

Le *système limbique* (premier cerveau des mammifères), acquis il y a environ 165 millions d'années, gère les émotions et gouverne les comportements émotionnels. Celui qui considère l'homme comme étant avant tout un être d'émotions et de sentiments se réfère à une anthropologie « à deux plis ».

Le *néo-cortex*, acquis il y a environ 5 millions d'années, opère au moyen de symboles digitaux et analogiques. Avec lui commença l'homme. Sans néo-cortex, pas de logique supérieure, pas de concepts élaborés, pas de théorème de Pythagore, pas d'équations différentielles ni de théorie de la relativité. Sans néo-cortex, pas d'activité scientifique ni de créativité artistique. En un mot, sans lui la culture se réduirait à bien peu de choses. Celui qui a compris cela se réfère à une anthropologie « à trois plis », sans laquelle une authentique humanité n'est pas possible. Ironie du sort, ce sont généralement les tenants des deux premières anthropologies qui reprochent à la troisième son manque d'humanité ! »

En thérapie, l'élémentalisme réductionniste incite à vouloir changer ce qui ne peut pas l'être (par ex. les gènes, les instincts, les enzymes, les expériences de la petite enfance) et conduit finalement au nihilisme thérapeutique. En fin de compte, voulant échapper à la résignation, on en vient à submerger le patient de substances chimiques dont on sait

souvent peu de choses, voire rien du tout. Dans le cas particulier du behaviorisme, cela amène à ne vouloir modifier qu'une partie seulement de ce qui pourrait et devrait être changé.

Plus généralement, cette anthropologie conduit souvent à une épistémé pessimiste et, en fin de compte, à une apathie résignée aussi bien des thérapeutes que des patients.

Troisièmement, *l'individu comme «interacteur» ou la position de l'éclectisme polypragmatique*. Selon cette anthropologie, l'individu est parfois acteur, parfois réacteur, dans des interactions dyadiques et bidirectionnelles (par ex. personne-personne, personne-animal, personne-plante, personne-objet inanimé).

Cette conception se retrouve chez tous les thérapeutes qui tentent d'amalgamer le corps théorique de la psychanalyse avec les concepts de la théorie de la communication et/ou avec ceux du behaviorisme.

L'éclectisme polypragmatique est à la fois plus riche et plus pauvre que les deux anthropologies précédentes. Il est plus riche car il accepte, bien que mutilée, l'idée d'une interaction bidirectionnelle. Il est plus pauvre car il amalgame et conglomère au lieu de structurer et d'intégrer. Il renonce facilement à une connaissance précise des choses pour la remplacer par la rhétorique et l'habileté verbale. C'est dans ce sens que j'écrivais en 1980 : « Il devrait être clair dorénavant que l'expression thérapie de famille sans l'adjonction d'un qualificatif ne veut rien dire. La thérapie de famille est actuellement à la mode et, comme il en va souvent avec la mode, les vieux chapeaux reçoivent des noms nouveaux et obtiennent à bon compte une popularité inespérée » (15) et en 1983 : « Thérapie de couple et thérapie de famille sont des étiquettes à la mode dont tous aiment aujourd'hui à se parer, en insistant sur le fait que non seulement le roi porte de nouveaux habits mais qu'en plus il dispose des nouveaux accessoires qui leur correspondent » (24).

Dans le domaine de la thérapie, l'éclectisme polypragmatique conduit à l'incohérence, à des comportements inconséquents et, pour ces raisons, à une pratique discutable. Se fondant sur un certain concept, on fait un pas en avant et, s'appuyant sur un autre, issu d'une référence théorique différente, on fait un pas en arrière. Comme un danseur de tango indécis, on bouge beaucoup mais on n'avance pas. L'incohérence de la pensée conduit l'action à une impasse. Et comme l'on ne dispose pas de références conceptuelles claires, il n'est pas possible de trouver pourquoi les choses vont de travers. Et lorsque les choses vont de travers, comme les feuilles mortes, tombent à leur tour les mots savants que l'on colle sur son échec. Lorsque le thérapeute est nu, il n'est pas rare de l'entendre expliquer ainsi sa détresse : « le patient manque d'introspection » ou bien « sa capacité de transfert est trop réduite ».

Quatrièmement, *l'individu comme « transacteur » ou la position épistémologique de la science systémique*. Selon cette anthropologie, la personne participe à un processus de mise en réseau à la fois continu, n-adique, multidimensionnel, multidirectionnel et réciproque. En tant que transacteur, l'individu fait partie d'un champ transactionnel qu'il contribue à créer, à maintenir, à changer et à dissoudre.¹

Le terme « transactionnel », comme le relèvent Cantril, Ames *et al.* (42), fut introduit dans les sciences sociales en 1945 par Dewey et Bentley (*ib.*). Ces derniers décrivent leur approche de la manière suivante : « L'observation de ce type général (transactionnel) ne voit pas l'homme-en-action comme quelque chose qui serait posé radicalement au-dessus de son environnement, et pas davantage comme une simple action « dans » le monde, mais comme une action de ce monde, dont l'homme fait partie comme constituant intégral ». Dans cette approche, le processus de la pensée et tous les autres processus transactionnels d'un organisme apparaissent « non pas comme des activités de ce seul organisme, ni davantage comme fondamentalement siennes, mais comme des processus de la situation organisme-environnement dans sa globalité ». Et Dewey d'ajouter : « De la naissance à la mort, chaque être humain est un participant. Si bien que ni lui-même, ni quoi que ce soit qu'il ait fait ou enduré, ne peut être compris si l'on omet de considérer qu'il participe à un champ de transactions étendu, champ qu'il contribue à maintenir ou à modifier. »

Pour prendre une métaphore, je dirais qu'en tant que transacteur, l'individu est en même temps quelqu'un qui tisse un drap et quelqu'un qui est tissé comme un fil dans ce drap. Tisser et être tissé ne sont qu'un. Le tisserand n'existe pas sans le tissu et le tissu n'existe pas sans le tisserand. Dans ce sens, transagir signifie participer à quelque chose qui vous dépasse. Chaque opération organismique (somme organisée de toutes les transactions en un point donné du monde (Minkowski), c'est-à-dire en un point donné du temps et de l'espace) et chaque transaction organismique sont participation à quelque chose qui transcende le participant. Le processus de pensée d'une personne transcende la monade de l'organisme. Sa pensée est participation à quelque chose qui pourrait s'appeler « pensée-des-organismes ». Le dialogue entre deux personnes transcende la dyade, c'est-à-dire qu'il est davantage qu'une interaction, car les deux participent à un processus qui est plus ancien que l'ontogenèse des deux personnes et qui les dépasse aussi d'un point de vue thématique, car il s'agit d'un thème très ancien de l'humanité, à savoir « le parler-ensemble ». Le jeu entre des parents et leur enfant transcende la triade, car ensemble ils participent à un champ transactionnel qui

¹ Précision terminologique : je définis comme transaction tout échange observable de matière-énergie et/ou d'information à l'intérieur d'un écosystème.

s'appelle « le-jeu-parents-enfant », qui est phylogénétiquement plus ancien que l'homme et ontogénétiquement plus ancien que les trois personnes en question. Par leur participation ils codéterminent ce jeu et sont codéterminés par lui. Cette notion de la participation transcendante ne se réfère à aucune métaphysique chamarrée, elle s'inscrit simplement dans une réalité de l'existence.

Pour éviter des confusions, je voudrais souligner que le concept de transaction, tel que l'utilisent l'éco-anthropologie et la thérapie systémique, n'a *rien* de commun avec la notion de transaction que Berne (5) emploie dans son « analyse transactionnelle ». Berne définit une transaction comme « un stimulus en provenance d'un état du moi d'une personne et la réponse qui lui correspond en provenance de l'état du moi d'une autre personne ». Comme vous le savez certainement, il distingue trois « états du moi » chez l'individu : le moi-enfant, le moi-adulte et le moi-parent. Il imagine ainsi trois homuncules qui correspondent au ça, au moi et au surmoi, les rebaptisant de manière nouvelle. La définition de Berne appartient aussi bien à l'anthropologie de l'action-réaction qu'à celle de l'interaction, où les concepts psychanalytiques (moi) sont mélangés avec ceux du behaviorisme (stimulus-réponse). Dewey et Bentley (ib.) observaient ce qui suit : « Comme chacun le sait, le concept d'interaction fut introduit en psychologie en même temps qu'il le fut en physique, d'où il fut d'ailleurs copié, mais il s'éloigne de sa signification première » car il était devenu désuet et dépassé. L'approche transactionnelle en physique avait pourtant commencé en 1876, lorsque Maxwell écrivit la préface de « Matière et mouvement ». Le mot « transaction » tel qu'il est utilisé par Berne dans son analyse transactionnelle nous montre seulement comment, dans le cadre de l'éclectisme polypragmatique, psychologues et thérapeutes jouent de manière désinvolte avec des termes empruntés à gauche et à droite dans l'espoir de reprendre des trous conceptuels. Il s'agit ici de quelque chose que le mathématicien et le théoricien des systèmes Rapoport (49, p. 142) a dénommé « la suggestion sémantique » entendant par là « la tendance à confondre la création de nomenclature avec la création de principes ». « L'analyse transactionnelle » de Berne mêle ouvertement l'utilisation de termes usés avec l'introduction de concepts nouveaux. Une telle « suggestion sémantique » nous la trouvons également chez ces auteurs qui, dans le cadre de l'éclectisme polypragmatique et plus particulièrement ceux qui relèvent de l'élémentalisme psychanalytique — psychodynamique, se parent de l'adjectif « systémique ».

2. THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Il n'est pas possible dans ce contexte de donner un résumé des concepts de la thérapie systémique. Le lecteur qui s'y intéresse peut se

référer à mes autres publications sur ce sujet (13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30). Je ne présente ici que quelques considérations critiques en rapport avec le titre de cet exposé.

2.1. Développement historique

Le développement de la thérapie systémique a connu trois phases qui, pour une part, se sont succédées chronologiquement, mais qui ont également existé de manière simultanée.

La *phase 1* est caractérisée par la tentative de décrire les systèmes humains à partir des concepts psychanalytiques, individuels. C'est à l'aide de concepts intrapsychiques que l'on s'efforçait de décrire et de traiter les couples ainsi que les familles. Cette première phase était sans doute nécessaire mais il devint bientôt évident qu'une telle tentative ferait naufrage. Quelques « thérapeutes de famille » aujourd'hui bien connus (1, 2) peuvent être rattachés à cette phase.

La *phase 2* est caractérisée par la tentative d'expliquer les systèmes humains à l'aide de concepts psychanalytiques, behavioristes et interactionnels. La plupart des « thérapeutes de famille » actuels se rattachent à cette phase (6, 7, 8, 53) et, mutatis mutandis, ce qui a été dit à propos de la phase 1 les concerne : leur tentative est vouée au naufrage.

La *phase 3* est celle de l'utilisation de concepts systémiques transactionnels ainsi que de concepts issus de la théorie de la communication et de la cybernétique pour décrire et traiter les systèmes humains. Quelques « thérapeutes de famille » connus appartiennent à cette catégorie (3, 31, 32, 33, 34, 40, 41, 50). Personnellement, je m'y rattache aussi. En gros, la thérapie systémique dans l'optique de la phase 3 correspond à ce que j'ai décrit pour la première fois en 1977 dans un symposium à Zurich (14) sous l'appellation *d'éco-anthropologie systémique*. Mais, entre-temps, cette notion fut à son tour phagocytée, ce qui permit à l'éclectisme polypragmatique d'effectuer un tour de piste supplémentaire paré des nouveaux habits du roi.

2.2. Définition de la thérapie systémique

Il existe, parfois tautologiques et souvent équivalentes, beaucoup de définitions de la thérapie systémique. Dans le contexte de cet exposé, je définis la thérapie systémique comme *la transformation systématique des systèmes humains dysfonctionnels en systèmes fonctionnels*², à partir des concepts de l'éco-anthropologie systémique. Un système peut être

² Dans le texte original, le qualificatif est « eufonctionnel » afin de faire ressortir que « fonctionnel » et « eufonctionnel » se situent à deux niveaux logiques différents. Afin de respecter l'usage qui s'est maintenant instauré en français, nous traduirons ce concept par « fonctionnel » désignant par là un système qui fonctionne bien (N.d.t.).

considéré comme fonctionnel lorsque ses membres participent à des processus qui conduisent à l'absence de symptômes, à la capacité de travailler, d'établir des relations, d'aimer et de créer.

2.3. Postulats épistémologiques de base

Le thérapeute systémique opère sur la base d'une série de postulats épistémologiques fondamentaux, dont seuls quelques-uns peuvent être cités ici. Je voudrais également souligner qu'à mon avis la thérapie systémique n'est pas possible si l'un ou plusieurs de ces postulats sont ignorés.

Le principe de la relativité d'Einstein postule qu'il n'existe pas de réalité en soi mais seulement des réalités relatives à une position d'observation déterminée. Ce postulat implique que la position physique du thérapeute (entretien en vis-à-vis avec une personne, un couple ou une famille, position à côté de la personne, entre des personnes, derrière le miroir sans tain, devant l'écran vidéo, etc.) et/ou sa position conceptuelle (personne considérée comme acteur, interacteur ou transacteur) codéterminent la réalité qu'il perçoit. Cela signifie que le thérapeute doit savoir que ce qu'il perçoit est perçu d'un point de vue bien déterminé et que sa perception n'est valable qu'en référence à ce point de vue particulier ou, autrement dit, qu'en référence à son propre critère de différenciation.

Le postulat d'incertitude de Heisenberg contient l'idée que la méthode de recherche ou, dans notre cas, la méthode de thérapie (caméras vidéo, microphone, aménagement des sièges, interventions, etc.) codétermine la réalité que perçoit le thérapeute. Le thérapeute systémique n'est pas un observateur passif qui se tient à l'extérieur de ce qu'il observe ; il n'est même pas un participant (Wheeler), mais un transacteur actif et, de ce fait, une personne qui transforme la réalité qu'elle perçoit. Ses transactions influencent les transactions des patients, lesquelles l'influencent en retour. Il est responsable de ce qu'il perçoit.

Le postulat de complémentarité de Bohr implique qu'il n'existe pas de dichotomies mais seulement des complémentarités. Cela signifie que le thérapeute doit rechercher de la faiblesse là où il perçoit de la force, de la lumière là où il perçoit de l'obscurité, de la haine là où il perçoit de l'amour, et inversement. Son image n'est complète que lorsqu'il perçoit le côté pile et le côté face de la même pièce.

Le principe d'incomplétude de Goedel contient l'idée qu'aucun système ne peut être compris et expliqué complètement si l'on reste au niveau de ce seul système. Cette compréhension n'est possible qu'au niveau du suprasystème. A plus forte raison, on ne peut pas décrire, expliquer et transformer un système si l'on reste au niveau de ses sous-systèmes, comme cela se passe avec les thérapeutes qui opèrent à partir de l'éclectisme polypragmatique, de l'élémentalisme réductionniste ou

du suprématisme naïf. La manière dont un individu est organisé et agit ne peut devenir suffisamment compréhensible, explicable, et par là traitable, que si le thérapeute comprend comment le suprasystème (par ex. le couple, la famille) est organisé et fonctionne. Il en va de même pour le couple ou pour la famille, lesquels ne peuvent être correctement compris, expliqués et traités que si l'on comprend, explique et traite (lorsque cela est possible) le suprasystème (la famille pour le couple, la famille élargie pour la famille nucléaire). Les méthodes thérapeutiques d'orientation psychanalytique sont en contradiction flagrante avec le principe d'incomplétude, car elles plongent dans les trois sous-systèmes que sont les homuncules ça, moi et surmoi pour expliquer et comprendre le système individu ou organisme.

Le principe de relativité linguistique de Whorf signifie que le langage que nous utilisons codétermine la réalité que nous percevons. Le thérapeute doit savoir que son langage codétermine le langage et, par là, la réalité des systèmes qu'il traite (individus, couples, familles, groupes). Inversément, son propre langage est déterminé par leur langage. Cette considération doit le rendre circonspect dans l'utilisation qu'il fait du langage.

Le postulat d'équilibration des structures cognitives de Piaget implique que chaque conquête dans le domaine de la connaissance n'est que provisoire et doit être constamment améliorée. On peut dire que le thérapeute travaille au milieu d'un fleuve de transactions qui continuellement s'écoule ; chaque compréhension qu'il obtient du processus thérapeutique n'est que provisoire et celle-ci à peine conquise court le risque d'être déjà périmée. Ce fait exige beaucoup de souplesse de sa part lorsqu'il échafaude des théories sur la situation dont il s'occupe.

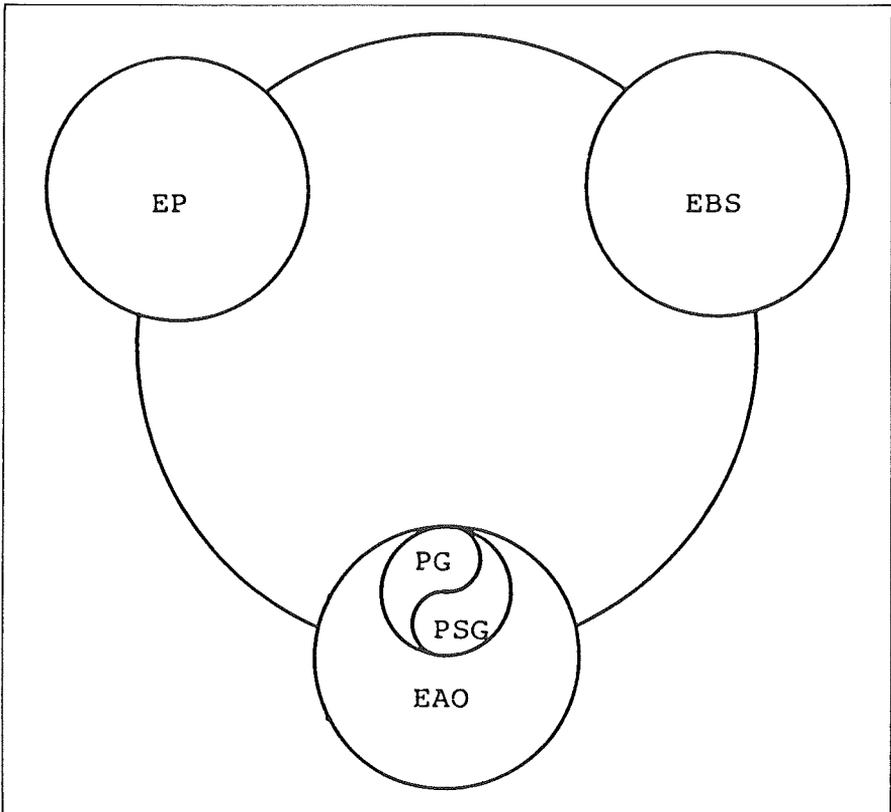
2.4. L'écosystème

L'écosystème est la plus petite unité capable de vie et de développement dans l'univers. L'écosystème est l'unité du développement normal, déviant ou pathologique. Par conséquent, il est logiquement aussi la plus petite unité relevant de la thérapie. La thérapie systémique traite la partie de l'écosystème qui lui est accessible.

Dès que nous disons quelque chose à propos de l'écosystème nous utilisons le langage. Le langage est une structure linéaire, analytique dans son essence et créant par lui-même des dualismes. Il fait éclater l'unité synchronique et multidimensionnelle de l'être et crée, en tant qu'artefacts, des éléments morcelés au lieu de processus ou de relations entre ces éléments. Ce que nous disons de l'écosystème au moyen du langage détruit, de ce fait même, une partie du tissu vivant que nous nommons la réalité. Ces réserves apportées, je voudrais décrire ainsi la réalité : un écosystème est composé de trois éléments constitutifs et d'un processus transactionnel s'écoulant entre eux.

Ces trois constituants sont *l'environnement physique* (EP), c'est-à-dire aussi bien les facteurs naturels (par exemple, ceux qui relèvent de la géographie, de la géologie ou de la météorologie) que les facteurs artificiels (par exemple, l'architecture, les machines, les objets, etc.); *l'environnement biosocial* (EBS), qui comprend les plantes, les animaux et les hommes et *le système de référence* (SR), c'est-à-dire le système que l'on choisit de prendre en considération, que ce soit un organisme, un couple, une famille, un groupe, une institution sociale, une culture, une nation ou une organisation supranationale comme l'ONU. Dans notre cas (voir diagramme fig. 1), nous avons choisi le plus petit système de référence pouvant relever de la thérapie : l'organisme. Chaque constituant peut bien évidemment être analysé à l'infini. Par exemple, à pro-

Figure 1 : L'écosystème.



EP = environnement physique
 EBS = environnement biosocial

PG = programme génétique
 PSG = programme syngénétique
 EAO = état actuel d'opération

pos de l'organisme, on peut décrire un *état actuel d'opération* (EAO) comprenant quatre aspects : l'aspect cognitif, l'aspect affectif, l'aspect physio-chimique et l'aspect comportemental. Un aspect ne doit pas être considéré comme une « partie » de l'organisme ou de sa manière de fonctionner ; il est la totalité telle qu'elle est perçue à partir d'un quelconque point de vue, physique ou conceptuel.

Dans l'organisme on peut décrire également deux programmes complémentaires. Le *programme génétique* (PG) contient de façon phylogénétique des plans destinés à la construction et au fonctionnement de structures et de processus ; il établit, entre autres, une prédisposition fondamentale de comportement. Le *programme syngénétique* (PSG) contient l'acquis ontogénétique tiré de contextes concrets, ainsi que des règles de comportement de portée générale applicables à un contexte particulier (12, 17, 18). Alors que le programme génétique rend possible un réglage grossier des transactions, le programme syngénétique permet un réglage plus fin, adapté au contexte.

Les deux catégories de processus transactionnels qui peuvent être observés dans un écosystème sont, d'une part, les *processus de matière-énergie* et, d'autre part, les *processus d'information* ; comme Miller (39) l'a montré, ces processus s'effectuent en se fondant sur des sous-systèmes dont chacun a sa fonction propre.

Ces processus transactionnels créent, maintiennent, modifient et dissolvent ce que je nomme un *champ transactionnel* (19). A l'intérieur de ce champ on peut décrire une *organisation de base* (l'auto-organisation) et sept *patterns transactionnels* qui sont liés : l'épistémé, l'autonomie, la hiérarchie, le processus de décision, la coopération, la gestion du conflit et les stratégies (« coping strategies »). La thérapie systémique transforme des champs transactionnels dysfonctionnels, et par là une organisation de base et des patterns transactionnels dysfonctionnels, en les rendant fonctionnels (« eufunktionnel »). Je rappelle que ces patterns ne sont en aucune façon des « parties » du champ, mais des aspects de celui-ci tels qu'ils apparaissent à partir de perspectives différentes.

Tout de qui s'écoule dans l'écosystème est soumis à ce que j'appelle le *codéterminisme probabiliste systémique*. Cela signifie que la loi et le hasard codéterminent tous les processus transactionnels ayant lieu dans l'environnement physique et biosocial, de même que dans le système de référence. Concrètement dit, toute tentative d'explication réductionniste (par ex. « la météo est la cause de tel comportement » ; « la famille est la cause de tel comportement » ; « le programme syngénétique acquis durant la petite enfance est la cause de tel comportement » ; « l'état actuel de l'aspect physio-chimique — par exemple, un déficit de noradrénaline dans l'état opératoire actuel de l'organisme — est la cause de tel comportement ») est insuffisante et conduit à des résultats discutables lorsqu'elle s'applique aux conditions particulières de la thérapie.

Chaque facteur ne possède qu'une certaine probabilité immanente de contribuer partiellement à un comportement. Et plusieurs probabilités immanentes ne s'additionnent pas de manière algébrique, elles s'organisent en une nouvelle probabilité globale qui dépend de l'organisation systémique des facteurs de l'écosystème. L'exemple suivant devrait éclairer ce que je tente d'expliquer : une femme traverse la rue, un jour de pluie, en automne ; survient un jeune chauffeur qui roule à tombeau ouvert dans une vieille voiture ; admettons que chaque déterminant pris séparément ait une probabilité immanente de 10% de causer un accident mortel (femme inattentive : 10% ; rue mouillée recouverte de feuilles : 10% ; vieille voiture avec de mauvais freins : 10% ; chauffeur immature et agressif : 10%) si ces quatre probabilités se rencontrent en un point du monde (Minkowski), elles ne s'additionnent pas en une probabilité de 40% mais elles s'organisent en une probabilité globale dépassant 90%, si bien qu'il existe une probabilité d'accident mortel avoisinant la certitude.

La thérapie systémique traite la partie de l'écosystème qui est accessible à un *changement thérapeutique*. Peuvent être modifiées : *les données qualitatives et quantitatives de l'environnement biosocial immédiat* (par ex. la quantité et la qualité des relations intrafamiliales), *les données qualitatives et quantitatives des divers systèmes de référence* ainsi que des processus transactionnels qui se déroulent en eux et entre eux (par ex., la manière dont les partenaires d'un couple et leurs deux enfants échangent des marchandises, comme du chocolat, et des messages, tels que louange, blâme, doute). Peuvent être modifiés également *la structure et le mode opératoire du programme syngénétique* (par ex., la structure des règles de comportement avec ses divers niveaux hiérarchiques : « Survis, débrouille-toi ! » — « Cours ! » — « Cours droit devant toi ! » — ou encore, lorsqu'une personne est confrontée à une situation nouvelle, comme le contact avec une nouvelle culture, elle doit élaborer des règles adéquates, qu'elle trie et active à partir de son programme syngénétique afin de se comporter d'une façon adaptée au contexte). Peuvent être modifiés encore *certaines modes opératoires du programme génétique, à l'exception de sa structure* (par ex. si quelqu'un possède une disposition génétique à agir de manière agressive plutôt que régressive en situation de stress, il peut activer ou inhiber cette disposition ; par contre, la structure elle-même demeure). Peuvent être modifiés enfin la structure et certains modes opératoires des aspects organismiques de toutes les personnes impliquées dans la thérapie (il est possible, par ex., par un impact de matière-énergie [médicaments] ou d'information [communication verbale, paraverbale et non-verbale] de modifier la structure et le mode opératoire des aspects cognitifs, physio-chimique, affectif et comportemental de tout le monde).

Sont généralement inaccessible à la thérapie : l'environnement naturel, l'environnement biosocial au sens large, la structure et certains modes opératoires du programme génétique des personnes impliquées dans la thérapie. Prenons, par ex. une famille dont le fils souffre d'une schizophrénie paranoïde aiguë. Le temps de fôhn qui a une influence sur la décompensation du jeune homme ne peut pas être modifié ; d'autre part, si la société dans laquelle vit une famille est axée sur les performances et tend à négliger les besoins émotionnels de ses membres, cette échelle des valeurs ne peut pas être changée dans le cadre de la thérapie. Et encore : la structure du programme génétique de toutes les personnes concernées, ainsi que certaines opérations de ce programme telles que la division cellulaire du foie, la modulation de fréquence du système nerveux, etc. ne peuvent pas non plus être changées.

Comprendre ce qu'est un écosystème et comment il fonctionne c'est aussi comprendre ce qu'est une thérapie systémique et comment elle peut opérer. Le thérapeute systémique est un « transacteur » qui propose des changements dans un champ transactionnel et qui, dans le même temps, est transformé par lui. Faire et se faire faire sont deux aspects d'une même réalité. Ces affirmations mériteraient d'autres développements mais il ne m'est pas possible de m'étendre davantage sur ce sujet dans ce cadre.

2.5. Phases d'une thérapie systémique

Pour l'essentiel, la thérapie systémique se déroule en quatre phases pouvant se combiner de différentes manières (hiérarchique, synchronique, diachronique) et que je présenterai ici en style télégraphique. Ces quatre phases correspondent à la *morphogénération* (création), à la *morphostase* (maintien), à la *morphotransformation* (changement structurel) et à la *morpholyse* (dissolution) d'un système thérapeutique. Un système thérapeutique peut être défini comme un système dont les constituants (thérapeute et patients) participent, dans un but thérapeutique, à des transactions de matière-énergie et d'information.

A chaque phase correspond une organisation qui codétermine l'ensemble des opérations de cette phase. A chaque phase, le processus thérapeutique peut se dérouler correctement ou de manière erronée. C'est pour cette raison qu'il est important que soient bien connus les handicaps et les ressources, les chances et les dangers de chaque phase, de manière à pouvoir maîtriser aussi bien les écueils que les inévitables crises.

2.6. Stratégies thérapeutiques

Une stratégie thérapeutique est constituée par des tactiques et des transactions visant un but thérapeutique.

Je voudrais souligner ici qu'il n'est pas de mise d'attribuer à cette expression une quelconque ressemblance, de nature sémantique ou autre, avec les stratégies militaires. A la différence de celles-ci, les stratégies thérapeutiques sont des stratégies au service de la vie ou, simplement, pour aider à vivre. Elles ont été testées au cours de l'évolution et jugées aptes à favoriser l'adaptation ; c'est pour cette raison que nous pouvons les observer dans la vie de tous les jours. Indéniablement, elles assurent la survie, qualité qui ne peut pas être mise au crédit des stratégies militaires, particulièrement de celle de notre époque.

2.7. Contrôle de la thérapie

Chaque processus doit être contrôlé, sans quoi il tend à dégénérer. Cela vaut également pour les processus thérapeutiques. Effectuer un contrôle signifie observer de manière directe et intervenir à des fins de correction lorsque surgissent des déviations par rapport à la norme. Par contre, cela ne signifie pas élaborer des métaspéculation sur des spéculations comme c'est le cas dans les classiques « contrôles de thérapie », où un thérapeute, après coup, raconte à son superviseur ce qu'il croit s'être déroulé dans la thérapie. Une vraie observation n'est possible que dans une position qui permette un accès aussi direct que possible au processus thérapeutique, par exemple, comme co-thérapeute, comme superviseur derrière un miroir sans tain ou visionnant des bandes vidéo. Chacune des trois formes de contrôle recèle des avantages et des inconvénients. Par contre, un pseudo-contrôle, c'est-à-dire des métaspéculation sur le récit spéculatif d'un thérapeute, comporte plus d'inconvénients que d'avantages. Ceci est d'ailleurs confirmé par diverses expériences qui ont comparé ce que raconte subjectivement un thérapeute et ce qui, de la même thérapie, a été enregistré sur vidéo. Il existe un fossé entre ce qu'il croit avoir vécu ou ce qu'il a eu l'intention de faire et ce qui s'est réellement passé.

2.8. Formation des thérapeutes systémiques

J'estime qu'une formation réaliste des thérapeutes systémiques doit viser quatre buts : une clarté conceptuelle, une solide connaissance du métier, une ouverture à la dimension artistique de la thérapie, l'adhésion à un certain code éthique. Ces buts sont tout à fait liés et peuvent être atteints simultanément en utilisant notamment les moyens suivants : exposés théoriques, enregistrements vidéo de thérapies effectuées par des thérapeutes expérimentés, jeux de rôles revus en vidéo, bibliographie spécialisée.

Clarté conceptuelle :

Quiconque pense et agit ne peut le faire, consciemment ou inconsciemment, qu'en se fondant sur des concepts. Lorsque les concepts sont clairs, la pensée est claire et l'action, efficiente. Où règne la confusion conceptuelle, la pensée est confuse et l'action, inefficente ; avec les conséquences que cela implique. Par conséquent, la clarté conceptuelle est le *fondement* de toute bonne thérapie.

Solide connaissance du métier :

Chaque profession a développé des méthodes et des techniques qui peuvent s'apprendre. Ceci se traduit par l'expression « avoir du métier ».

La thérapie systémique repose sur un solide métier, ce qui en principe peut s'apprendre lorsque existent la motivation et les conditions psychologiques et morales nécessaires.

Un métier s'apprend en observant ceux qui le maîtrisent ; en entraînant inlassablement les transactions spécifiques et les opérations plus générales ; en observant des centaines de séances de thérapie ; en étudiant des centaines d'enregistrements vidéo ; en conduisant soi-même des centaines, voire des milliers, de séances. Le métier de thérapeute, comme la plupart des autres métiers, ne s'apprend pas dans les livres. On l'acquiert en le pratiquant, on l'apprend de la vie, dans la vie et par la vie.

Dimension artistique :

« La chance ne favorise que l'esprit préparé » a dit Pasteur.

Lorsqu'on dispose de concepts clairs, que l'on maîtrise son métier et que les circonstances sont favorables, la thérapie peut acquérir une dimension artistique. Quiconque s'exerce au violon ne peut espérer devenir un Paganini, pourtant de nombreuses personnes, dans des instants privilégiés, peuvent produire des chefs-d'oeuvre. Lorsque la thérapie devient un art elle séduit par sa simplicité ; à travers ses lignes géodésiques, chaque transaction conduit au but par le plus court chemin, comme un ballet où tous les danseurs se meuvent de manière rythmée vers le même but dans un accomplissement esthétique de l'instant. Nous savons que l'art se manifeste rarement mais qu'il apparaît parfois.

Dimension éthique :

Tout métier sérieux contient un code d'honneur implicite. L'éthique de la thérapie systémique est cybernétique : est bon ce qui est profitable à *toutes* les personnes concernées, qu'elles soient physiquement dans la thérapie ou non, et qui ne nuit à *personne*. La thérapie systémique est un « *non-zero-sum-game* » dans lequel le gain de l'un des protagonistes signifie un gain — et non une perte — pour les autres et, inver-

sément, dans lequel une perte pour l'un entraîne toujours une perte pour les autres. Telle est l'éthique du thérapeute systémique, qui s'efforce d'aider tous les participants – ainsi que lui-même – dans les meilleurs délais possibles sans nuire à quiconque. Par contre, une telle éthique cybernétique est absente lorsque dans la thérapie systémique, le thérapeute prend le parti de certaines personnes ou, dans la thérapie individuelle, le parti du patient, vouant d'autres personnes aux gémonies parce que rendues responsables du malheur des premières. Une telle démarche, dépourvue de perspective éthique, conduit fréquemment à des séparations et à des divorces inutiles et, le plus souvent, à une aggravation des difficultés relationnelles.

L'éthique cybernétique se fonde sur des positions conceptuelles claires. Elle affirme que dans les relations humaines il y a rarement des bourreaux et des victimes innocentes, mais qu'il existe seulement des personnes concernées dansant un ballet aveugle sur une musique sans voix, dont elles ne connaissent consciemment ni la chorégraphie ni la partition. Il arrive que ces personnes tombent les unes sur les autres car, dans leur cécité, elles trébuchent ou sont poussées à trébucher.

C'est aussi une attitude éthique que de se demander si la thérapie aide vraiment. Les études catamnétiques de Masters et Johnson (38), ainsi que celles de Minuchin *et al.* (41), démontrent que la thérapie systémique aide considérablement et que ses résultats dépassent de manière significative ceux des autres méthodes.

Relève également de l'éthique le fait que l'on mesure les thérapeutes et leurs thérapies à leurs résultats et non à leurs bonnes intentions. On devrait se souvenir de la leçon que nous donne Korzybski dans sa « Sémantique générale » lorsqu'il dit que ce n'est pas seulement en politique qu'existe un hiatus énorme entre les mots et les choses. Les thérapeutes qui parlent d'exigences morales élevées devraient soumettre leurs paroles à l'épreuve des faits, par exemple, en présentant les enregistrements vidéo de leurs thérapies. Ceci rendrait sa modestie à plus d'un orfèvre de l'interprétation, à plus d'un moraliste. C'est dans les lieux où de faibles ampoules répandent une lumière trouble que s'entendent le plus souvent des expressions accusatrices du genre « manipulation », « technocratie », « contrainte ».

3. CONCLUSIONS

« Les idées ne sont pas du cognac et leur âge ne suffit pas à garantir leur qualité » (26). La rupture avec le passé que réclamait Weinberg pour la science en 1977 (*op. cit.*), les thérapeutes devraient enfin l'oser. Il existe aujourd'hui un large malaise dans le domaine de la thérapie, malaise que j'ai dénommé « misère de la thérapie » (24). « Celui qui aujourd'hui veut s'intituler thérapeute peut le faire et beaucoup le font. Il n'y a pas de loi qui s'y oppose.

S'il existait un « message annuel sur l'état de la thérapie », on pourrait y lire : Nous nous trouvons aujourd'hui à l'époque des orfèvres de l'interprétation, ils font grand bruit dans les foires annuelles, en quête d'acheteurs... La médecine ne se trouvera débarrassée de ces orfèvres que le jour où elle deviendra plus scientifique et lorsque ses statistiques de guérison dépasseront celles des crieurs des marchés. Il en ira de même pour la thérapie des problèmes humains. Ce n'est que lorsque celle-ci reposera sur des bases scientifiques, lorsqu'elle formulera des hypothèses susceptibles d'être réfutées, lorsqu'elle décrira et expliquera les processus thérapeutiques de façon aussi objective que possible et, enfin, lorsqu'elle vérifiera les conséquences de son action au moyen d'études catamnétiques qu'elle se libérera de la rhétorique à bon marché, des anecdotes complaisantes et du sectarisme ».

La méthode proposée est exigeante mais pleine de promesses. On le sait, les chemins qui s'éloignent du dogme et conduisent à la confrontation critique font peur à la plupart des humains. C'est vraisemblablement pour cette raison que la situation de la psychothérapie évolue si lentement. C'est lorsque rien d'essentiel ne change qu'apparaissent les modes. Mais aux modes succèdent d'autres modes, attractives toujours car elles donnent l'impression délicieuse de la nouveauté et d'apporter l'amélioration définitive tant souhaitée. « Aujourd'hui la thérapie du couple et de la famille constitue l'étiquette à la mode, dont tous se parent et grâce à laquelle le roi non seulement porte des habits neufs mais possède les nouveaux accessoires qui vont avec ».

La « thérapie familiale » est un concept vague et ambigu, qui recouvre beaucoup de choses. La « thérapie familiale » est comme un coupage composé de beaucoup de vin d'Algérie bon marché et d'un peu de Bordeaux 1er cru. Le mélange s'appelle « vin rouge » ou « thérapie familiale ». Il est nécessaire d'obtenir que l'on signale la différence. Sinon il y a escroquerie à l'étiquette. « Il devrait être clair dorénavant que l'expression « thérapie familiale » sans qualification plus précise ne veut pas dire grand chose. La « thérapie familiale » est actuellement très en vogue, mais il en va comme avec la mode où de vieux chapeaux portent de nouveaux noms et gagnent tout soudain une popularité inespérée. Subitement, plus d'un thérapeute affirme avoir toujours été un thérapeute de famille, ce qu'il justifie en disant, par exemple, que depuis très longtemps déjà il a l'habitude de parler avec les proches de ses patients. Dans ce contexte, la thérapie familiale se fondant sur des concepts sérieux est appelée à voguer entre le Scylla du rejet brutal et le Charybde de l'étreinte a-critique. Il importe, par conséquent, que la personne qui souhaiterait faire un tri parmi les « thérapies familiales » présentées au public puisse disposer à cet effet d'informations claires » (15).

L'évolution de la pensée a conduit à une nouvelle science de la « complexité organisée » (25), c'est-à-dire à la science systémique. Dans

le domaine des sciences sociales, celle-ci a débouché sur l'éco-anthropologie systémique et dans celui de la thérapie, sur la thérapie systémique. L'éco-anthropologie et la thérapie systémique telles qu'elles sont formulées aujourd'hui, c'est-à-dire en 1984, correspondent à l'équilibration actuelle des structures cognitives, elles ne doivent donc pas se figer en un dogme. Elles doivent entrer en relation étroite avec l'ensemble des sciences afin d'évoluer vers une nouvelle équilibration. Le temps est venu de remplacer par la raison critique les écoles dites scientifiques qui, avec leurs dogmes et leurs épigones rigides, s'épuisent dans une herméneutique hagiographique stérile. La raison critique exige que l'on s'exprime en connaissance de cause, ce qui demande beaucoup de souplesse et beaucoup de travail, notamment en confrontant son propre domaine d'investigation avec ce qui se fait à la même époque au plan de la science en général. Et il s'en fait beaucoup.

La raison critique protège des météorites. Les hommes élaborent des concepts qui, dans un premier temps, légers et transparents s'élèvent comme des bulles de savon dans le ciel. Mais vient-on à oublier qu'il s'agit de créations humaines, qu'il se produit alors une étrange métamorphose : les bulles de savon tout d'abord se figent en graisse, puis se pétrifient en dogmes, qui finalement retombent sur nos têtes comme des météorites. Le néo-cortex, qui constitue la couche supérieure du cerveau, est touché en premier, ce qui a pour effet d'alourdir l'esprit critique. C'est pour cette raison que nous ne devons jamais oublier que les concepts sont des constructions humaines et qu'en tout temps ils peuvent être modifiés, voire abandonnés, par les hommes.

4. POST-SCRIPTUM

On m'a demandé un point de vue critique. Je me suis efforcé d'éclairer de façon critique un certain nombre de points essentiels. Mais comme tout dans le monde, ma critique n'est que relative et l'avenir montrera dans quelle mesure et à quelle échéance plus ou moins brève certaines parties de ma critique sur la thérapie d'aujourd'hui devront être revues.

Gottlieb Guntern
ISO
Case postale 523
CH-3900 Brigue

RÉSUMÉ

L'évolution de la pensée nous a conduits à une nouvelle science de la « complexité organisée », c'est-à-dire à la science systémique. Dans le domaine des sciences sociales, celle-ci a débouché sur l'éco-anthropologie systémique ; dans celui de la thérapie, sur la thérapie systémique.

L'éco-anthropologie considère l'individu comme « transacteur ». Cela signifie qu'il participe à un processus de mise en réseau à la fois continu, multidimensionnel, multidirectionnel et réciproque. Il fait partie d'un champ transactionnel qu'il contribue à créer, à maintenir, à changer et à dissoudre. Il tisse le drap et en même temps il est tissé comme un fil dans ce drap.

On peut aujourd'hui parler d'une « misère de la thérapie ». La « thérapie familiale » est à la mode mais il s'agit d'un concept vague et ambigu. La thérapie systémique, par contre, s'efforce de se constituer sur des bases scientifiques, à partir de concepts clairs et d'hypothèses permettant leur réfutation.

SUMMARY

The evolution of thinking has produced a new science of organized complexity which is called systems science. In the realm of the social sciences, it has produced the systemic eco-anthropology and, in the realm of therapy systems therapy has emerged.

In eco-anthropology, man is viewed as a transactor ; he participates in the weaving of a continuous, multidimensional, multidirectional and reciprocal web or network of relationships. He is an integral part of a transactional field which he helps to generate, maintain, transform, and dissolve. Thus, he is weaving a tissue and, at the same time, he is, like a thread, woven into this tissue.

Today one can fairly speak of a « misery of therapy ». Family therapy is « in », but its concept is vague and ambiguous. Systems therapy, on the other hand, is based upon solid scientific foundations, clear concepts and falsifiable hypotheses.

Mots-clés :
Approche systémique
Thérapie familiale

Key words :
Systemic approach
Family therapy

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKERMANN, N.W. : The Psychodynamics of Family Life. Basic Books, Inc. New York 1958.
2. ACKERMANN, N.W. (ed.) : Family Process. Basic Books Inc., New York-London 1970.
3. BATESON, G. : Steps to an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York 1972.
4. BATESON, G. : Mind and Nature. Necessary Unity. E.P. Dutton, New York 1979.
5. BERNE, E. : Games People Play : The Psychology of Human Relationships. Ballantine Books, New York 1964.

6. BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARK, G.M.: Invisible Loyalties. New York 1973.
7. BOWEN, M.: Theory in the Practice of Psychotherapy. In: P.J. Guerin (Hg.): *Family Therapy: Theory and Practice*. New York, Gardner Press 1976, pp. 42-90.
8. BOWEN, M.: Principles and Techniques of Multiple Family Therapy. In: P.J. Guerin (Hg.), a.a.O., pp. 388-404.
9. CANTRIL, H. et alia: Psychology and Scientific Research. In: R.E. Ornstein (ed.): *The Nature of Human Consciousness*. Freeman and Company, San Francisco 1973, pp. 13-22.
10. DUSAY, J.M.: Eric Berne. In: A. Freedman, H. Kaplan, B.J. Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol., I, The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1976, pp. 619-625.
11. GUNTERN, G.: Alcoolisme et environnement. In: *Schweiz. Rundschau für Medizin (Praxis)* 1974, Vol. 63, Nr. 38, pp. 1149-1155.
12. GUNTERN, G.: Social Change, Stress, and Mental Health in the Pearl of the Alps, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1979.
13. GUNTERN, G.: Systemtherapie: Das psychosomatisch erkrankte Kind und seine Familie. In: *Psychiatrie und Paedologie*, 15, Springer Verlag 1980, pp. 1-10.
14. GUNTERN, G.: La révolution copernicienne en psychothérapie: le tournant du paradigme psychanalytique au paradigme systémique. In: *Thérapie Familiale*, 1982, Vol. III, N° 1, pp. 21-64.
15. GUNTERN, G.: Grundkonzepte und Therapiestrategien in der strukturellen Familientherapie. In: *Psychosomatische Medizin*, 9, 1980, pp. 212-228.
16. GUNTERN, G.: Stress und Bewältigungsmechanismen in menschlichen Systemen. In: *Familiendynamik 2*, Klett Cotta, Stuttgart, 1981, pp. 140-147.
17. GUNTERN, G.: Transactional Topology, a Meta-Theoretical Model of Human Communication. In: S.A. Corson (ed.): *Ethology and Communication in Mental Health*. Pergamon Press, New York 1980, pp. 191-214.
18. GUNTERN, G.: Das syngenetische Programm: Verhaltenssteuerung, Charaktertransformation und sozialer Wandel in der Perle der Alpen. In: J. Duss-von Werdt, R. Welter-Enderlin (Hrsg.): *Der Familienmensch*, Klett Stuttgart, 1980, pp. 97-115.
19. GUNTERN, G. (Hg.): Systemtherapie – Structural Family Therapy. ISO-Stiftung, Brig 1981.
20. GUNTERN, G.: Systems Therapy: Epistemology, Paradigm and Pragmatics. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 1981, pp. 265-272.
21. GUNTERN, G.: Systemtherapie. Das psychosomatisch erkrankte Kind und seine Familie (erweiterte Fassung). In: G. Biermann (Hg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Band 4, Ernst Reinhardt Verlag München, 1981, pp. 380-391.
22. GUNTERN, G.: Auto-Organization in Human Systems. In: *Behavioral Science*, 1982, Vol. 27, N° 4, pp. 323-337.

23. GUNTERN, G. : Systemtherapie der psychosomatischen Krankheiten. In: S. Moeschlin : *Therapie-Fibel der Inneren Medizin*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1982, pp. 435-448.
24. GUNTERN, G. : Systemtherapie. In: K. Schneider (Hg.) : *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Junfermann Verlag, Paderborn 1983, pp. 38-77.
25. GUNTERN, G. (Hg.) : Die Welt, ein schwingendes Gewebe. ISO-Stiftung 1983.
26. GUNTERN, G. : Systemtherapie und die sogenannte psychosomatische Frage. In: *Der Kassenarzt*, 1984, Jan. N° 1-2, pp. 40-47.
27. GUNTERN, G. : Systemtherapie – ein neues Welt – und Menschenbild und eine neue Therapie. In: *Information zur Bildung und Fortbildung für Erzieher und Sozialarbeiter*, 1984, Heft 1, pp. 1-24.
28. GUNTERN, G. : Schizophrenie und Systemtherapie. In: *Schweiz, Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 1984, Band 135, Heft 1, pp. 41-70.
29. GUNTERN, G. : Das Konzept der Person in der Systemtherapie. In: *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Beltz Sept. 1984, Heft 3, pp. 301-326.
30. GUNTERN, G. : Eco-Anthropology and Systems Therapy. A Textbook. (en préparation).
31. HALEY, J. : Strategies of Psychotherapy. Grune and Stratton 1961.
32. HALEY, J. : Leaving Home. Mc Graw-Hill Book Col., New York 1980.
33. JACKSON, D.D. (ed) : Communication, Family and Marriage : Human Communication, Vol. I. Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, California 1968.
34. JACKSON, D.D. (ed) : Therapy, Communication, and Change Human Communication, Vol. II, Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, California 1968.
35. KUHN, T.S. : The Structure of Scientific Revolutions. Univ. Chicago Press 1975.
36. LEVI-STRAUSS, C. : La pensée sauvage. Edition Plan, Paris 1962.
38. MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. : Human Sexual Inadequacy. Little, Brown and Company, Boston 1970.
39. MILLER, J.G. : Living Systems. Mc Graw-Hill Book Co., New York 1978.
40. MINUCHIN, S. : Families and Family Therapy. Mass : Harvard Univ. Press, Cambridge 1974.
41. MINUCHIN, S. *et al* : Psychosomatic Families : Anorexia Nervosa in Context. Mass : Harvard Univ. Press, Cambridge 1978.
42. ORNSTEIN, R.E. (ed) : The Nature of Human Consciousness. W.H. Freeman + Co. 1973.

43. ORNSTEIN, R.E. (ed) : The Psychology of Consciousness. Penguin books, Meddlesex, England 1975.
44. PIAGET, J. : Introduction à l'épistémologie génétique : La pensée mathématique, PUF, Paris 1973.
45. PIAGET, J. : Introduction à l'épistémologie génétique : La pensée physique, PUF, Paris 1974.
46. PIAGET, J. : Die Entwicklung des Erkennens, III : Das biologische Denken, das psychologische Denken, das soziologische Denken, Lett, Stuttgart 1975.
47. PIAGET, J. : L'équilibration des structures cognitives, PUF, Paris 1975.
48. POPPER, K.R., ECCLES, J.C. : The Self and Its Brain : An Argument for Interactionism. Springer Berlin 1977.
49. RAPOPORT, A. : The Promise and Pitfalls of Information Theory. In : W. Buckley : *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*. Aldine Publ. Company, Chicago 1977, pp. 137-142.
50. SELVINI, *et alia* : Paradosso e controparadosso, un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica. Feltrinelli, Milano 1975.
51. SKINNER, W.F. : Beyond Freedom and Dignity. Bantam and Vintage Books, Toronto, New York, London 1972.
52. SPRINGER, S.P., DEUTSCH, G. : Left Brain, Right Brain, W.H. Freeman and Company, San Francisco 1981.
53. STUART, R.B. : Helping Couples Change. A Social Learning Approach to Marital Therapy. The Guildford Press, New York 1980.
54. WEINBERG, S. : The Search for Unity : Notes for a History of Quantum Field Theory. In : *Daedalus*, J. Amer. Acad. Arts and Science 4, 17-36.

MÉDECINE DE LA FAMILLE ET CANCER *

H. STIERLIN, M. WIRSCHING, B. HAAS, F. HOFFMANN,
G. SCHMIDT, G. WEBER, B. WIRSCHING

A propos du développement de la médecine psycho-somatique

Les cancers restent encore le grand si ce n'est le plus grand fléau de l'humanité. Car hormis quelques succès partiels — ainsi la leucémie juvénile — on ne parvient pas, malgré les efforts dans la recherche, le traitement ou la prophylaxie, à une percée. On a l'impression de rester sur place malgré un investissement énorme allant en augmentant, tant sur le plan financier que technique et intellectuel. C'est ainsi que de plus en plus d'oncologues, médecins et chercheurs remettent en question des hypothèses fondamentales sur la nature et l'origine des cancers et par là l'opportunité des moyens à disposition. Ainsi, des questions de plus en plus préoccupantes surgissent pour les thérapeutes de familles, d'orientation systémique. Dans quelle mesure est-ce que les modèles, catégories et différences fondamentales sont adaptés pour nous aider à appréhender un tel problème et à en chercher la solution.

Bien des concepts importants pour nous aujourd'hui remontent à Descartes. Pour lui, la psyché et le soma, l'esprit et le corps sont distincts et sont deux concepts nettement séparables. L'un est matériel, une *res extensa*, l'autre immatériel, une *res cogitans*. Une telle conception dualiste suppose l'attribution des maladies soit à l'âme, soit au corps; donc de distinguer les maladies de l'âme et de l'esprit de celles du corps. Cette conception a, par la suite, conduit à distinguer les affections «psycho-somatiques», c'est-à-dire les affections dues exclusivement ou de façon prépondérante à l'esprit, des affections véritablement physiques. Depuis quelques temps, les ulcères d'estomac, différentes formes d'hypertension artérielle ou l'asthme bronchique sont considérés comme de telles affections psycho-somatiques. Toutefois, suivant l'évolution de cette époque, on a évoqué de moins en moins des causes ou des facteurs spirituels et de plus en plus une psycho-dynamique propre, des profils de personnalité et des types de conflits spécifiques. Ce sont surtout les conceptions psychanalytiques qui ont suscité la recherche d'une telle dynamique et de tels profils.

* Traduction par J.-J. Eisenring d'un article paru dans *Familiendynamik*, 8/1, janvier 1983, avec autorisation des auteurs.

Cependant, nous pouvons considérer ces tentatives comme périmées. Car, entre temps, la médecine psycho-somatique, pour reprendre le terme du chercheur américain Margaret Singer (1977), s'est développée. Partant de l'examen de facteurs psychologiques dans les maladies chroniques, elle a abouti à la recherche de facteurs psychologiques dans *toutes* les maladies.

Le groupe des maladies dans lesquelles on peut mettre en évidence des influences psychologiques, respectivement psycho-sociales, va des infections à streptocoques (Mayer, 1962) en passant par la tendance aux accidents (Dunbar, 1954) jusqu'aux affections largement répandues du système cardiovasculaire (Kimbal, 1975) et du métabolisme (par exemple le diabète: Hinkel et Wolf, 1952, Crain, 1956).

Ce groupe comporte aujourd'hui, ce qui est important pour notre sujet, également des affections cancéreuses. Avec une telle omniprésence d'influences psycho-sociales, il devient de plus en plus difficile et problématique de fixer pour chacune de ces différentes maladies un profil spécifique de la personnalité et du conflit. Et cela est également évident pour ce qui concerne les affections cancéreuses. En tenant compte de ces réflexions, considérons quelques données à propos de la *psycho-somatique*, respectivement la *somato-psychique* de ces affections.

A propos de la psychosomatique des affections cancéreuses

D'innombrables études épidémiologiques et d'innombrables études également chez l'animal, mettent l'accent sur le rôle important de facteurs somatiques, respectivement biophysiques dans le cancer. Elles indiquent qu'il existe chez certains humains et chez certains animaux une tendance augmentée, sans doute en partie héréditaire, à être atteints d'un cancer. En outre, des milliers de substances dangereuses depuis lors sont identifiées appuyant cette hypothèse; il s'agit de substances cancérigènes comme les dérivés des goudrons ou les nitrosamines (par exemple contenues dans le jambon et le salami). Lorsque ces produits sont absorbés en quantité suffisante et durant une période suffisamment longue, ils provoquent l'apparition d'un cancer ou en augmentent le risque. Enfin, d'innombrables études ont pu prouver comment des processus inflammatoires, neurologiques, hormonaux, enzymatiques, immunologiques et métaboliques peuvent influencer l'apparition et le développement de cancers dans une interaction étonnante et en grande partie pas encore explorée.

Mais des études et des observations de plus en plus nombreuses montrent que des facteurs psychologiques et psycho-sociaux jouent également un rôle important dans cette interaction et dans ce faisceau multifactoriel de causes.

Par exemple, des expériences réalisées chez des rats et des souris ont montré comment des stress différents, comme l'isolement, la réfrigération, le bruit intense, les carences dans les soins fournis aux portées, une densité de popu-

lation trop forte peuvent augmenter le risque d'être atteint par un cancer (la question est revue in: R.P. Dechambre, 1981, et D.H. Newberry, 1981).

A cela, il faut ajouter des études ayant comparé les cancéreux à des groupes de contrôle au moyen de différentes méthodes psychologiques : se référant à des caractéristiques et des comportements sociaux tels que des événements traumatiques de l'enfance, des conflits émotionnels, des troubles de l'adaptation familiale ou professionnelle... Il existe actuellement un grand nombre de telles études. Même si quelques-unes de ces études prêtent le flanc à la critique pour des raisons d'insuffisance méthodologique, n'ayant pas encore été pour la plupart répétées, elles suggèrent néanmoins que les risques de cancer sont accrus, entre autres, par suite de pertes massives non élaborées, d'une incapacité persistante de se débrouiller ou d'un désespoir qui perdure même s'il n'est pas avoué, d'une tendance à ne rien vouloir s'accorder à tout prix et à mettre au second plan des besoins vitaux personnels (voir la revue in : Baltrusch, 1975, et Ziegler, 1982).

Ces données de la recherche correspondent à nouveau, plus ou moins, aux observations des cliniciens, oncologues, internistes, chirurgiens et aussi des médecins psychothérapeutes et thérapeutes de familles qui suggèrent que le vécu de pertes massives, les rejets, les déceptions, de même qu'un désespoir persistant et silencieux, une modération, une disposition idéalisée à s'adapter peuvent favoriser l'apparition d'un cancer.

Et cela semble également être vérifié à partir de biographies de cancéreux, comme, par exemple, celle contenue dans le livre «Mars» de Fritz Zorn, auteur qui fut lui-même atteint de cancer durant une psychanalyse. Il considéra son cancer, dont il mourut avant l'apparition du livre, comme conséquence directe d'un blocage de ses sentiments.

Les rapports consacrés à des régressions ou arrêt de cancers chez des patients qui n'ont pas été traités de manière conventionnelle, c'est-à-dire sans intervention chirurgicale, sans rayons ni chimiothérapie, ne sont pas moins significatifs. C'est ainsi que Nagakawa et Ikemi (1977), deux chercheurs japonais, décrivent la régression de la tumeur primaire ou des métastases chez 21 cancéreux sans traitement conventionnel. Cette régression était vérifiée histologiquement et radiologiquement. Les chercheurs soulignent le calme intérieur, le sang-froid optimiste et confiant de beaucoup de ces patients.

Les études prospectives, respectivement prédictives, jouent un rôle particulier parmi les approches permettant de saisir l'influence de facteurs psychosociaux dans la naissance et l'évolution de cancers. Elles comparent différents groupes de personnes qui, au moment de l'enquête psychologique ou au moment de la remise d'un questionnaire, ne présentaient pas de signes manifestes de maladie. A partir de critères psycho-sociaux, elles prédirent un risque supérieur d'être atteints d'un cancer pour certains individus, ce qui, plus tard, fut confirmé ou réfuté. De telles prospectives permettent, mieux que des études rétrospectives, de distinguer les facteurs psycho-sociaux qui jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie chez les victimes; elles permettent de

distinguer des facteurs liés par exemple à la prise de conscience du diagnostic de cancer. Parmi les études prospectives, encore rares à nos jours, celles de Grossarth-Maticek (1979, 1980, 1981, 1982) tiennent une place particulière, elles concernent un groupe de 1353 Yougoslaves. Suite à une étude effectuée en 1965, Grossarth en classa 38 comme courant le plus grand risque d'être atteints de cancer sur la base de caractéristiques psycho-sociales. Il insista particulièrement, parmi les caractères de risque, sur la tendance à se laisser diriger par la raison plutôt que par des sentiments, à se sacrifier, à éviter des conflits, à négliger les besoins de récupération et de régénération de son propre organisme. La catamnèse après 10 ans montre chez 37 de ces candidats à haut risque une affection cancéreuse dont la plupart étaient déjà décédés. Il n'était cependant pas parvenu à prévoir l'avenir, dans un nombre important d'autres cancers, en tout 204, pour un ensemble de 1353 personnes. Des analyses statistiques complexes, en particulier au moyen de méthodes invariables, multiples, effectuées par la suite, montrèrent cependant aussi des corrélations significatives entre des variables psycho-sociales et médicales dans ce groupe restant de cancéreux.

Résultats d'une étude de Heidelberg sur le cancer du sein

Un étude pilote prédictive réalisée il y a quelques années par notre groupe de travail de Heidelberg (Wirsching et collaborateurs, 1982), était modeste par rapport à l'étude de Grossarth. Nous en avons cependant retiré des informations importantes, des incitations pour d'autres essais dans la recherche et le traitement. Dans cette étude, nous avons interviewé 63 patientes de la clinique universitaire de chirurgie de Heidelberg, chez chacune de ces patientes, un nodule au sein avait été mis en évidence. Une biopsie devait déterminer s'il s'agissait ou non d'une tumeur maligne. Avant cette intervention, un membre de notre groupe de recherche avait un entretien semi-structuré de 30 à 50 minutes avec chacune des patientes. Cet entretien devait d'une part offrir un soutien à ces femmes avant l'opération, d'autre part, il devait nous fournir des informations sur les modèles de comportement et les caractéristiques de la personnalité, caractéristiques que d'autres auteurs et nous-mêmes avons, par hypothèse, mis en rapport avec un risque élevé de cancer. Ces interviews étaient enregistrés sur bandes, de manière à pouvoir également être appréciés par un examinateur indépendant, après élimination de toute indication médicale.

Huit hypothèses étaient à l'origine de notre évaluation :

Nous nous attendions à ce que les patientes atteintes de cancer aient plus de difficultés que celles atteintes d'un nodule bénin, à trouver un équilibre émotionnel satisfaisant entre la proximité et la distance. Nous pensions qu'elles seraient plutôt bloquées dans l'expression de leurs sentiments et, éléments étroitement liés à cela, qu'elles auraient tendance à manifester

des attitudes plus marquées par la raison que par les sentiments. D'autre part, nous supposons qu'elles admettraient moins facilement leur peur avant l'opération et ses résultats, qu'elles apprécieraient les risques opératoires de manière moins réaliste, qu'elles se présenteraient plutôt se suffisant à elles-mêmes que démunies et en général plus altruistes que revendicatrices. Finalement, nous nous attendions à ce qu'elles évitent les conflits avec autrui plutôt que de les affronter directement.

Nous avons dû retirer de cette étude sept patientes, car chez elles le diagnostic se dessinait déjà avant la biopsie. Pour les 56 patientes restantes, la biopsie révéla dans 18 cas (32%) un cancer et dans 38 cas (68%) un nodule bénin. En se basant sur leurs évaluations, les intervieweurs et le chercheur «aveugle» posèrent le diagnostic juste dans respectivement 83 et 94% des cas de cancer et dans 71 respectivement 68% des cas bénins. La concordance entre les intervieweurs et le chercheur «aveugle» se situait autour de 85,1%.

Pour l'ensemble des huit variables, il y avait des différences significatives entre les patientes avec cancer et celles avec un nodule bénin. Hormis quelques résultats isolés, qui nous surprennent, les suppositions évoquées se confirmaient: les patientes cancéreuses étaient durant l'interview plus inabordables du point de vue émotionnel, même hostiles, dans quelques cas cependant touchées de manière inhabituelle. Elles avaient plutôt tendance à réprimer leurs sentiments, elles manifestaient aussi plus fréquemment des épanchements violents, involontaires et incontrôlés de leurs sentiments.

Leur comportement était plutôt dirigé par la raison que par les sentiments; elles indiquaient n'avoir avant l'opération pas ou peu peur, manifestaient plutôt de l'optimisme, se décrivaient comme autonomes, indépendantes, elles se sacrifiaient plutôt pour les autres et essayaient plutôt de réaliser des relations harmonieuses, sans conflit. Ce profil psychologique se retrouvait chez toutes les cancéreuses, mais, et cela paraît important à retenir, également chez un quart à un tiers des patients à nodule bénin. Nous planifions actuellement la poursuite de l'étude de ces deux groupes pour en connaître l'évolution. Elle doit nous fournir d'autres éclaircissements sur l'existence ou la manière selon laquelle ces caractéristiques psychologiques retenues peuvent être mises en relation avec d'autres variables psychophysiologiques, en particulier avec des données médicales.

Profil type d'un individu menacé par le cancer

Notre étude se situe dans la ligne des recherches et observations de plus en plus nombreuses qui pourraient nous inciter à dresser le profil type d'un individu menacé par le cancer. (Max Weber, qui a introduit le concept de type idéal dans l'existence sociale, le définissait par une construction qui ne reproduit pas exactement la réalité, mais qui renvoie à ce qui est typique.

Cette construction reste possible et utile, même si dans la réalité aucun cas ne lui correspond directement.)

Ainsi, le type idéal de candidat au cancer présente tout d'abord ce que Grossart-Maticzek (1967) a intitulé un comportement qui expose (exponieren-des Verhaltèn): le candidat gaspille sa santé, s'expose de manière excessive à des agents cancérigènes, par exemple la cigarette, les somnifères, les laxatifs, minimise les symptômes de maladie, tient compte ni des signaux d'alarme, ni des diagnostics de suspicion, il ne concède guère à son corps de se reposer. Il vise par ailleurs à l'harmonie, il est raisonnable, évite les conflits, ne se rebiffe pas, se sacrifie beaucoup plus pour les autres, particulièrement pour les membres de sa famille, en même temps les idéalise. Derrière une façade d'adaptation et d'optimisme, il apparaît désespéré et accablé; au fond tout pour lui est charge, l'avenir est un fardeau. Il apparaît ainsi indifférent à ses propres besoins importants, le calme, le plaisir sexuel, l'attachement aux autres, le repos. Il a de la peine à trouver des gens capables de satisfaire ses besoins (qu'il ne reconnaît pas distinctement et qu'il n'admet pas), bien que, ou précisément parce qu'il voudrait être gentil avec tout le monde. Finalement, ce type idéal de candidat au cancer paraît particulièrement vulnérable à certaines pertes, vexations ou à des expériences de rejet, d'autant plus qu'il ne se livre généralement qu'à un seul être humain, en négligeant d'autres contacts.

Pendant, il convient à nouveau de souligner que tous les candidats et toutes les candidates au cancer ne correspondent pas à ce type. Pour le moins, quelques-uns se présentent tout à fait différemment et paraissent en même temps vivre sur une autre planète.

En ce qui concerne les relations familiales des cancéreux, nos interviews donnent tout au plus des indications. Mais ces indications vont dans une certaine direction. Durant des années, des cercles négatifs exercèrent leur influence dans les relations de couple et de famille de ces patients, empêchant tous les participants de se détendre dans des discussions intimes où il est possible de donner et de recevoir le courage de vivre, la consolation et la reconnaissance. Des discussions intimes qui auraient aussi, s'il le fallait, permis de s'imposer, de s'affirmer, de manifester de manière adéquate la colère, l'irritation et la déception. A la place, il n'y avait, en toute bonne foi, qu'un jeu (relationnel) de tromperie réciproque et de déception, dans lequel il n'y a à la fin que des perdants.

Les relations que ces patientes entretenaient avec leurs médecins et le personnel soignant démontraient encore plus clairement ce type de comportement: les cancéreuses avaient plus de peine que les autres patientes à recevoir vraiment de l'aide dans un entretien thérapeutique. Elles s'efforçaient également dans cette situation existentielle dangereuse de manifester de l'optimisme, de l'abnégation, de l'héroïsme, comme elles l'avaient apparemment toujours fait lorsqu'elles étaient dans une situation difficile. Là aussi, elles se raidissaient devant les signaux venant de leur corps et qui leur disaient: «Je suis épuisée, surmenée, malade. J'ai peur, je suis en colère, je ne peux pas

continuer ainsi.» Cela était également valable pour les patientes chez lesquelles de tels sentiments finalement se manifestaient comme s'ils avaient pu s'échapper à travers la fente d'un barrage. Elles ne considéraient même pas cette fente dans le barrage comme un appel au secours désespéré d'un organisme surmené, une dernière invitation à changer enfin la vie; mais c'était pour elles beaucoup plus la preuve d'une nouvelle défaillance humaine extrême cette fois-ci et elles y trouvaient un autre motif d'avoir honte et de renforcer leur effort au self-contrôle héroïque et à l'abnégation. Un tel comportement offrait peu de possibilités au thérapeute, non seulement de raisonner avec empathie sur la situation fâcheuse de leurs patientes, mais encore d'évaluer la situation de manière aussi réaliste que possible, d'élucider, de les aider à reconnaître et à choisir des options possibles.

Il n'est pas étonnant que même au moment où la biopsie avait confirmé le caractère malin de la tumeur, ces patientes refusaient de poursuivre une psychothérapie, seule ou avec les membres de leurs familles. Seule une parmi les 20 personnes auxquelles nous l'avions offerte acceptait une telle proposition. Et précisément cette patiente correspondait le moins au type idéal esquissé, comme cela devait se vérifier par la suite.

Cependant, il est possible que les interviewers aient contribué à ce que les patientes fassent encore davantage un effort sur elles-mêmes et s'isolent, par un tel effort, encore davantage du thérapeute et des propositions d'aide. Lorsque, par la suite, nous avons analysé des échantillons de 5 minutes d'entretien à partir des protocoles d'interviews, en recourant à un procédé mis au point par Gottschalk-Gleser, analyse effectuée avec encore plus de précision, nous avons constaté que les interviewers des cancéreuses leur avaient davantage donné d'espoir et d'encouragement que lorsqu'ils s'adressaient aux autres patientes (peut-être faudrait-il dire pour être plus précis, avaient recouru à un vocabulaire invoquant l'espérance et le courage). Nous avons interprété cette différence dans le comportement des interviewers comme leur réaction face à la peur, à l'incapacité de se tirer d'affaire, au désespoir et, en même temps, face à une demande camouflée d'aide, ce, derrière une façade d'absence, de peur et de domination de soi, façade dressée par ces cancéreuses. Nous nous sommes demandé si cette sorte d'exhortation au courage et à l'espérance de la part des interviewers avait été vraiment efficace ou si ces derniers n'avaient pas simplement cédé à la pression des patientes de faire à tout prix quelque chose pour elles et puisqu'ils ne pouvaient rien faire pour les aider, au moins ils disaient quelque chose. Si tel devait être le cas, alors se dessinerait ici également, un cercle négatif dans la relation médecin - malade. Cette sorte de distribution quasi magique de courage et d'espoir par le thérapeute est, à la longue, inefficace, conduisant à un jeu de tromperie (tromperie aussi bien du sujet, de soi-même, tromperie du partenaire) et finalement à une déception.

Familles de cancéreux dans le spectre des familles psychosomatiques

De tels renseignements, paraissant correspondre aux observations d'autres chercheurs et thérapeutes, nous ont incités à nous consacrer de plus en plus et de manière systématique aux relations familiales des cancéreux et nous demander comment nous pouvions influencer ces relations de manière thérapeutique. Pour entrer en contact avec les proches de ces malades, nous avons élaboré, au cours de ces cinq dernières années, avec différentes cliniques de la région de Heidelberg et les cliniques universitaires de chirurgie et de pédiatrie ; nous avons surtout travaillé avec un hôpital spécialisé dans les affections pulmonaires dans la périphérie de Heidelberg, clinique qui reçoit, par année, 500 patients avec un cancer pulmonaire. Notre groupe y a réalisé des centaines d'entretiens avec les cancéreux pulmonaires et leurs familles. Durant cette même période, nous avons reçu de plus en plus de cancéreux avec leurs proches à notre consultation ambulatoire de thérapie familiale.

Nous avons vu également de plus en plus — et cela nous a fait réfléchir —, des familles de patients ayant d'autres affections somatiques, respectivement psychosomatiques chroniques. Si bien qu'il se posait de plus en plus la question de savoir dans quelles mesures ces familles présentaient des mêmes schémas de fonctionnement que les familles de cancéreux et dans quelles mesures elles s'en distinguaient. Un projet de recherche, dans lequel nous avions des entretiens semi-structurés répétés de plusieurs heures avec 55 familles de jeunes atteints d'affections psychosomatiques chroniques, promettait beaucoup (voir Wirsching et Stierlin, 1982). Ces familles nous ont été signalées par des cliniques de la région de Heidelberg. Dans 26 cas, il s'agissait d'asthmes chroniques ou de névrodermites, dans 29 cas d'ulcères d'estomac et du duodénum, de coliques ulcéreuses et d'iléites terminales. Dans ces familles examinées avec soin se dessinent trois modèles types de relations familiales: les familles liées, les familles clivées, les familles en dissolution.

Les familles liées représentent la majorité. Elles correspondent largement aux familles décrites par Minuchin et collaborateurs (1981) sous le terme de «Enmeshed Families», familles enchevêtrées. Les membres de ces familles se comportent harmonieusement, refusent le conflit, manifestent trop de sollicitude. Au sein de la famille, les frontières, avant tout les frontières intergénérationnelles, apparaissent comme floues; alors que les frontières vers l'extérieur sont rigides et trop stables. Des liens forts se manifestent à tous les niveaux décrits par Stierlin (1978, 1980): au niveau du ça, avant tout comme gratification régressive; au niveau du moi: comme pénétration massive dans le monde des sentiments et des pensées des autres et à la fois au niveau du sur-moi comme obligation profonde et excessive pour le bien des autres. Les délégations ont un caractère principalement conservateur, hostile aux nouveautés: poursuivre comme jusqu'à présent, s'orienter selon les parents et les grands-parents, rester avant tout au sein de la famille. Si l'un des membres de la famille était exclu, par suite de décès et d'invalidité, souvent un autre membre de la famille

le remplaçait même en abandonnant ses projets et en renonçant à ses besoins, sans grande discussion. La conséquence en était soit la non réalisation du travail de deuil, soit son échec.

Les familles clivées représentent le 30% du collectif. Dans ce cas, seule une partie du système familial se manifeste — par exemple la mère et son enfant malade — harmonieusement fusionnés. L'autre partie de la famille — par exemple le père — fait l'objet de disqualification, négligence et isolement. Un tel modèle de clivage s'étend généralement sur plusieurs générations. Les patientes nous ont dit par exemple combien bon et affectueux était leur père et combien la mère était par contre profondément mauvaise et méchante. Il n'est pas rare qu'elles signalent leur sacrifice pour le bon parent par amour pour lequel elles sont restées à la maison, incitant toujours ce parent au divorce. La relation du couple parental s'est basée en premier lieu sur l'idéalisation réciproque et l'aspiration vers l'harmonie. Leur difficulté à admettre des sentiments ambivalents a transformé tôt ou tard cette idéalisation en violente dépréciation. Des coalitions rigides — donc des clivages — au sein de la famille, paraissent la seule issue possible pour surmonter les sentiments contradictoires, les loyautés et les missions chargées de conflits ainsi que les attentes et les espoirs déçus.

Les familles clivées se distinguent fondamentalement des familles liées. Au lieu de manifester une unanimité harmonieuse, elles se présentent le plus souvent brisées, se disputant. Si dans les familles liées, on constate une crise de développement qui entraîne la maladie d'un ou plusieurs membres de la famille; cela se passe dans les familles clivées généralement dans le contexte d'une explication menaçante, donnant parfois l'impression d'être meurtrière. Dans ces cas, les troubles des membres de la famille se limitent rarement à des symptômes psychosomatiques mais incluent un large spectre de troubles du comportement, y compris la toxicomanie et la délinquance. Parfois, on a l'impression que seuls les soucis pour l'enfant malade interrompent pour un temps les luttes familiales.

Les familles en dissolution correspondent encore moins que les familles clivées aux descriptions de familles psychosomatiques. A la place de liens excessifs, de trop de sollicitude et au lieu d'éviter les conflits, on trouve dans ces familles l'isolement réciproque et la négligence; les devoirs découlant de la loyauté existent à peine. Dans les familles clivées, des sous-systèmes se forment et restent stables un certain temps, même s'ils sont en conflit les uns à l'égard des autres. Par contre, dans les familles en dissolution, le constant changement de coalition et la recherche de nouveaux partenaires et alliés est à l'ordre du jour. Cela, à son tour, conduit constamment à de nouvelles déceptions, négligences et sentiments de rejet. Beaucoup d'enfants dans ces familles ont été conçus avant le mariage pour cimenter le couple et l'imposer au préjugé des familles d'origine. Mais après la naissance, l'enfant a le plus souvent tôt fait de représenter un fardeau. De nombreuses liaisons que nous avons examinées se sont disloquées aussi abruptement qu'elles ont été contractées. Si

l'union conjugale a résisté à toutes les difficultés, elle a été généralement marquée par une déception persistante, une amertume et une infidélité des partenaires. Les changements brusques de liens et de rejets auxquels les enfants étaient soumis, ont détruit en eux leur confiance à l'égard de l'entourage humain et semblent les prédestiner à tomber malades précocement et souvent de manière chronique. En général, ces familles disloquées nous paraissent être les plus malades, les plus troubles, le pronostic étant le plus mauvais. Dans le cadre de notre consultation ambulatoire de thérapie familiale, elles n'apparaissent cependant guère.

De plus en plus se confirme pour nous l'impression que les trois types de familles psychosomatiques, les familles liées, les familles clivées, les familles dissoutes, se trouvent également représentées parmi les familles de cancéreux. Ainsi, nous nous sentons d'autant plus engagés et autorisés à les situer dans l'éventail des familles psychosomatiques. Est-ce que — c'est la question suivante — des perspectives théoriques peuvent être développées qui, au-delà de toutes les différences entre ces familles, permettent de reconnaître les éléments d'une dynamique relationnelle commune, prédisposant à des troubles psychosomatiques? Pour aboutir à une réponse, il est nécessaire de s'appuyer sur des concepts, respectivement des perspectives, mis à disposition par notre modèle théorique utilisé à Heidelberg, en particulier le concept de l'individuation, les modes d'interactions entre liens et rejets ainsi que le concept de délégation.

A propos de la dynamique relationnelle dans les familles «psychosomatiques»

Sous le terme d'individuation, nous comprenons un principe général qui se développe tant dans la phylo que dans l'ontogenèse en vertu duquel un niveau supérieur d'individuation nécessite et permet un niveau supérieur de dépendance. Dans ce cas, l'individuation signifie principalement la capacité et la volonté de marquer ses propres limites, de se différencier et de marquer l'affirmation de soi. Pour l'homme — peut-être aussi pour d'autres êtres vivants supérieurs — il y a un problème, voire un dilemme. Il ne peut acquérir en tant qu'individu et élément d'une culture les éléments nécessaires (langue, catégories conceptuelles, modèles, objectifs)...), que dans le cadre d'une longue dépendance et d'une empreinte de la part des personnes qui l'éduquent, le socialisent, donc avant tout de ses parents. Cela se déroule obligatoirement dans le contexte de liens profonds, faits de loyauté, d'obligation. Mais, dans ce contexte, l'homme doit également épanouir son moi, son self, il doit se délimiter, se déterminer et s'affirmer, ce qui signifie également qu'il doit être capable et motivé pour diminuer sa dépendance et ses liens, pour mettre en question sa loyauté et ses obligations. Nous pouvons ainsi dire: le processus d'individuation ne se déroule pour l'homme qu'avec en même temps contre les personnes de référence les plus importantes pour lui. C'est pourquoi nous

parlons ensuite d'un processus *d'individuation avec* et d'un processus «d'individuation» *contre*. L'un et l'autre sont dans une relation dialectique indifférentes en fonction de l'âge et des phases du cycle familial. Les sujets atteints d'une affection psychosomatique se présentent essentiellement comme des hommes pour lesquels il est particulièrement difficile ou rendu difficile, de s'individualiser *contre* les personnes de référence importantes pour lui. Cela paraît dépendre de la façon avec laquelle se réalisent les interactions de liaison et de rejet ainsi que la dynamique de la délégation.

Un nombre important de ces malades chroniques semblent avant tout liés au niveau du ça et du sur-moi: ils semblent gâtés de manière régressive et dépendent de manière infantile; cela fait qu'ils ne sont pas ou que peu motivés pour s'individualiser et s'affirmer à l'égard des membres de la famille, en particulier à l'égard de leurs parents auxquels ils sont liés. D'autres malades chroniques paraissent par contre liés de préférence au sur-moi: ils paraissent comme trop responsables pour la survie psychologique de l'un ou de leurs deux parents et succombent au moindre pas vers l'individuation (fantasmatique ou réelle) à des accès de culpabilité paralysante. Mais peut-être chez la plupart de ces patients, la maison familiale est caractérisée comme rejetante au sens où l'a défini Stierlin. Leurs parents étaient plutôt froids, sévères, repoussants et investissant relativement peu ces enfants, futurs patients chroniques. Pour nous se pose la question de savoir comment on peut en arriver, tant dans le contexte du lien massif que dans celui du rejet à une perturbation de la relation entre «individuation avec» et «individuation contre» et avant tout à un blocage de «l'individuation contre». En examinant avec plus de précision le lien, respectivement le rejet de ces patients dans le contexte de leur dynamique de la délégation, nous nous approchons peut-être d'une réponse.

Car la manière avec laquelle nous intériorisons différentes missions qui nous ont été déléguées déterminent si nous sommes capables de créer ou non l'espace libre de «l'individuation contre» c'est-à-dire une affirmation de soi vécue dans la bonne conscience, sans poussée de culpabilité, avec épanouissement et auto-satisfaction. Stierlin a montré d'ailleurs (1978) aussi bien des délégués liés (dont la mission implique qu'ils restent constamment prisonniers du cercle étroit de la famille), que des délégués rejetés (ceux qui se sentent obligés d'accepter les missions qui entraînent pour eux un surmenage, pour le prix d'une reconnaissance modeste, mais pour eux d'importance vitale), se privent ou perdent vite ces espaces libres, car les uns et les autres se trouvent dans une situation qui leur paraît, quoi qu'ils fassent, sans issue. Les programmes de vie, respectivement les scénarios dans lesquels leurs missions se sont exprimées, impliquent qu'ils bloquent constamment leur énergie vitale de manière à se sentir de plus en plus surmenés. Ainsi, leurs espoirs de voir des besoins vitaux se réaliser disparaissent de plus en plus: il s'agit de besoins tels que le repos, la détente du corps, la sexualité satisfaisante et revitalisante, la reconnaissance en raison des grandes performances qu'ils ont réalisées, surtout le besoin d'un échange de sentiments chaleureux et permettant une détente. Ce

vécu persistant de surmenage constamment ressenti mais qu'on ne s'avoue ni à soi-même, ni aux autres, et la possibilité de trouver une issue sont à nouveau l'expression et la conséquence d'un système familial et relationnel «gelé» qui, dans les faits, n'offre et ne semble permettre aucune issue.

Cependant, dans les cas isolés, nous ne parvenons pas à expliquer pourquoi une relation gelée, sans issue, conduit dans certains cas à des affections psychosomatiques comme la colite ulcéreuse ou le rhumatisme articulaire alors que, dans d'autres cas, c'est un cancer qui se développe et, dans d'autres encore une auto-destruction permanente, réslisée par un abus de médicaments ou d'alcool.

Autres observations et réflexions sur la situation relationnelle du cancéreux

Après coup, en connaissant mieux les malades, nous avons l'impression de l'existence d'une tension conflictuelle particulièrement marquée et à laquelle on ne peut échapper, associée à un grand vide, voire froid, dans les relations. Une patiente qui, il y a quelques années, a été opérée du sein sans récurrence, décrivait cela de la manière suivante: depuis longtemps, il n'y avait plus rien entre mon mari et moi. Je continuais cependant, année après année, à lui préparer le petit déjeuner et cela sans me plaindre, à élever ses enfants, à rester telle une épouse toujours présentable. Je ressentais toujours en moi une tension méchante, taraudante, mais je ne voulais pas la remarquer, je ne voulais pas en parler. Finalement, j'ai eu chaud à la poitrine et je devinais déjà: cela doit être cancéreux.

Nous avons aussi remarqué que le cancer survenait souvent lors d'un changement décisif de la situation familiale. Les enfants (presque) adultes quittaient la maison, la mise à la retraite devenait réalité, une «patrie» était perdue. Il y avait moins de mouvement à la maison. Ainsi se renforçait et s'affirmait le vide, l'isolement, la tension conflictuelle parmi les partenaires qui restaient. Dans ces conditions, le fait de donner au conjoint encore plus que jusqu'alors et placer encore plus à l'arrière-plan ses propres besoins renforce encore davantage le cercle vicieux où il n'y a ni moyen de s'en sortir, ni espoir. Nous pensons, en particulier, à deux conjoints qui furent atteints tous les deux d'un cancer après le départ des enfants et la mise à la retraite du mari et qui, malades, tentaient encore dans une sorte de surenchère de se sacrifier l'un pour l'autre.

Cela ne devait pas nous étonner que dans de nombreux cas que nous connaissions, les patients ressentaient le cancer, entre autres, comme la libération et la délivrance, comme Franz Kafka a ressenti le diagnostic final de sa tuberculose mortelle comme une libération. (Le 4 septembre 1917, Kafka écrivait à son éditeur Kurt Wolff: « La maladie qui s'est annoncée depuis des années par des maux de tête et de l'insomnie s'est brusquement déclarée. C'est presque un soulagement ! » [Kafka, 1958,

p. 169]). Beaucoup de cancéreux paraissent enfin éprouver le sentiment suivant : « Enfin, nous n'avons plus besoin de lutter, enfin le surmenage prend fin. »

Imaginons des personnalités ayant tendance à développer des affections psychosomatiques chroniques; il leur est particulièrement difficile, ou rendu particulièrement difficile, de s'autonomiser *contre* les personnes les plus importantes avec lesquelles elles sont en relation: ainsi les cancéreux paraissent encore plus défavorisés. Car leur corps semble saboter encore plus ces individuations «*contre*» que dans d'autres maladies. Finalement, la volonté de s'affirmer, de se délimiter soi-même, de s'autodéterminer, avoir la volonté de vivre tout court doit surgir du corps ou plus particulièrement des processus corporels générateurs acceptant et permettant la vie. Mais ce corps sort de la trajectoire, certains de ses éléments prolifèrent, se montrent indisciplinés, rongent la confiance dans la propre autonomie. En outre, les interventions souvent indispensables, blessantes, mutilantes de la chirurgie, des rayons ou des produits chimiques renforcent le sentiment de ne plus être chez soi dans son propre corps, de ne plus être désirable. Cela limite encore plus les possibilités d'une individuation différenciée, surtout d'une individuation *contre*, donc cela diminue la possibilité d'affaiblir les métaphores menaçantes, d'analyser les tâches qui surmènent, de desserrer les obligations et les liens qui accablent, de contester les représentations simplistes de causalité ou de culpabilisation : le sentiment de l'absence d'issue ou d'espoir se renforce et se consolide encore plus.

Conséquences thérapeutiques

Nos réflexions concernant la psychothérapie de cancéreux et de leurs familles devaient partir d'un concept de base: la majorité de ces personnes semblent ne pas vouloir d'une psychothérapie. Bien qu'elles ne soient pas en mesure de s'aider, du moins c'est ce qui semblait, elles refusaient toute aide extérieure.

Nous devons essayer de reconnaître et de respecter les causes possibles du refus d'une proposition d'aide avant chaque intervention thérapeutique. Nous maintenions présent à l'esprit le fait suivant: des patients qui trouvent dans le cancer, du moins de manière inconsciente, (aussi) «un ami», risquaient, par le traitement, de perdre, sans possibilité de le remplacer, cet ami peut-être unique. Ils sentaient peut-être aussi que leur amélioration ou leur guérison pourrait entraîner la maladie ou l'atteinte d'autres personnes auxquelles ils sont étroitement liés ou encore la dissolution de la famille. On sait par la littérature (par exemple Schöttler, 1981) que le traitement réussi d'un individu atteint d'une maladie psychosomatique chronique peut entraîner une atteinte grave de ses proches. Nous connaissons aussi des cas où le traitement d'individus atteints de cancer réussissant à mobiliser leur volonté de vivre et leur processus

«d'individuation contre» est suivi de l'atteinte grave d'un proche (par exemple d'une mère pour qui la fille cancéreuse vivant à domicile représente le seul but dans la vie) qui déprime, devient gravement malade ou se détruit par l'alcool ou l'abus de médicaments. C'est pourquoi il paraît opportun, si cela était possible, de ne pas aider l'individu isolé mais toutes les personnes concernées. Il semblait avant tout nécessaire de promouvoir une forme d'aide qui permettait à toutes ces personnes de manifester réciproquement leur besoin d'aide, d'échanger des sentiments, d'éliminer ou de redistribuer dans un dialogue commun, des héritages ou des tâches qui entraînent un surmenage. Mais, à chaque fois où nous parvenions à pénétrer dans ces familles, nous remarquions que toute incitation à l'échange de sentiments ou au dialogue entraînait tout aussitôt des réactions impressionnantes de peur, de honte, de culpabilité ou conduisait à des décharges agressives qui faisaient que la famille se comportait à nouveau rapidement selon sa manière habituelle et se liguaient contre les thérapeutes qui proposaient leur aide.

Finalement, nous allions nous soumettre à l'évidence que les processus physiques qui, dans le cancer, agissaient depuis des années, développaient également une dynamique propre qui, au moment de notre prise de contact, ne parut plus être psychologiquement influençable. Nous avons, en premier lieu, tenté d'aider ces patientes et leurs familles à rendre le reste de leur vie encore valable à vivre, à assumer la souffrance et la mort. Cela signifie avant tout : les aider à cette étape ultime de l'un d'eux, à vivre un véritable échange, à prendre vraiment congé, à faire en sorte que les modèles de fonctionnement destructifs que nous avons décrits ne soient pas transmis aux générations suivantes, cela malgré toutes les résistances compréhensives que la famille opposait à nos tentatives.

Nous avons ces difficultés à l'esprit, lorsqu'il y a deux ans et demi environ, nous eûmes la possibilité, grâce au soutien de la fondation Bosch, de réaliser un travail thérapeutique dans un grand hôpital pour affections pulmonaires. Nous avons mis au point un projet de recherche d'aide familiale en cas de cancer. Dans ce projet, nous avons prévu trois groupes avec chacun 50 patients atteints de cancer pulmonaire, ceci afin de pouvoir comparer ces groupes. Avec le premier groupe, nous avons réalisé des entretiens de famille de routine, d'orientation systémique; dans le deuxième groupe des entretiens individuels ou de famille à la demande des participants; dans le troisième groupe (groupe de contrôle), nous avons emprunté les dossiers des malades. Les patients des trois groupes reçurent les traitements, médicaments indiqués (chirurgie, rayons, chimiothérapie). Le travail consacré au groupe abordé de manière systémique est terminé, celui des patients abordés avec «la thérapie à la carte» l'est presque. Nous avons présenté la première fois ce projet dans la revue *Familiendynamik* (Wirsching et collaborateurs, 1981). Ce qui suit peut être considéré comme «Follow up». Nous ne pouvons pas encore, à l'heure actuelle, décrire des résultats, mais nous pouvons compléter les renseignements obtenus par notre travail d'orientation systémique.

Le travail devait se réaliser sur place, à savoir à l'hôpital. Nous attachions de l'importance à nous intégrer complètement dans le fonctionnement médical de l'hôpital, d'accepter ses mesures médicales et sa hiérarchie et de les appuyer dans la mesure du possible. D'entente avec les médecins responsables et les infirmiers, nous avons intégré les entretiens de famille fixés toutes les 4 à 6 semaines, comme éléments intégrés à toute la prise en charge médicale.

Chez les patients atteints d'un cancer pulmonaire, le dilemme décrit plus haut s'accroît pour nous, thérapeutes. Nous reconnaissons le modèle de comportement, nous devons l'envisager comme favorisant la maladie mais nous ne pouvons pas le mettre en question directement. Car la remise en question même aussi discrète l'eût-elle été, aurait été perçue par les familles comme une critique et un reproche supplémentaire, ce qui aurait entraîné le repli immédiat de ces familles. Dans ce cas, des interventions paradoxales (ou pour être plus précis paraissant paradoxales) offraient une issue, comme le groupe de Mara Selvini à Milan en a développées et diffusées. Nous avons adapté ces interventions aux particularités de fonctionnement hospitalier. Cela signifiait:

- 1) Nous n'avions pas besoin de motiver les familles pour une psychothérapie mais nous ne réalisions que des discussions de routine dans le cadre général de la prise en charge des patients.
- 2) Nous n'avions pas besoin de remettre en question la résistance de la famille mais nous pouvions au contraire la connoter positivement.
- 3) Nous n'exigions pas de changement, simplement, nous prescrivions à la fin à nouveau le modèle harmonisant tel que présenté par la famille.
- 4) Nous avons gagné du temps, même si la prescription au début ne fonctionnait pas, elle ne gênait pas, mais suscitait mieux le contact avec la famille.
- 5) Nous avons aussi donné aux patients et à ses proches le temps et un espace libre pour s'occuper des alternatives intégrées dans le message paradoxal, et s'ils le voulaient, les mettre à leur compte.
- 6) Nous accordions nos interventions au cadre médical pour éviter les confrontations symétriques.
- 7) Ce qui est peut-être le plus important: nous avons trouvé un moyen d'approche chez ces groupes de patients. 96% des patients contactés se déclarèrent prêts à des entretiens comme aussi leurs proches.

Dans l'animation de ces entretiens, nous restions neutres, suivant en cela les conseils du groupe milanais et nous tentions de construire des hypothèses de la dynamique relationnelle, en recourant à des questions circulaires que nous intégrions dans la prescription finale.

Cette prescription correspond environ à la rédaction typique telle qu'elle a été présentée en 1981:

« Il y a des hommes qui lors d'une maladie grave réfléchissent, méditent, se disent maintenant je me comporte bien différemment et je réalise par exemple des souhaits que j'ai depuis longtemps repoussés. Chez vous cela est différent. Vous vous dites: continuer comme jusqu'à présent, ne rien changer, ne pas se ramollir, ne pas se reposer, ne montrer aucune faiblesse. C'est ainsi que vous l'avez fait toute votre vie et c'est ainsi que déjà vos parents l'ont fait et vos enfants commencent déjà à le faire. C'est pourquoi, puisque vous avez trouvé une bonne formule pour vous, nous n'avons pas besoin d'autre discussion, cela ne pourrait que vous troubler, vous détourner de votre propre chemin. Nous vous reverrons simplement dans 6 semaines, lorsque vous reviendrez pour un contrôle à la clinique, pour une discussion de routine avec votre épouse (votre fille, votre fils, etc.). »

De manière typique le patient dit, au moment de prendre congé, peut-être d'un ton triste: « Comme nous l'avons prévu, cela doit continuer, cela ne peut pas être autrement. Nous ne pouvons rien forcer. »

Par la suite, au cours des deux années qui se sont passées, ce que nous avons mis en évidence dans notre premier rapport se confirma à chaque fois. Déjà, dans les réunions suivantes, on notait souvent un changement: par exemple le patient signalait avec un sourire mutin qu'il avait quand même pris des vacances dont on l'avait mis en garde, qu'il avait quand même fait un beau voyage, etc. Nous prenions note de l'information, nous en étions contents avec le patient et avec la famille qu'ils avaient eu du bon temps mais nous continuions à nous montrer sceptiques et à mettre en garde.

Nous ne nous étions peut-être pas suffisamment rendus compte de ce que cela signifiait d'accompagner jusqu'à la mort du patient nombre de ces familles. Plus la fin était prévisible, plus il importait, dans la mesure du possible, de provoquer cet échange de sentiments jusque là bloqué. Là également, la méthode des questions circulaires s'avérait d'une aide extrêmement précieuse; à chaque fois, elle introduisait plusieurs alternatives hypothétiques, ressenties comme positives. A ces alternatives se rattachait souvent un nouveau point de vue de la situation. En même temps, il devenait possible de parler ouvertement — bien qu'hypothétiquement — de sujets anxiogènes et tabous. Nous voudrions décrire cela pour conclure à l'aide de l'exemple suivant:

— Mme S., ouvrière en métallurgie de 39 ans, souffre d'un cancer bronchique à petites cellules, d'évolution rapide. On a renoncé à une opération mais prescrit à la place un traitement chimiothérapeutique à haute dose. Mme S. est sans enfant, elle avait accouché d'un mort-né.

Extérieurement, elle s'entendait bien avec son mari, un employé des postes, donnant une impression «pépère». Mais derrière cette harmonie mise en avant, nous ressentons une importante tension agressive. Une partie de cette tension semble se diriger contre les thérapeutes dont Mme S. ne veut pas entendre parler. Elle commence par refuser un entretien. Ce n'est que lorsque

nous l'avons à nouveau priée de pouvoir la rencontrer brièvement avec son mari, dans le cadre de nos entretiens de routine, qu'elle nous permet d'entrer dans sa chambre de malade. Finalement, la discussion dure plus d'une heure et elle paraît après coup plus détendue, plus attendrie, voire plus heureuse. Au cours de la discussion, nous posons la question suivante au mari (question en réalité adressée surtout à son épouse): votre femme a montré, comme il en ressort des exemples que vous avez donnés, toujours beaucoup de courage et de force. Elle a aussi prouvé qu'elle arrivait à surmonter les situations les plus difficiles parce qu'elle s'engage à fond et sans conditions pour une affaire. Mais nous savons, particulièrement ces derniers temps, que, malgré un tel engagement, elle en venait à dire: maintenant j'en perds mon latin, maintenant je ne sais plus ce qu'il faut faire. Qu'en pensez-vous M. S.? Peut-on s'attendre à ce que votre femme, dans une telle situation, dise: continuer comme jusqu'à présent, ne pas se laisser aller, ou bien, pourrait-on s'imaginer qu'elle se dise alors: j'ai fait plus que mon dû maintenant, j'aurais aussi le droit de me montrer comme ayant besoin d'aide? Puis la question est posée à Mme S.: «Si vous deviez, ce qui peut-être n'arrivera jamais, vous présenter quand même comme ayant besoin de soins, est-ce que votre mari dirait plutôt: voici qu'elle exprime quelque chose de tendre, d'aimable. Peut-être aimerait-elle une certaine tendresse chez moi. Ou bien, est-ce que votre mari suivrait la voix intérieure de son père qui lui dirait: notre tradition familiale exige que nous ne montrions jamais de la sensibilité?» Puis, nous posons à nouveau cette question au mari manifestement détendu: «Pourrait-on même imaginer chez votre femme qu'à un moment elle dise: maintenant il convient de penser que je dispose de moins de temps que je ne l'imaginai au début pour faire ce qui me paraît, dans la vie, vraiment important et prioritaire?» Presque tout de suite la patiente dit alors qu'il est important pour elle de pouvoir parler avec son mari et avec le thérapeute de choses importantes, si le temps le permet.

Ailleurs un des auteurs (St) a fait la distinction entre psychothérapeute en tant que partenaire du dialogue et en tant que personne suscitant le dialogue. Jusqu'à présent, nous disposons avant tout de rapports de thérapeutes qui, face à leurs patients cancéreux, se concevaient avant tout (généralement dans l'orientation psycho-analytique) comme partenaires de dialogue; dans ce sens, voir les travaux de Fritz Meerwein (1981), Richard R. Renneker (1981) et Lawrence Le-Shan (1977). Nos expériences avec les familles de cancéreux nous encouragent par contre à considérer le thérapeute essentiellement comme la personne qui permet le dialogue, c'est-à-dire comme quelqu'un qui voit sa tâche dans la possibilité de réaliser un échange et un dialogue libérateur dans ces familles, une personne qui, finalement, permet que se réalise une individuation aussi bien avec que contre.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTRUSCH, H.J.F. (1975): Ergebnisse klinisch-psychosomatischer Krebsforschung. *Psychosom. Med.* 5, 195-208.
- CRAIN, A.J., SUSSMAN, M.B., WEILL, B. (1966): Family Interaction, Diabetes and Sibling Relationships. *Int. Soc. Psychiatr.* 12, 35-43.
- DECHAMBRE, R.P. (1981): Psychosocial Stress and Cancer in Mice. In: K. Bammer und B.H. Newberry (Hg.), *Stress and Cancer*, Toronto (C.J. Hogrefe, Inc.).
- DUNBAR, H.P. (1954): *Emotions and Bodily Changes*. New York (Columbia University Press).
- GROSSART-MATICEK, R. (1981): Psychosomatic Factors Involved in the Process of Cancerogenesis. Interdisziplinäres Forschungsprogramm. Vortrag gehalten Second Plenary Session, Clinical Research in Psychomatic Medicine, 6th World Congress of International College of Psychosomatic Medicine, Montreal, Quebec, Canada, September 1981.
- (1980a): Psychosocial Predictors of Cancer and Internal Diseases. An Overview. *Psychoth. Psychosom.* 33, 122-128.
- (1980b): Synergetic Effects of Cigarette Smoking, Systolic Blood Pressure and Psychosocial Risk Factors for Lung Cancer, Cardiac Infarct and Apoplexy Cerebri. *Psychother. Psychosom.* 34, 267-272.
- GROSSARTH-MATICEK, R., KANAZIR, D.T., VETTER, H., SCHMIDT, P. (1982): Psychosomatic Factors Involved in the Process of Cancerogenesis. Referat an der Vollversammlung der XIV. European Conference on Psychosomatic Research, Noordwikerhour, Holland, September 1982.
- HINKLE, L.E., WOLFF, S. (1952): Summary of Experimental Evidence Relating Life Stress and Diabetes Mellitus. *J. Mount Sinai Hospital* 19, 537.
- KAFKA, F. (1958): *Briefe*. Frankfurt (Fischer).
- KIMBALL, Ch. P. (1979): Liaison Psychiatry as a Systems Approach to Behavior. *Psychother. Psychosom.* 32, 134-147.
- LE SHAN, L. (1977): *You Can Fight for Your Life*. New York (M. Evans). Deutsch: Psychotherapie gegen den Krebs. Stuttgart (Klett-Cotta), 1982.
- MEERWEIN, F. (1981): *Einführung in die Psycho-Onkologie*, Bern (Hans Huber).
- MEYER, R.J., HAGGERTY, R.J. (1962): Streptococcal Infections in Families. *Pediatrics* 29, 539-549.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., BAKER, L. (1978): *Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Mass. University Press. Deutsch: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart (Klett-Cotta), 1981.
- NAKAGAWA, S.Y., IKEMI (1977): A Psychosomatic Study of Spontaneous Regression of Cancer. In: F. Antonelli (Hg.): *Therapy in Psychosomatic Medicine*. Vol. 2, 722-726. Rom. (Pozzi).
- NEWBERRY, B.H. (1981): Stress and Mammary Cancer. In: K. Bammer, B.H. Newberry (Hg.): *Stress and Cancer*. Toronto (C.J. Hogrefe, Inc.).
- RENNEKER, R.E. (1981): Cancer and Psychotherapy. In: J.G. Goldberg (Hg.): *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*. New York (The Free Press).
- SCHÖTTLER, Ch. (1981): Zur Behandlungstechnik bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten. *Psyche* 35, 111-141.
- SINGER, M. (1977): Psychological Dimensions in Psychosomatic Patients. *Psychother. Psychosom.* 28.

- STIERLIN, H. (1975): Adolf Hitler — Familienperspektiven. Frankfurt (Suhrkamp).
- (1978): Delegation und Familie. Frankfurt (Suhrkamp).
- (1980): Eltern und Kinder — Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt (Suhrkamp).
- I. Rücker-Embsen, N. Wetzel, M. Wirsching (1980): Das erste Familiengespräch. 2. veränderte Auflage, Stuttgart (Klett-Cotta).
- WIRSCHING, M., STIERLIN, H. (1982): Krankheit und Familie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- ZIEGLER, G. (1982): Psychosomatische Aspekte der Onkologie. Stuttgart (Enke).

**CENTRE D'ÉTUDES CLINIQUES
DES COMMUNICATIONS FAMILIALES**

L'ANOREXIQUE ET SA FAMILLE
perspectives psychanalytiques et systémiques

18 octobre 1986 – PARIS

Avec la participation de
P. Caillé (Oslo), Y. Rey, P. Martinez (Grenoble),
B. Brusset (Paris), M. Laxenaire (Nancy)

Pour tout renseignement :
CECCOF, 15 bis rue Jules Romain, F-75019 PARIS, 42.49.66.44

NEW YORK CITY BRIEF THERAPY CONFERENCE

September 12-14, 1986 – Roosevelt Hotel

Richard Fisch • John Weakland • Paul Watzlawick • Vincent Moley • Lynn Segal

Early Registration (until June 30, 1986) = US\$ 230

Late Registration (after June 30, 1986 = US\$ 280

For information: Phyllis Erwin
Mental Research Institute
555 Middlefield Road
Palo Alto, California

THÉRAPIE DE L'IMPOSSIBLE DANS LES LIMITES DU POSSIBLE

Ian FRANK *

« Le possible implique une réalité correspondante, même si cette réalité est rejetée. Le possible est donc le mirage du présent dans le passé et le possible aurait été là de tout temps, fantôme qui attend son heure. »

H. Bergson

Dans la consultation psychologique ou psychiatrique, qu'elle soit privée ou étatisée, ambulatoire ou hospitalière, destinée aux enfants ou aux adultes, il y a toujours un certain nombre de cas qui correspondent aux paramètres des modèles cliniques traditionnels et peuvent être pris en traitement, d'autres pas. Cet article concerne ces derniers, « les cas impossibles », les demandes d'examen qui ne sont pas « conformes » ou qui ne répondent pas aux exigences du cadre thérapeutique habituel. En fin de compte, c'est la majorité des cas ! Les années d'expérience nous le montrent. Nous arrivons à traiter moins de la moitié des patients qui nous consultent (c'est une donnée que je crois relativement uniforme d'un service à l'autre et même d'un pays à l'autre), et ceci sans tenir compte si les traitements en cours mènent un jour aux résultats attendus.

Pour illustrer la thérapie de l'impossible dans les limites du possible, nous présentons trois vignettes cliniques parmi les cas des derniers mois. Ce sont des cas intraitables selon les prises en charge habituelles ; ils représentent une bonne partie de la consultation tout venant, ce sont les cas où, lors du colloque hebdomadaire, les uns et les autres disent : « c'est impossible, on a tout fait. » Ou bien encore les cas où nous espérons que personne ne nous demandera de nouvelles, car il n'y en a plus à donner ! Sur ces trois cas cliniques, deux sont des réussites, tandis que le troisième est un exemple d'une intervention suscitant un bouleversement du système, ce qui nous rappelle l'imprévisibilité des aspects idiosyncratiques du système quand on s'éloigne de son point stable.

* 3, av. Gallatin, 1203 Genève, Suisse. Unité de Psychiatrie de l'Adolescence, S.M.P., Genève. Centre d'Etude de la Famille, Hôpital de Cery, Lausanne.

1. Un jeune homme de 17 ans nous appelle, envoyé par un autre service (déjà intraitable!). Il nous demande un rendez-vous et des médicaments. La demande de médicaments persiste, la prise en charge aussi. Deux mois plus tard, à la veille des vacances de Noël, il recevra des somnifères légers. Au retour, dix jours plus tard, il dira être moins angoissé, ayant mieux dormi, et il n'aura utilisé qu'une partie de l'ordonnance. Mais la problématique de base reste inchangée, car il n'a toujours aucune activité scolaire ou professionnelle et ceci depuis dix-huit mois. Par ailleurs, il n'a aucune relation avec des pairs, vivant à la maison avec ses parents et une petite soeur de 9 ans. Il se lève quand il veut et reste la plus grande partie de la journée à la maison. Il détient tout le pouvoir dans le système familial, rien que par l'emprise de sa symptomatologie.

Le collègue de notre Unité, qui a pris cet adolescent en charge, se sent mal à l'aise face à ce système stable et résistant, se trouvant dans une situation similaire à celle décrite par la thérapeute précédente. D'entente avec les deux thérapeutes, nous décidons de convoquer toute la famille pour une séance. Les deux autres thérapeutes, après avoir salué la famille, se placent de l'autre côté du miroir sans tain. Le patient désigné avait en effet maintenu une relation avec sa première thérapeute et, par ailleurs, cette dernière avait fait des réunions avec la famille avant de nous adresser le garçon. En somme, elle est restée très impliquée depuis l'apparition de la symptomatologie en tant que garante de la stabilité du système, soit du non-changement! La séance est difficile et les parents exhibent toutes leurs incompétences en tant que référants parentaux. Ils se laissent mener au gré des besoins de leur fils. Lors de cette séance, nous allons apprendre que les difficultés de Sacha datent du moment où la grand-mère maternelle, qui vivait dans la famille, est priée par la mère de rentrer définitivement en Italie.

Rosenbaum nous rappelle précisément que le thérapeute qui rencontre une famille ou un patient individuel dans une séance thérapeutique n'est pas à l'abri des règles habituelles qui gouvernent les transactions interpersonnelles : il ne peut pas ne pas communiquer! Or très vite cet adolescent m'agresse de la même manière qu'il aborde les autres dans le système familial, dans un mouvement qui veut annuler ou circonscrire toutes mes interventions. Je ne peux pas être un observateur à l'extérieur, qui cherche à agir sur le système à distance. Nous décidons alors d'intervenir avec cette famille de la façon suivante : 1) Ne pas chercher la confrontation avec le garçon, mais à la limite lui donner raison. — 2) Revoir les parents. — 3) Soutenir le père qui nous apparaît très effacé. — 4) Envoyer une lettre adressée à toute la famille, dont voici le contenu :

Chère Madame, cher Monsieur, cher Sacha, chère Nancy,

Je vous demande, Monsieur, de lire cette lettre à votre famille à haute voix, ce soir au repas de 19 heures.

Hier soir, après la séance de famille, je me suis rendu compte que demander à Sacha de trouver le moyen d'avoir une activité avec son père et d'aider sa soeur étaient impossibles. Tout comme il est impossible d'imaginer Sacha sortir et chercher du travail, ou aller à l'école. Oui, je me suis trompé, même si Mmes X et Y ne sont pas de mon avis. Au fait, je me rends compte maintenant que non seulement Sacha remplace sa grand-mère, mais qu'il y réussit encore mieux qu'elle, puisqu'il a rendu Nancy presque indépendante (elle va seule à l'école, etc.) et qu'il veille très bien à la maison, s'en occupant parfaitement, parlant même couramment le français et l'italien. On y trouve même les disputes avec Madame ... (la mère) comme faisait la grand-mère!

Il est vrai que Mmes X et Y pensent que Sacha peut retourner à l'école ou s'engager dans une formation professionnelle, mais moi-même je vois en lui la parfaite grand-mère à la retraite! Comme je sais que Sacha a adopté ce rôle de grand-mère depuis bientôt deux ans et que je n'ai pas l'ambition (ni la compétence) de lui faire abandonner sa place de grand-mère, je propose qu'à la séance du 21 février à 18 heures 15, il n'y ait que Monsieur et Madame ... (les parents). Par la même occasion, j'aviserais Mmes X et Y de ne pas participer à cette séance, puisque je verrai les parents seuls et non pas la grand-mère et Nancy.

Je demande ainsi que tout le monde prenne connaissance de cette lettre.

Veuillez agréer, chère Famille, mes salutations les meilleures.

Les répercussions de cette intervention furent importantes. Le fils, Sacha, se dit insulté par la lettre, la famille ne la comprit pas et « l'ex-thérapeute » trouva cette intervention (décidée après son départ) peu professionnelle.

Deux semaines plus tard, on apprend que Sacha demande à ne plus être dans la même chambre que sa soeur. Lors des séances avec les parents, nous demandons à la mère de ne plus parler à Sacha d'aller à l'école ou de chercher du travail, ce qu'elle faisait sans cesse depuis le départ de la grand-mère. Les parents sont priés de sortir ensemble un soir, laissant ainsi les enfants seuls à la maison. C'est la première fois que les parents quittent les enfants pour être ensemble. Peu de temps après, Sacha « menace » d'aller chercher du travail, et trouvera très rapidement un emploi à plein temps avant de reprendre les cours !

2. Dans le cadre de la consultation privée, une psychologue d'une école privée téléphone pour me faire part d'une situation préoccupante, dans laquelle une jeune fille de 17 ans, une des premières de sa classe et bientôt à l'Université, se plaint à la psychologue scolaire de scènes éprouvantes, voire violentes, à la maison entre elle et sa soeur de 15 ans, et ses parents. Au cours des derniers mois, la situation s'est détériorée et la psychologue, prise d'un côté par la fille et de l'autre par les parents, se désespère et appelle au secours. L'appel viendra au moment où la jeune fille ne se rend plus aux rendez-vous fixés par la psychologue, alors que les parents la sollicitent de continuer à voir leur fille. Lors de son téléphone, la psychologue parlera d'une situation « impossible ». Quant aux parents, ils demandent de l'aide tout en précisant qu'ils sont certains que leur fille refusera de venir consulter avec eux. Il leur est proposé de venir sans leur fille (que viennent ceux qui cherchent ou pensent chercher un changement).

Ils ne viendront que deux fois. Lors de la première séance, ils exposeront en détail les difficultés qu'ils connaissent avec cette adolescente, chacun expliquant sa façon de réagir, très différente l'une de l'autre. Tous les matins, quelques minutes avant le départ de l'aînée pour l'école, une bagarre épouvantable se déclenche entre les deux filles, se soldant par une irruption de l'aînée dans la chambre à coucher des parents, d'où le père sort du lit pour calmer sa fille. Le soir, elle rentre toujours en retard et le père (le cuisinier de la famille) lui garde quelque chose au chaud. Les parents ne sortent jamais ensemble pour ne pas laisser les deux filles seules à la maison, au cas où elles se disputeraient. Quant à la mère, elle fait des lessives pour ses filles, sur demande, jusqu'à une fois par jour. Il faudra attendre la fin de la séance pour arriver au problème familial le plus grave : le chômage du père depuis bientôt une année.

Les interventions faites sont simples, mais impliquent tout de même des modifications importantes du système. En demandant aux parents de fermer leur chambre à coucher à clé, à la mère de ne plus faire de petites lessives personnelles pour ses filles, au père d'« oublier » de faire des plats supplémentaires pour sa fille qu'il laissait sur le chauffe-plat (la mère était ravie de cette intervention !) et en demandant aux parents de sortir une ou deux fois par semaine juste avant que leurs filles ne rentrent de l'école, la situation familiale changera complètement.

Les parents ont été convoqués deux fois à un intervalle de trois semaines. Les interventions touchaient tous les membres de la famille, y compris un petit enfant adopté de 3 ou 4 ans. Un aspect important par rapport aux interventions était d'une part la demande des parents d'être aidés et d'autre part leur collaboration. D'ailleurs, la réussite dans la thérapie systémique n'est pas proportionnelle au nombre de participants de

la famille ni au nombre de séances contractées. L'important nous semble relever de la détection et de la compréhension des séquences, qui, jusqu'alors, perpétuaient la symptomatologie. Chaque membre de la famille détient la clé du changement en tant que protagoniste dans le cycle des répétitions séquentielles. Le but de l'intervention est d'interrompre ce processus. Pour ce faire, il faut travailler avec un ou plusieurs maillons du cercle. Si l'un est prêt à collaborer, les autres suivront, soit en demandant à être aussi « vus et entendus » (déjà un changement!), soit en se confrontant aux nouvelles transactions intervenues par la mise en place de la thérapie.

Lors de la deuxième séance, les parents nous annoncent que les scènes ont cessé à la maison, et la mère dit qu'elle pense avoir trouvé du travail : dans ce cas, il serait difficile pour eux de revenir me voir prochainement. Ceci ouvre le chemin pour aborder le conflit entre les parents. Quelques jours plus tard, le père téléphone pour annoncer que sa femme travaille (à 90 kilomètres de Genève) à plein temps et qu'ils ne pourront pas venir au rendez-vous prévu quelques semaines plus tard. Par ailleurs, il m'apprendra que sa fille a fini l'école et que les problèmes antérieurs n'existent plus. Le père pense que le changement de comportement de sa fille aînée est lié à la fin de la scolarité secondaire et non pas aux interventions thérapeutiques.

En effet, dans l'ensemble de notre travail, on voit que l'on obtient les résultats les meilleurs quand l'intervention thérapeutique est vécue par la famille comme secondaire aux améliorations « spontanées ». Ainsi il est clair qu'il faut avoir dépassé le besoin de recueillir les reconnaissances élogieuses de nos patients et plutôt considérer de bonne augure une disqualification du thérapeute, ce qui permet de mettre au premier plan les compétences des membres de la famille. Pour le thérapeute systémiste, entendre des remerciements en crescendo (« Merci pour tout le bien que vous nous faites »), est fréquemment l'ouverture aux perturbations peu mélodieuses annonçant une restabilisation et un non-changement du système, même si D. Stanton (1981) consacre un chapitre à l'accueil des remerciements des patients.

3. Dans le cadre des traitements supervisés, un jeune collègue non expérimenté en thérapie systémique reçoit la demande d'une mère pour son fils de 17 ans et demi, qui pose des problèmes comportementaux depuis plusieurs années, s'alcoolise et renifle du T.C.E.T. depuis une année. Par ailleurs, il n'a aucune activité scolaire ou professionnelle et son beau-père a démissionné de toute tentative éducative. Ce collègue reçoit l'adolescent qui se présente au rendez-vous éthyliisé et extrêmement angoissé. Devant le mal évident du patient, le collègue propose une hospitalisation volontaire à la clinique psychiatrique. La proposition est acceptée et un traitement mis en place. Les parents se montrent

peu collaborants lors des visites à la clinique et le garçon demande à sortir de la clinique et qu'on ne s'occupe plus de lui.

Il est impossible de laisser sortir ce garçon sans donner de suites. Nous mettons en place une séance de famille, dans laquelle le jeune thérapeute mène l'entretien et le superviseur est derrière le miroir sans tain, pouvant intervenir par téléphone à tout moment. Les séances sont vidéofilmées également.

A la première séance, le garçon, accompagné de ses parents, arrive titubant, soutenu par la mère. La séance d'une heure sera surtout mobilisée par le garçon qui vomit presque sans arrêt, sa mère lui tient une corbeille à papiers et son beau-père observe. La seule intervention est de remercier le garçon de nous avoir montré la gravité de la situation et de s'occuper de sa famille par de tels sacrifices. Lors de la deuxième séance, cinq jours plus tard, Alain vient seul avec son beau-père. Ils excusent la mère qui ne peut pas se libérer des tâches ménagères. Alain est correctement vêtu, avec une cravate « mode », ce qui est très frappant par rapport à son aspect clochard (manteau troué, pantalons sales, chemise déchirée, etc.) de la séance précédente. L'entretien avec les deux hommes se déroule en deux parties. D'abord Alain parle de son avenir et des difficultés qu'il aura à se situer professionnellement. Nous sommes frappés par ses capacités d'insight, la précision de ses pensées et leur degré d'abstraction. Dans un deuxième temps, c'est le beau-père qui suit le discours de son fils en nous parlant des difficultés qu'il a connues lors de son adolescence en Belgique. Ensuite son mariage avec une vauchoise, mère célibataire, la fondation d'un foyer, puis, un jour, la visite de son propre père qui l'accuse devant sa femme d'avoir abandonné une autre femme et un enfant en Belgique. A l'issue de cette séance, une lettre est envoyée à la mère d'Alain, l'invitant à participer à la prochaine séance. Quant à Alain, il n'est pas convoqué aux trois rendez-vous suivants.

Dans les deux entretiens qui suivent, les éléments importants sont d'une part la dépression de la mère et la haine qu'elle éprouve pour le père de son mari, qu'elle n'aurait vu que deux fois, et, d'autre part, l'envie des parents de placer Alain dans un internat éducatif. Dans ce but, nous apprenons lors de la deuxième séance avec les parents qu'il existe une relation avec un assistant social d'un service placeur et ceci depuis plusieurs semaines. Le jeune collègue est inondé d'informations. Nous demandons si nous pouvons contacter cet assistant social. Comme intervention, nous préparons un horaire avec la mère, où elle va prendre des heures dans la semaine pour s'occuper d'elle et moins d'Alain. Quant au père, il assumera quelques tâches concernant Alain, jadis responsabilité de la mère.

Deux jours après, le thérapeute reçoit une lettre de la mère, le remerciant de tout ce qu'il a fait pour elle (lettre paradoxale?) et confir-

mant le prochain rendez-vous. Le jour de la troisième séance, Alain se rend au poste de police qui se situe à cent mètres de la clinique et menace des gendarmes. Aussitôt, les parents sont avertis et le père nous téléphone pour annuler le rendez-vous, précisant que ça ne vaut plus la peine de venir. Quant au garçon, il sera placé dans un foyer (non pénal) et les parents s'occuperont de deux petits enfants placés chez eux — qui occuperont la chambre d'Alain!

Plusieurs erreurs sont à distinguer. Les séances se suivirent environ tous les cinq jours. Les interventions ne touchèrent pas directement tout le monde : Alain aurait dû être convoqué, car il était précisément celui qui demandait de l'aide. Le superviseur aurait dû prendre le cas en charge, mettant le jeune thérapeute derrière le miroir, car ce dernier n'avait pas d'expérience dans l'approche systémique. Peut-être, ce qui nous gênait le plus était d'avoir négligé de s'occuper du système dans son ensemble, soit la prise en considération de l'assistant social, dont on aurait dû avoir connaissance. Toujours est-il que si erreurs il y avait, l'impact des interventions a fait interférence dans le système. Mais les interventions montrent distinctement qu'il y a des limites liées au possible thérapeutique. Les possibilités d'intervention dans un système dysfonctionnel ne le sont pas nécessairement dans un autre.

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES

Nous sommes confrontés à deux vérités dont nous devons tenir compte dans notre travail clinique : premièrement, que la réalité de maintenant ne peut pas être celle de demain, puisque les systèmes vivants ne sont pas statiques. Ils peuvent être définis par la complémentarité entre le changement et la stabilité, ce que B. Keeney (1983) appelle le processus cybernétique. Deuxièmement, que le symptôme qui est amené par le patient désigné doit toute son existence aux interactions au niveau du système qui se trouve dans la dynamique, où le thérapeute est impliqué dès qu'il prend le premier téléphone ou entre dans une première séance. De cette deuxième réalité clinique, il ressort que le thérapeute tiendra compte de son rôle de participant dans la transaction familiale sans perdre de vue la tâche d'orchestrer le déroulement de la séance.

Ceci comprend le problème des attentes des membres du système, le contrôle et/ou le maintien du pouvoir à l'intérieur du système et accepter une position qui n'est pas celle d'un observateur, mais d'un membre engagé dans un processus.

Ce qui peut entraver cette optique, c'est la « disponibilité aveugle » des services de santé mentale et des institutions publiques qui répondent à toutes demandes de consultation, laissant souvent au demandeur un pouvoir décisionnel trop important. Combien de fois la décision du jour

et de l'heure d'un rendez-vous, le choix du spécialiste qui verra le patient, son sexe, et même qui viendra au rendez-vous, sont dictés par la famille ou un membre de celle-ci. Dans de tels cas, le thérapeute court de grands risques de se trouver phagocyté par le système.

Afin de répondre aux variables imputables aux systèmes familiaux, il est nécessaire de garder à l'esprit certaines consignes : 1. Le thérapeute doit détenir un pouvoir thérapeutique et « encadrer » (Kaufmann, 1984) le patient, la famille et les autres soignants, ce qui sous-entend que nous tenons absolument compte de l'analyse contextuelle. — 2. Le thérapeute a comme point de référence un modèle clé : paradigme suffisamment souple pour lui permettre de s'adapter aux besoins d'un système à un autre, sans que ce soit un simple décalque de modèles célèbres (exemple : les fameux lunchs de Minuchin). — 3. Les séances sont suffisamment espacées dans le temps afin de maintenir une neutralité et une vision d'ensemble sans être phagocyté dans le sens défini par P. Dell (1982) d'une co-évolution de cohérence complémentaire¹. Dell parle des avantages d'avoir des co-thérapeutes et des séances de famille uniques, mais ceci est peut-être plus une préférence personnelle que des raisons défendables sur le plan théorique. — 4. Veiller à ce que le traitement de famille amène, avant tout, la ou les personnes qui demandent de l'aide, soit ceux qui souffrent le plus. — 5. Il ne faut pas entrer dans le piège du pourquoi du symptôme (Goolishian, 1983) et encore moins dans la nosologie qui nous est servie sur assiette par les dossiers. Les rapports qui circulent d'un collègue à l'autre, comprenant des anamnèses détaillées et des diagnostics élaborés s'appuyant sur des évaluations fouillées du patient symptomatique, servent le but redoutable du symptôme qui se fixe comme garant immuable d'un système plus ou moins stable et dysfonctionnel.

Paul Dell a écrit (1982) : « The best definition of the system is the system itself : the system is, there is no why. » Kaufmann (1984) écrit quant à la symptomatologie : « Le comportement symptomatique du patient désigné est « facultatif » en ce sens que le potentiel de développement de l'adolescent est plus ou moins intact, mais bloqué par l'installation d'une régulation dysfonctionnelle familiale, et non pas, ou pas encore, ou pas avant tout, un dysfonctionnement intrapsychique à effet anti-évolutif. » Ainsi, aborder les « impossibilités » du système familial est une intervention en soi, du moment que l'impossible est projeté dans le domaine du possible, dans le domaine de tous les jours et du non-pathologique.

¹ Ce processus est défini comme une évolution complémentaire entre le thérapeute et le système qu'il essaie de changer, du moment où l'impact thérapeutique sur la cohérence du symptôme vis-à-vis du système n'a plus de prise.

La prise en charge de ce qui est reconnu comme de la pathologie dans une optique de non-pathologie revient à reconnaître et comprendre ce que Elkaim (1982) perçoit comme les singularités gouvernées par les lois générales. Elkaim cerne encore la question (1981) en parlant d'une « bifurcation » qui correspond à une valeur critique des paramètres du système permettant, dans ces états éloignés de l'équilibre, grâce à des rétroactions positives par des transitions discontinues, que le système puisse passer d'un mode de fonctionnement à un autre, mettant en lumière des caractéristiques particulières.

Par l'approche des systèmes, le thérapeute apporte et distribue une information. Ce mouvement d'énergie négentropique est le passage à l'ordre dû aux fluctuations. Les changements discontinus effectués par des interventions au deuxième degré permettent d'arriver à une étape évolutive. Le point vulnérable ou instable (« la bifurcation ») est déterminé par un processus stochastique, donc une sélection qui dépend des fluctuations du système. C'est un mouvement d'ensemble qui se règle lui-même, de façon autopoïétique. Ce processus permet qu'une unité soit produite par un ensemble de productions d'éléments qui : 1) participe récursivement dans le même ensemble de production d'éléments ; 2) se réalise par un ensemble de productions d'éléments comme une unité à l'intérieur de l'espace des éléments mêmes (Varela, Maturana et Uribe, 1974). Cette capacité de dissiper l'entropie nous montre que les processus de la vie se suivent dans des conditions de non-équilibre et que la condition d'autopoïèse est elle-même le résultat des structures dissipatives².

La limite du possible et des possibilités est inhérente à l'intervention choisie par le thérapeute, qui peut être encodée de plusieurs façons par la famille. Le déclenchement d'une crise familiale, suscitée par une prescription lors d'une séance, permettra des expériences nouvelles, soit des changements discontinus, donc non prévisibles. Hofmann (1981) situe la famille sur une série de plateaux faisant partie d'une spirale, donc promettant une mobilité, d'où l'accès à des réorganisations importantes. Les changements discontinus permettent la genèse de la structure familiale par des lois qui lui sont propres. Ces réorganisations peuvent survenir à plusieurs niveaux dans l'unité familiale, permettant ainsi des points d'entrée multiples et renforçant l'impact thérapeutique.

Les systèmes fonctionnant par rapport à leur propre cohérence et se transformant selon leurs propres lois font que la symptomatologie nous donne « un premier droit de regard » sur le système. Une fois que

² Une discussion plus étendue sur les systèmes autopoïétiques se trouve dans l'article de L. Cauffman et P. Igodt sur les développements récents dans la théorie des systèmes paru dans cette revue, Vol. V, No 3.

le thérapeute est accepté à l'intérieur de l'organisation familiale, il participe aux réorganisations du système vivant en cherchant à provoquer le déséquilibre pour s'assurer un changement. Un tel processus, cette fois introduit par le thérapeute, n'est rien d'autre que ce qui est propre aux systèmes vivants. A l'époque, on parlait de vitalisme, par opposition au réductionnisme (Piaget, 1968). Nous pouvons illustrer cette dynamique du changement en nous référant à l'apport des informations (l'énergie). Pour comprendre les échanges d'énergie, il faut se référer aux théories de la communication où nous voyons que plus un événement est probable, moins il aura besoin d'informations. Ainsi, un système familial est perçu comme une machine pouvant trier des bits d'information. Ici, le symptôme peut avoir une seule valeur, celle de communiquer et, par conséquent, d'attirer notre attention sur l'ensemble du système, dans le but de comprendre les interactions.

C'est toute la question de ce qui est traitable et non traitable sans perdre de vue que « traiter » sous-entend la maladie. Pour répondre, il y a deux points qui émergent en cascade. D'une part, la dysfonction est vue comme manifestation inhérente au système et, de ce fait, faisant partie du processus familial, utile – voire fonctionnelle – en tant que telle. Les situations qui sont envoyées ou décrites comme « impossibles » et difficiles nous permettent, en les abordant par la prise en charge globale et systémique, d'aborder la problématique dans son ensemble et dans son contexte. Ceci permet de diminuer et limiter le poids de la responsabilité portée par « le patient désigné ».

Les limites du possible et de nos possibilités, au moment de la demande ou au cours même d'un travail thérapeutique avec une famille, sont circonscrites par la cohérence systémique. Quant aux limites face au but thérapeutique (Dell, 1982), ce sera inévitablement la cohérence du comportement de chaque membre d'une famille qui déterminera le potentiel pour parvenir aux transformations discontinues de cette même cohérence systémique. Afin d'y arriver, le thérapeute doit utiliser des interventions qui changent par rapport à ce qui est déjà utilisé à l'intérieur du système. Nos limites dans les interventions sont fonction de la structure du système. L'évaluation de ces structures et des limites du possible relève en majeure partie de l'habileté, de la sensibilité et de la méthodologie du thérapeute.

Dans le cadre d'une conférence³ sur la psychiatrie de l'adolescence, Kaufmann (1984) écrit avec beaucoup de clarté que les structures morphostatiques, donc rigides, semblent plus fréquentes dans les familles dont un membre est adolescent. Il évoque quatre raisons contri-

³ « La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui : quels adolescents soigner et comment ? » Genève, 30 et 31 mars 1984.

buant à ces difficultés : 1. Les parents et l'adolescent doivent négocier de nouvelles règles. — 2. La zone dont l'adolescent a besoin pour se situer en tant qu'adolescent se trouve en dehors des frontières de la famille. — 3. Souvent, les parents manquent de modèle valable pour négocier l'autonomie de leur enfant adolescent. — 4. Comme corollaire, les parents doivent arriver à évoluer au-delà de la séparation d'avec leur enfant, tout en l'encadrant encore, c'est une sorte de disponibilité à la demande. Cependant, on ne doit pas perdre de vue que des structures morphostatiques se trouvent précisément à des moments charnières *tout au long* du cycle de la vie, et pas seulement au carrefour de l'adolescence. Ces transitions développementales (voir travail ultérieur) font qu'il existe plusieurs moments « critiques » dans la genèse de la famille et que cette évolution suit un processus séquentiel dont chaque étape ou palier présente ses particularités, et les aspects idiosyncratiques peuvent témoigner des tentatives de rupture par rapport au système, amenant soit un changement, soit un statu-quo non-évolutif.

Dans les soins multiples que nous pouvons offrir aux personnes cherchant à être aidées par la psychothérapie, nous optons pour une prise en charge globale, allant à l'encontre de la mise en évidence d'une symptomatologie. Ceci permet d'accepter ce que la famille ou l'individu nous amène, tout en l'utilisant par rapport à toutes les personnes significatives de la cellule familiale, et ceci sans même exiger que toutes ces personnes participent aux séances psychothérapeutiques. Dans cette optique de travail, même s'il existe plusieurs modèles, ce qui reste indéniable, mais trop souvent fugitif à l'esprit des thérapeutes, c'est que même les situations cliniques « impossibles » peuvent devenir « possibles ». Le « possible » vis-à-vis de l'échec est déterminé par le système, soit la configuration et le fonctionnement familiaux d'une part, et la conviction du thérapeute d'autre part qu'il ne pourra pas aller au-delà des limites des possibilités offertes par ce même système.

Dr Ian Frank

Unité de Psychiatrie de l'Adolescence
S.M.P.

3, av. Gallatin
CH-1203 Genève

RÉSUMÉ

Prenant comme fil conducteur le modèle systémique, mais s'alignant sur une perspective évolutive, trois vignettes cliniques sont présentées. Ces sujets, d'abord traités et évalués par des tiers comme « cas impossibles », sont pris en charge dans notre optique et dans les limites de nos possibilités. C'est ainsi que les changements obtenus répondent à la constellation

spécifique de chaque système et non pas directement ou nécessairement aux a-priori thérapeutiques.

SUMMARY

Using a systems model as our point of reference, though aligned to an Evolutionary perspective, three case vignettes are presented. These cases, first treated by others and assessed as « impossible cases » when exposed to our model and its inherent limits result in changes that respond to the idiosyncracies of the system rather than directly or necessarily to therapeutic apriority.

Mots-clés :
Adolescents
Changement
Thérapie familiale

Key words :
Adolescent
Change
Family therapy

BIBLIOGRAPHIE

1. DELL, P. : Beyond Homeostasis : Toward a Concept of Coherence. In : *Family Process*, Vol. 21, No 1, 1982.
2. ELKAÏM, M. : Des lois générales aux singularités. In : *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, No 7, Éditions universitaires, 1983.
3. ELKAÏM, M. : Non-Equilibrium, Chance and change in family therapy. In : *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 7, No 3, 1981.
4. GOOLISHIAN, H. : 1983 Orthopsychiatric Annual Conference, Boston.
5. HOFFMAN, L. : Foundations of Family Therapy. Basic Books, New-York, 1981.
6. KAUFMANN, L. : Le pourquoi de l'approche familiale. Conférence dans le cadre du Symposium : « La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui : Quels adolescents soigner et comment? », Genève, 30 et 31 mars 1984.
7. KEENEY, B. : Cybernetics of Brief Family Therapy. In : *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 9, No 4, 1983.
8. PIAGET, J. : Le Structuralisme. P.U.F., Paris, 1968.
9. DE SHAZER, S. : The Death of Resistance. In : *Family Process*, Vol. 23, No 1, 1984.
10. STANTON, D. : Questions and Answers in the Practice of Family Therapy, 1981, Brunner/Mazel, Inc., New-York. Who should get credit for change which occurs in therapy, p. 519-522.
11. VARELA, F.G., MATURANA, H.R., URIBE, R. : Autopoiesis : The Organization of Living Systems, its Characterization and Model. In : *Biosystems*, 1974, 5, p. 187-196.

LA FAMILLE DU MIGRANT : ADAPTIBILITÉ ET COHÉSION

D^r J.A. SERRANO* et D^r C. DIPP**

Aux familles de la diaspora qui nous rappellent la longue histoire de l'humanité pour dépasser l'égoïsme et rencontrer la réalité de l'Autre.

1. INTRODUCTION

Le désir de comprendre les phénomènes psychologiques et psycho-pathologiques liés à la migration humaine nous a conduits, par des sentiers d'errance à l'analyse de la structurelle familiale (Serrano, 1980a, 1980b).

La famille, entité sociale, système ouvert stable et en transformation permanente, possède une structure interne et un mode de fonctionnement qui lui permettent d'établir une relation significative avec la réalité sociale. Les fonctions macro et micro-sociologiques (Talcott Parsons, 1955) remplies par la famille dépendent largement de la place et du rôle des parents et du groupe familial dans un contexte social donné.

La migration, quelles qu'en soient les causes, place les familles au centre de coordonnées spatio-temporelles déterminées dont les répercussions portent sur l'identité sociale du migrant et de sa famille. Le nouveau contexte spatio-temporel exige l'adoption d'une stratégie familiale destinée à leur permettre une adaptation fonctionnelle aux exigences psychosociales environnantes.

Notre travail avec les familles migrantes nous a incité constamment à tenter de spécifier et de cerner les caractéristiques de certaines stratégies d'adaptation à la migration et à évaluer leur impact sur la structure familiale elle-même.

Les concepts de *cohésion* et d'*adaptabilité* familiale nous paraissent contribuer le mieux à la compréhension de ces phénomènes. Il constituent les concepts de base de notre recherche actuelle, utilisés à la fois au niveau clinique phénoménologique et au niveau expérimental au moyen d'une évaluation standardisée.

* Chef de Clinique Adjoint, Service de Psychopathologie (Prof. L. Cassiers), Psychologie de l'Enfant (Prof. P.J. Fontaine), Cliniques Universitaires St-Luc, Louvain en Woluwe.

** Assistant étranger, Cliniques Universitaires St-Luc, Boursier du Secrétariat du Tiers Monde, UCL.

Dans cette communication dont le but est de vérifier l'utilité du cadre conceptuel et de l'instrument d'évaluation employé en fonction de nos hypothèses de travail, nous présentons les résultats préliminaires d'une recherche plus large. Celle-ci concerne précisément les stratégies d'adaptation utilisées par les familles des migrants.

2. MÉTHODOLOGIE

Nous avons essayé d'analyser les caractéristiques du fonctionnement familial d'un groupe de familles «déracinées» à la suite des changements socio-économiques et politiques dont le monde actuel est témoin.

Il s'agit de familles d'émigrants espagnols qui se sont déplacés par décision «propre» dans un but de promotion économique et professionnelle, et de familles d'exilés politiques latino-américains vivant la situation précaire de ceux qui, forcés par les circonstances, quittent leur pays dans le but d'éviter la prison, la torture ou la mort.

Notre travail clinique ou de contact informel auprès des familles précitées nous a permis d'observer une série de comportements différents et constants pour chaque groupe considéré.

L'analyse du fonctionnement des familles migrantes, objet de notre recherche, comporte trois volets:

1. La définition d'un *cadre de référence* utilisant les concepts de cohésion et d'adaptabilité.
2. La confrontation de ce cadre de référence avec l'expérience clinique ou de rencontre informelle avec des familles migrantes.

Cette *analyse phénoménologique* du fonctionnement familial nous a permis d'établir deux hypothèses de travail: d'une part nous considérons que les familles d'émigrants espagnols présentent un degré de cohésion élevé et un degré d'adaptabilité faible; et d'autre part, il nous apparaît que les familles d'exilés politiques latino-américains présentent un degré de cohésion et d'adaptabilité faibles.

3. L'*évaluation standardisée* du fonctionnement familial par l'emploi du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, FACES (Olson, Bell et Portner, 1979).

Nous avons utilisé une version résumée du questionnaire*, en traduction espagnole, effectuée par nos soins, préservant l'évaluation équilibrée des différents concepts proposés par le FACES.

* La version originale comporte 111 questions reprenant les 16 concepts capables de rendre compte de l'adaptabilité et de la cohésion familiales plus trois rangées «désirabilité sociale» basées sur le concept d'attrait social d'Edmonds.

Le questionnaire a été appliqué à un échantillon non-représentatif de 24 familles migrantes (n = 24 dont 12 familles espagnoles et 12 familles latino-américaines). Les familles espagnoles ont été choisies parmi les consultants d'un centre de Santé Mentale, tandis que les familles latino-américaines sont celles qui ont répondu favorablement à notre invitation à participer à la recherche.

3. LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Les concepts d'adaptabilité et de cohésion familiale ont été intégrés par Olson et al. (1979a, 1979b, 1980) dans leur *modèle «circumplexe»* du fonctionnement familial* (Olson, Sprenkle et Russell, 1979; Russell, 1979; Olson, Russell, Sprenkle, 1980), dont nous nous inspirons largement.

Dans ce modèle, l'adaptabilité et la cohésion sont décrites comme les deux dimensions fondamentales, complémentaires et nécessaires pour la compréhension du fonctionnement familial.

La cohésion et l'adaptabilité ont été dégagées à partir de l'intégration d'une cinquantaine de concepts intéressant la recherche et la clinique de la dynamique conjugale et familiale. Certains de ces concepts sont employés depuis longtemps (pouvoir, rôles) tandis que d'autres ont été forgés récemment grâce à l'observation du fonctionnement familial dans une perspective systémique (pseudo-mutualité, double lien).

La COHÉSION FAMILIALE se définit par les *liens émotionnels* que les membres ont les uns avec les autres et par le degré d'*autonomie individuelle* qu'une personne expérimente dans le système familial. Ce processus fait référence au degré de connexion ou de séparation vécu par un individu au sein d'un système familial donné. A l'intérieur du modèle circumplexe, certaines variables spécifiques peuvent être utilisées pour mesurer la cohésion familiale: les liens émotionnels intrafamiliaux, l'indépendance, les frontières intra-familiales, les coalitions, l'organisation du temps, la protection de l'espace, les relations avec les amis, la prise de décisions et les intérêts et loisirs.

L'ADAPTABILITÉ FAMILIALE est définie comme la capacité du système familial de modifier sa structure de pouvoir, ses rôles relationnels et ses règles relationnelles en réponse à des exigences situationnelles et de développement. L'adaptabilité est centrée sur la *capacité de changement* du système familial (Olson, Russell et Sprenkle, 1980). Dans le but de décrire, mesurer ou diagnostiquer cette dimension, les auteurs ont emprunté certaines variables utilisées en sciences sociales telles que: l'affirmation de soi, le

* Traduction littérale du mot anglais employé Olson et al.: «circumplex» (circum: préfixe signifiant autour de, dans toutes les places; plexe: carrefour, réseaux, intersection). Le modèle comprend la combinaison des facteurs en jeu.

contrôle mutuel entre les membres de la famille, la discipline, le style de négociation, des rôles familiaux, les règles familiales et la rétroaction familiale.

Les deux dimensions mentionnées se situent chacune à quatre niveaux. Les niveaux de *cohésion*, du plus faible au plus élevé, sont: désengagé, séparé, connecté et enchevêtré. Les niveaux d'*adaptabilité*, du plus faible au plus élevé, sont: rigide, structuré, souple et chaotique. Ces dénominations ont été choisies pour éviter les étiquettes diagnostiques traditionnelles.

La combinaison de ces deux dimensions permet d'identifier et de décrire 16 types de fonctionnement familiales (tableau 1).

Tableau 1.

TYPOLOGIE DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL

↑	←	faible	—	COHESION	—	élevée	→
↑							
	élevée						
A	chaotique						
D	désengagé	séparé	séparé	connecté	connecté	connecté	enchevêtré
A							
P	souple						
T	désengagé	séparé	séparé	connecté	connecté	connecté	enchevêtré
A							
B							
I	structuré						
L	désengagé	séparé	séparé	connecté	connecté	connecté	enchevêtré
I							
T							
E	rigide						
↓	désengagé	séparé	séparé	connecté	connecté	connecté	enchevêtré
	faible						
↓							

(selon le modèle "circumplexe" d'Olson et al.).

Le modèle «circumplexe» fournit autant un diagnostic du fonctionnement du système familial comme structure de relations, qu'une indication prédictive des capacités de ce dernier à faire face aux difficultés qu'il confronte. Il permet aussi — et cela nous intéresse particulièrement en tant que cliniciens — d'élaborer des stratégies d'intervention pouvant orienter la dynamique de changement d'une famille donnée.

4. L'INTERPELLATION DE LA CLINIQUE

Le travail clinique et l'observation participante au sein de la communauté migrante espagnole et latino-américaine nous ont permis de dégager certaines caractéristiques phénoménologiques concernant la cohésion et l'adaptabilité de ces familles.

Au niveau de la *cohésion*, l'analyse phénoménologique nous a montré que les familles des migrants espagnols font preuve d'une cohésion élevée. Souvent, les adolescents éprouvent un certain attachement aux valeurs de leurs familles et font preuve d'un engagement à l'égard des parents. Il nous semble que les forces centripètes (Stierlin, 1974) poussent les membres de la famille, aussi bien les uns que les autres, vers une certaine «unicité» émotionnelle et intellectuelle. Ce qui serait en jeu, apparemment, est le tissu de fidélités familiales (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973) configuré par un processus de délégation (Stierlin, 1979) unissant parents et enfants et même famille restée dans le pays d'origine (Penning et Molitor Mergue, 1980).

Par contre, la famille de l'exilé politique latino-américaine montre un faible degré de cohésion. Souvent, les intérêts divergents des conjoints et l'opposition, même sourde, des enfants, créent un climat de désinvestissement interne, voire même de divorce émotionnel (Bowen, 1960).

Il nous semble que les forces centrifuges (Stierlin, 1974) prédominent, déterminant parfois des phénomènes d'éclatement familial. Ce qui pourrait être en jeu, c'est la dynamique de culpabilité et son corollaire, le bouc émissaire (Bell et Vogel, 1960) ainsi que la modification radicale de l'interaction conjugale.

La confrontation conjugale vécue en situation d'exil, accentue ou exacerbe des conflits anciens non résolus et met en question l'équilibre conjugal préétabli. Le rôle de la femme latino-américaine se dynamise d'autant plus qu'elle accède plus facilement au marché du travail, contrairement à l'homme qui possède des qualifications professionnelles souvent peu «rentables» dans la société actuelle. La séparation observée fréquemment est le résultat de l'action des forces centrifuges qui tendent à pousser des membres de la famille hors du système.

L'on comprend aisément que les éléments structurels décrits ci-dessus jouent un rôle essentiel au niveau de l'*adaptabilité*. Les familles d'exilés latino-américains s'adaptent faiblement au nouveau contexte socio-culturel. Cela tient, outre qu'aux facteurs mentionnés (migration forcée, culpabilité, déséquilibre de la complémentarité conjugale traditionnelle, chômage), à une «volonté» idéologique de ne pas s'intégrer à la nouvelle situation. L'idéalisation du «retour» — fantasme caractéristique constant de bon nombre de migrants — est beaucoup plus ancrée parmi les exilés.

L'idée de retour, étant prioritaire, détermine des attitudes telles que le refus d'apprendre la langue du pays d'accueil, le blocage face à des démarches administratives urgentes*, l'absence du projet d'insertion socio-professionnelle à moyen terme, le recours à la «retribalisation» (Bastide, 1965).

Le phénomène de concentration de communautés migrantes essayant de préserver fidèlement leurs traditions culturelles se retrouve aussi parmi les

* Au-delà des difficultés réelles face à des exigences administratives plus complexes, il s'agit ici des blocages de type émotionnel.

les migrants espagnols. C'est comme s'ils voulaient créer sur un autre sol, «un prolongement de leurs pays d'origine» (Bastide, 1965).

La volonté de non-intégration et la faible cohésion de familles d'exilés les rend beaucoup plus vulnérables aux phénomènes d'apprentissage des nouveaux mécanismes culturels, sans qu'une véritable adaptation s'ensuive.

Par contre, l'insertion socio-professionnelle du migrant espagnol facilite un minimum d'«intégration», avec tout ce que cela comporte au niveau de la perception sociale du rôle du migrant, surtout en période de crise économique.

La faible perméabilité de la famille espagnole migrante à l'apprentissage de nouveaux mécanismes culturels, ainsi que sa cohésion plus élevée, pourraient expliquer le décalage existant, d'un point de vue phénoménologique, entre les familles de la diaspora et celles qui, appartenant au même groupe social, sont restées dans leur pays d'origine. La comparaison montre que les familles espagnoles de la diaspora sont restées beaucoup plus attachées à des valeurs traditionnelles.

5. L'ÉVALUATION STANDARDISÉE

La confrontation de notre analyse phénoménologique avec l'évaluation standardisée du mode de fonctionnement familial par l'emploi du FACES*, a été bien acceptée par les familles de notre échantillon (n = 24 : 12 familles espagnoles et 12 familles latino-américaines).

L'information recueillie par des entretiens collectifs des familles nous a apporté des renseignements cliniques très riches à propos de la dynamique familiale: la prise de décisions, l'exercice du pouvoir, la négociation, etc. Néanmoins, étant donné que cette information n'a pas été codifiée, elle ne sera pas mentionnée dans ce travail.

La moyenne d'âge des parents des familles d'origine espagnole est de 43,6 ans et leur durée de séjour en Belgique est de 18 ans (tableau 2). En ce qui concerne les familles latino-américaines, l'âge moyen des parents est de 33 ans et leur durée de séjour est de 6 ans (tableau 3). Le nombre d'enfants diffère peu: 2,3 pour les familles espagnoles (tableau 2) et 2,6 pour les familles latino-américaines (tableau 3).

L'examen attentif des tableaux 4 et 5 servant à signaler l'existence des problèmes psychopathologiques et le mode de fonctionnement familial, montre que les familles latino-américaines présentent aussi des difficultés psychopathologiques (sauf la famille 11), même si elles ne consultent pas un centre spécialisé (tableau 5).

L'interprétation de la distribution des familles en fonction du modèle «circumplexe», tenant compte de la combinaison de la cohésion et de l'adaptabi-

* Nous remercions le Prof. Olson de nous avoir permis d'utiliser son questionnaire à titre expérimental.

Tableau 2.

FAMILLES ESPAGNOLES n = 12

FAM.	Age moyen des parents	Composition de la famille	Durée du séjour	écart	
1	43 ans	3 ans	3 enfants	12-20 ans	18 ans
2	50 ans		2 enfants	24-27 ans	18 ans
3	46 ans	3 ans	1 enfant	18 ans	20 ans
4	48 ans		1 enfant	25 ans	21 ans
5	50 ans	12 ans	4 enfants	14-25 ans	21 ans
6	46 ans		3 enfants	14-18 ans	20 ans
7	39 ans	2 ans	3 enfants	5-10 ans	17 ans
8	39 ans	2 ans	2 enfants	5-17 ans	16 ans
9	35 ans	9 ans	3 enfants	4-11 ans	12 ans
10	44 ans	8 ans	4 enfants	10-16 ans	17 ans
11	40 ans	4 ans	3 enfants	10-16 ans	19 ans
12	44 ans	2 ans	3 enfants	15-19 ans	18 ans
	moyenne âge		moyenne nombre enf.		moyenne
	43,6 ans		2,6 enfants		18 ans

lité familiales, garde un caractère descriptif étant donné la nature de l'échantillon: le nombre n'est pas représentatif de l'ensemble de la population migrante concernée et la composition de deux groupes ne permet pas des comparaisons entre eux.

En ce qui concerne les *familles espagnoles* (tableaux 4 et 6), leur niveau de *cohésion* est *moyen*: moyen faible — familles séparées (9) et faible — famille désengagées (2). Le degré de désirabilité sociale est de 6,1.

L'*adaptabilité* rencontrée est *faible*: familles rigides (6) et moyenne faible — familles structurées (5). Une seule famille montre une adaptabilité moyenne élevée — famille souple ou flexible.

La combinaison de ces deux facteurs nous montre une prépondérance des familles structurées-séparées (4) et rigides-séparées (4).

Les *familles latino-américaines* (tableaux 5 et 7) se situent à un niveau de *cohésion moyenne*: moyen faible — familles séparées (7) et élevé — familles connectées (4). Une faible cohésion s'observe dans un cas: famille désengagée. Ce résultat doit néanmoins être nuancé tant donné l'existence d'un degré de désirabilité sociale de 10,5 qui exprime une certaine tendance des familles questionnées à montrer une plus grande cohésion aux yeux de l'observateur extérieur.

Tableau 3.

FAMILLES LATINO-AMÉRICAINES n = 12

FAM.	Age moyen des parents	Composition de la famille	Durée du séjour	écart	
1	34 ans	2 ans	4 enfants	8-13 ans	7 ans
2	29 ans	5 ans	3 enfants	4- 8 ans	6 ans
3	37 ans	6 ans	4 enfants	12-18 ans	7 ans
4	31 ans	3 ans	1 enfant	3 ans	5 ans
5	30 ans		2 enfants	7- 9 ans	4 ans
6	33 ans		1 enfant	6 ans	3 ans
7	30 ans		2 enfants	5- 7 ans	7 ans
8	36 ans	3 ans	2 enfants	3- 6 ans	7 ans
9	31 ans	7 ans	3 enfants	2-11 ans	7 ans
10	40 ans	3 ans	2 enfants	5- 7 ans	7 ans
11	30 ans	4 ans	2 enfants	8-11 ans	8 ans
12	35 ans	2 ans	2 enfants	5- 8 ans	4 ans
	moyenne âge 33 ans		moyenne nombre enf. 2,3 enfants		moyenne 6 ans

Tableau 4.

FAMILLES ESPAGNOLES

FAM.	Problèmes familiaux	Type s/mod. circumplexe
1	Problèmes psychologiques chez une fille	structurée/séparée
2	Problèmes psychologiques chez un fils	rigide/séparée
3	Problèmes psychologiques chez le père	flexible/séparée
4	Problèmes psychologiques chez le père	rigide/connectée
5	Problèmes psychologiques chez le père	rigide/séparée
6	Problèmes psychologiques chez la mère	rigide/séparée
7	Problèmes psychologiques chez la mère	structurée/séparée
8	Problèmes socio-économiques	structurée/séparée
9	Problèmes psychologiques chez la mère	structurée/séparée
10	Problèmes psychologiques chez la mère	rigide/désengagée
11	Problèmes psychologiques chez le père	rigide/séparée
12	Problèmes psychologiques chez le père	structurée/désengagée

Tableau 5.

FAMILLES LATINO-AMÉRICAINES

FAM.	Problèmes familiaux	Type s/mod. circumplexe
1	Séparation des parents	structurée/séparée
2	Problèmes psychologiques chez un fils	structurée/connectée
3	Problèmes médico-psychologiques chez les enfants, séparation des parents	structurée/séparée
4	Problèmes de couple	structurée/séparée
5	Séparation des parents, problèmes psychologiques chez un fils	structurée/désengagée
6	Séparation du couple	rigide/séparée
7	Séparation des parents, problèmes psychologiques chez un fils	structurée/connectée
8	Problèmes de couple, chômage du père	flexible/connectée
9	Séparation des parents, problèmes psychologiques chez un fils	structurée/séparée
10	Problèmes psychologiques chez un fils	rigide/séparée
11	Pas de problèmes	structurée/connectée
12	Problèmes psychologiques chez un fils	flexible/séparée

L'*adaptabilité est moyenne*: moyenne faible — familles structurées (8) et faible — familles rigides (2). Une adaptabilité moyenne élevée s'observe dans deux cas: familles souples ou flexibles.

La combinaison de ces deux facteurs nous montre une prépondérance des familles structurées-séparées (5) et structurées-connectées (3).

6. COMMENTAIRES

L'évaluation standardisée du mode de fonctionnement des familles latino-américaines confirme partiellement une de nos hypothèses de travail dégagée par l'analyse phénoménologique. En effet, ces familles présentent un niveau de cohésion moyen faible (7 familles) et une adaptabilité moyenne faible (8 familles).

Cependant, l'observation clinique permettait de prévoir une faiblesse de cohésion (une seule famille) et d'adaptabilité (2 familles) plus nettes.

Nous nous demandons si les familles en question ne se donnent par une représentation idéalisée de leur cohésion, véritable défense mythique face à la

Tableau 6.

		← faible — COHESION — élevée →			
		désengagé	séparé	connecté	enchevêtré
↑ élevée A D A P T A B I L I T É faible ↓					chaotique
			γ3		souple
		γ12	γ1 γ7 γ8 γ9		structuré
		γ10	γ2 γ5 γ6 γ11	γ4	rigide

situation d'exil. Il faut aussi ajouter que parmi les familles étudiées, il existe une situation conjoncturelle (Stierlin, 1979) qui renforce leur cohésion: la création d'un nouveau lien conjugal, qui justifie la constitution d'une nouvelle cohésion, nécessairement plus élevée.

Par contre, les résultats obtenus auprès des familles espagnoles au niveau de leur cohésion révèlent une franche contradiction entre l'observation clinique et l'évaluation standardisée. Ces résultats mettent en question notre hypothèse de travail au niveau de la cohésion des familles espagnoles puisque celle-ci se situe au niveau moyen faible (9 familles) et faible (2 familles). Une seule famille correspond au type prévu par l'hypothèse: cohésion moyenne élevée ou franchement élevée. La faible adaptabilité rencontrée (6 familles franchement faibles et 5 moyennement) confirme une partie de notre hypothèse.

Ces résultats pourraient s'expliquer en invoquant le caractère pathologique des familles espagnoles participant à la recherche, ainsi que la faible estime de soi qu'elles montrent dans une conjoncture de crise.

Tableau 7.

		← faible — COHESION — élevée →			
		désengagé	séparé	connecté	enchevêtré
↑ élevée A D A P T A B I L I T É faible ↓					chaotique
			x12	x8	souple
		x5	x1 x3	x2 x7	structuré
			x4 x9	x11	
		x6 x10		rigide	

Bien entendu, autant l'étendue de l'échantillon que le but de ce rapport ne nous permettent pas d'établir des conclusions générales ou «définitives». Cette étude rend compte de la valeur heuristique des concepts de cohésion et d'adaptabilité comme paramètres d'évaluation et de compréhension du fonctionnement familial. L'évaluation empirique par l'emploi du FACES constitue un complément utile à l'observation clinique et à l'intervention thérapeutique, que nous nous sommes limités à évoquer.

En tant que réalité dynamique, la famille se modifie dans le temps en fonction de la place qu'elle occupe dans l'espace ou dans le contexte anthropologique et socio-culturel (Abel, 1981; Serrano, 1977). Cette perspective diachronique, génétique et transgénérationnelle ouvre des horizons plus vastes à la

recherche et à la nécessité de comprendre le vécu du migrant et de sa famille.

RÉSUMÉ

La migration, en créant un nouveau contexte spatio-temporel, exige l'adoption de stratégies d'adaptation fonctionnelle tant au niveau individuel que familial.

Les concepts de cohésion et d'adaptabilité paraissent contribuer le mieux à la compréhension du fonctionnement familial.

A l'intérieur de ce cadre conceptuel, cet article analyse les caractéristiques d'un groupe de familles migrantes en Belgique (espagnoles et latino-américaines). Leur fonctionnement familial est étudié d'un point de vue phénoménologique ainsi qu'expérimental. Pour ce dernier, le modèle «circumplexe» de fonctionnement familial développé par Olson et coll. est utilisé.

Dr J.A. Serrano

Service de Psychopathologie (Enfants)

Cliniques Universitaires St-Luc, UCL, Av. Hippocrate 10/1960

B-1200 Bruxelles, Belgique

RÉSUMÉ

Le fonctionnement de la famille du migrant est analysé à la lumière des concepts de cohésion et d'adaptabilité. Ce cadre de références s'œuvre à l'interpellation de la clinique (description phénoménologique) et à une évaluation standardisée, basée sur le FACES (Olson et al.). Les groupes de familles latino-américaines exilées et des familles espagnoles migrantes sont comparés.

Les résultats de l'évaluation standardisées ne confirment que partiellement les hypothèses de travail avancées par les auteurs.

SUMMARY

The migrant's family functioning is analysed through the concepts of cohesion and adaptability. This framework permits both a clinical phenomenological description and a standardised evaluation based on FACES (Olson et al.). Two groups latinoamerican political refugees families and spanish «economic» migrants families are compared.

The results of the standardised evaluation does not confirms more than partially the author's work hypothesis.

Mots-clés
Migration
Dynamique familiale
Adaptabilité familiale
Cohésion familiale

Key words
Migration
Family dynamics
Family adaptability
Family cohesion

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL, Th.M.: «Family structure in cultural contexts». In: Kellerman, H. (ed.): *Groupe cohesion*. New York, Grune et Stratton, 1981.
- BASTIDE, R.: *Sociologie des maladies mentales*. Paris, Flammarion, 1965.
- BELL, N.W.; VOGEL, E.F.: *The Family*. Glencoe, Illinois, Free Press, 1960.
- BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARK, G.: *Invisible loyalties*. New York, Harper and Row, Publ., 1973.
- BOWEN, M.: «The family as a unit of study and treatment». *Amer. J. Orthopsych.* 31, 40-60, 1960.
- OLSON, D.N.; BELL, R.; PORTNER, J.: «Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales». Minnesota, *Family Social Science*, 1979 (a).
- OLSON, D.H.; SPRENKLE, D.H.; RUSSELL, C.: «Circumplex model of marital and family systems. II. Empirical studies and clinical interventions». In: *Advances in family interventions. Assessment and theory*. Jai Press Inc., 1980.
- PENNING, R.; MOLITOR MERGUE, B.: «Deuil possible et impossible du migrant». In: *L'enfant dans la ville*. Bruxelles, LBFSM, 111-112, 1980.
- RUSSELL, C.: «Circumplex model of family systems. III. Empirical evaluation with families». *Fam. Process* 18, 29-46, 1979.
- SERRANO, J.A.: «Espace, temps et identité chez le migrant». *Acta Psychiatr. Belg.* (1977), 77, 623-638.
- SERRANO, J.A.: «L'enfant migrant et sa famille». In: *L'enfant dans la ville*. Bruxelles, LBFSM, 123-127, 1980 (a).
- SERRANO, J.A.: «Familial et familial: Au carrefour d'une errance». *Neuropsych. Enfance* 28, 9, 417-425, 1980 (b).
- STIERLIN, H.: *Separating parents and adolescents*. New York, Quadrangle, 1974.
- STIERLIN, H.: *Le premier entretien familial*. Paris, Delarge, 1979.
- PARSONS, T.; BALES, R.: *Family socialisation and interaction*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1955.

J.-J. EISENRING

**BIBLIOGRAPHIE
ANALYTIQUE
DE THÉRAPIE
FAMILIALE
FRANCOPHONE**

1980-1984

m+h Genève
1985

En vente chez l'éditeur au prix de Frs 12. —

MÉDECINE ET HYGIÈNE

Case postale 229 — CH-1211 Genève 4

APPROCHE SYSTÉMIQUE DE L'ACCUEIL DES FEMMES EN DIFFICULTÉ *

Marianne AMIGUET et Ariane REGAMEY

INTRODUCTION

Nous présentons ici un travail d'analyse et de réflexion en relation avec notre travail professionnel. Cette étude a pour référence pratique un «Centre d'accueil pour femmes» ouvert depuis 7 ans et dans lequel nous travaillons depuis sa création. C'est l'occasion d'analyser les diverses demandes qui nous sont faites par les femmes que nous accueillons. Nos références théoriques principales se rattachent à l'approche systémique. Nous avons particulièrement fait écho aux «propositions pour une axiomatique de la communication» de Watzlawick, à la notion «d'équilibration homéostatique» de M. Ausloos, à celles de «règles de défi» exposées par Mme Selvini, ainsi qu'au «travail de réseau» que nous a présenté M. Pluymeacker.

Nos objectifs sont les suivants:

- collaborer à une réflexion dans le cadre de projets de restructuration dudit centre d'accueil;
- redéfinir qui fait quoi, et avec qui, dans notre équipe de travail;
- clarifier le rôle que nous nous donnons, et désamorcer d'éventuelles escalades symétriques, face aux services placeurs.

Notre intention fondamentale, en analysant la communication et les règles de fonctionnement des femmes que nous recevons, est de clarifier les moyens thérapeutiques que nous mettons en œuvre pour permettre à chaque usagère du centre de trouver l'accès à ses propres ressources.

Chapitre I: TYPES D'INTERACTIONS DES FEMMES EN DIFFICULTÉ

La notion de «centre d'accueil pour femmes en difficultés» entretient une image floue, car elle regroupe sous une même appellation des femmes participant à des types très divers d'interactions.

Leurs points communs sont essentiellement dus au fait que leur relation avec un homme est conflictuelle, momentanément ou durablement, et qu'elles ont un ou plusieurs enfants. Cette situation les a amenées à chercher un lieu

* Reçu le 22.6.1984.

d'accueil où, accompagnées par divers travailleurs sociaux, elles pourront trouver asile et aide, voire solidarité avec d'autres femmes. Ainsi pourront-elles prendre du recul par rapport à la crise qu'elles traversent et faire un choix pour leur avenir, tant affectif qu'éducatif ou professionnel.

Nous constatons que cette manière de décrire les «femmes en difficulté» ne rend pas compte de leurs manières variées d'être en interaction avec leur mari/ami, leur(s) enfant(s), avec les divers services sociaux ou le service d'accueil. Nous avons donc dégagé quatre groupes qui, chacun, se définissant par un type particulier de demande. Nous illustrerons chaque groupe par un portrait, puis tenterons, en référence à l'«axiomatique de la communication de Watzlawick*», de caractériser le mode d'interaction auquel elles participent avec leur mari/ami. Nous partons de l'idée que cette relation est une information primordiale par rapport à leur venue au centre d'accueil. De la lecture de cette interaction, nous risquerons une hypothèse de règle de fonctionnement régissant leur mode de communication.

Enfin, nous tenterons de dégager quel mode d'équilibration** elles mettent en place. Et nous regarderons si les règles de relation dégagées dans le fonctionnement de couple sont reproduites dans le mode d'interaction entre la femme et le service d'accueil.

Nous sommes conscientes que cette tentative de schématiser les situations des femmes demandant de l'aide au centre d'accueil a quelque chose de caricatural et de réducteur. La situation de chacune garde à nos yeux son histoire propre, mais il s'agit bien pour nous ici de dégager des lignes de force.

A. La femme qui demande un gîte (Mme A.)

Mme A. n'est pas forcément en interaction régulière avec un mari ou ami (pour simplifier, nous ne ferons pas la distinction). Son arrivée au centre d'accueil peut être liée, mais pas nécessairement, à une crise avec lui. Elle appartient souvent à une dynastie de familles éclatées. Elle se trouve parfois en dépendance de sa famille élargie. Elle est généralement prise en charge depuis longtemps par des services sociaux et/ou psychiatriques. Elle arrive au centre «en attendant» que le service qui s'occupe d'elle ait réparé un dégât ou arrangé une nouvelle situation pour la suite de sa vie.

Nous pouvons dire, au sujet des communications avec sa famille élargie ou «son» service social, que:

* P. Watzlawick, Helmick-Beavin, Jackson: *Une logique de la communication*, pp. 45-108 (Seuil, Paris, 1972).

** Cf. Guy Ausloos in: *Thérapie Familiale*, Genève, 1981, vol. 2, N° 3, pp. 187-203: «Système-Homéostasie-Equilibration».

Mode: l'analogie n'est pas congruent avec le digital. Ex. : au mode analogique, Mme A. n'a rien fait pour éviter de perdre son appartement et en retrouver un; sur le mode digital, elle se plaint de «devoir revenir au centre encore une fois». C'est souvent à cause de ces messages analogiques qu'un service social a demandé son admission.

Niveau: L'accent est mis sur l'indice; il n'y a pas métacommunication sur l'ordre. Ex. : Mme A. parlera de l'événement qui a fait qu'elle doit venir au centre (la stéréo était trop forte, et le concierge lui en voulait à cause d'une autre...), et non de la relation qui sous-tendait l'événement.

Structure: Mme A. est en position complémentaire basse. Ex. : Tout ce qui lui arrive, ce n'est pas de sa faute, mais elle l'accepte avec soumission, plus ou moins résignée.

Règle: Ce qui m'arrive n'est pas de ma faute; j'attends que les autres trouvent une solution.

Mode d'équilibration homéostatique: régulation homéostatique. La relation avec son *environnement* est stable. Même au centre d'accueil, elle garde les mêmes copains, les mêmes habitudes. Le lieu d'habitation n'a pas d'importance majeure. Ses *projets* également sont stables; elle n'envisage aucune rupture entre son passé et son avenir. Une crise passagère l'a amenée ici et elle partira bientôt.

Les interactions avec le centre d'accueil seront les mêmes que celles décrites ci-dessus, et il est probable qu'elle repassera par le centre.

B. LA FEMMES QUI DEMANDE UN REFUGE (Mme B.)

Mme B. fuit un homme qui s'est montré violent. Elle a été battue plusieurs fois et elle s'est décidée à partir, souvent en urgence, avec ses enfants. Elle entamera immédiatement une procédure en divorce ou en séparation — éventuellement pour la 3^e ou 4^e fois — qui n'aboutira probablement pas. Elle manifeste beaucoup de peurs: peur de revoir son mari/ami, peur de se trouver seule, peur de ne pas savoir élever ses enfants, de trouver un travail, de remplir sa feuille d'impôts... Elle cherche activement un travail et un appartement, mais ne trouve en général pas. Au sujet de la communication avec son mari/ami, nous pouvons dire ceci:

Mode: l'analogique et le digital sont congruents, mais le conflit s'exprime analogiquement. C'est ainsi qu'elle dit quelque chose d'essentiel à son partenaire non en parlant, mais en le quittant. Si on isole chaque séquence, Mme B. se montrera très congruente, expliquant digitalement son comportement analogique. Un ensemble de séquences donne pourtant l'impression inverse en fonction de diverses ponctuations successives. Exemples:

1. «Ça ne va vraiment plus, c'est fini avec lui, je pars!»
2. (Une semaine plus tard): «Il m'a fait de grandes promesses, je le crois, je retourne chez lui...»
3. (Plus tard): «Ça ne va vraiment plus, c'est fini avec lui, je pars!»

Niveau: grande importance de l'indice, mais accent sur l'ordre. Mme B. fait un essai de redéfinition de l'ordre en demandant à son mari/ami de changer. Ex. : «Comme ça, je ne continue plus; ce n'est pas ainsi que j'entends être en relation avec toi: il faut que *tu* changes... s'il te plaît.»

Structure: fondamentalement complémentaire basse, mais avec passage momentané de position basse en position haute. En position basse lorsqu'elle est battue, elle prend la position haute en partant et contraint son partenaire à prendre momentanément une position basse (en venant à Canossa). De manière générale pourtant, ce renversement est passager et le retour à la maison permettra à chacun de reprendre les positions respectives antérieures.

Règle: la femme doit accepter une position basse... mais pas trop.

Mode d'équilibration homéostatique: adaptation fonctionnelle. La relation avec son *environnement* change, la distance géographique avec son mari/ami s'accroît, son organisation quotidienne en est profondément modifiée (occupation du temps, accompagnement des enfants, survie...). Son *projet* est permanent: fondamentalement, elle envisage de continuer à vivre en couple «comme avant», avec cet homme ou avec un autre. Le projet de vie et la vision du monde de Mme B. n'ont pas changé.

Les interactions avec le centre d'accueil sont les mêmes décrites ci-dessus. Le scénario d'interaction est en gros le suivant: Mme B., à son arrivée au centre, exprime une forte demande d'aide pour entamer une procédure juridique, aller chercher ses affaires avec la protection de quelqu'un en exigeant le secret sur sa présence. Très rapidement, son partenaire apprendra «on ne sait par qui» où se trouve Mme B. et commencera à négocier son retour. Elle rendra alors les éducateurs du centre responsables des démarches «qu'on lui a fait faire» et partira un jour en catimini ou avec fracas, manifestant ainsi qu'elle n'accepte plus cette position basse.

De retour chez son mari/ami, elle se trouvera d'abord en position haute jusqu'au nouveau stress qui inversera vraisemblablement les positions.

C. LA FEMME QUI A BESOIN D'UN LIEU DE TRANSITION DANS LE CADRE D'UNE RUPTURE (Mme C.)

Mme C. a souvent été battue ou a vécu de forts conflits. Peut-être a-t-elle été Mme B. auparavant? Elle s'est décidée à partir avec ses enfants. Il s'agit pour elle d'une rupture définitive avec son partenaire. Elle entamera une pro-

cédure en divorce, et, pour ce faire, viendra demander des informations utiles aux travailleurs sociaux du centre. Elle se met à chercher un travail et un appartement, mais contrairement à Mme B., elle les trouve. Elle se montre culpabilisée envers ses enfants qu'elle prive de vivre avec leur père et auxquels elle fait traverser une période de transition pour aller vers un avenir lointain. Elle est réaliste face à cet avenir et ne minimise pas les difficultés qui l'attendent. Elle peut avoir peur que son mari/ami se suicide.

Voici ce que nous pouvons dire au sujet de la communication avec son partenaire :

Mode: congruence entre le digital et l'analogique: elle dit ce qu'elle fait et elle fait ce qu'elle dit. Le digital a pour Mme C. une grande importance: elle a besoin de dire ses choix, ses décisions pour se rassurer et obtenir confirmation du bien-fondé de ce qu'elle fait.

Niveau: il est évident que Mme C. accorde une attention toute particulière à l'ordre, qui prime sur l'indice. Tout le décodage des communications avec son mari/ami passera par le métaniveau de l'ordre pour décider de l'indice. Ex.: Une proposition du partenaire tendant à ce qu'elle revienne à la maison sera interprétée par: «Qu'est-il en train de me tendre comme piège pour que nous revenions à notre ancien mode de relation?», plutôt que par: «Il ne sait pas repasser son linge seul»... ou «Il regrette d'avoir dépassé les bornes». Elle dira: «Je ne continue plus comme avant. Ce n'est pas ainsi que j'entends être en relation avec toi. Moi, j'ai changé maintenant.»

Situation: symétrique. Toute tentative de son mari/ami de la placer en position basse ou haute est rejetée. Elle se veut fondamentalement égale. De plus, elle supporte mal que son partenaire se mette en position basse (peur de son suicide).

Règle: Je suis maintenant plus importante que mon couple et ma famille. Je ne veux dépendre de personne.

Modèle d'équilibration homéostatique: adaptation ou évolution structurale. La relation avec son *environnement* peut changer ou non. Il se peut qu'elle parte et «recommence sa vie» en quittant son ancien domicile, son travail, ses relations. Il se peut aussi que ce soit l'homme qui parte et qu'elle conserve son appartement, ses habitudes, ses relations. Le rapport à son *projet* change, puisque se met en place pour elle une nouvelle vision du monde et que se modifient les valeurs les valeurs qu'elle attribuait jusqu'ici à sa vie de famille et à sa vie personnelle.

Les interactions avec le centre d'accueil sont les mêmes que celles décrites ci-dessus, à l'exception de la structure. Mme C. vit en effet au centre dans une structure plutôt complémentaire flexible, occupant une position basse acceptée vis-à-vis des éducateurs du centre, exprimant clairement qu'elle a besoin de soutien pour mener à terme son projet de rupture et la reconstruction de sa

vie. L'écart est faible entre les positions basses et hautes; elle ne se laisse en aucun cas écraser. Vis-à-vis des autres femmes venues au centre, elle occupe volontiers une position complémentaire haute. Elle est attentive à ses enfants.

D. LA FEMME QUI DEMANDE UNE PSEUDO-FAMILLE (Mme D.)

Mme D. est célibataire. Elle cherche des mères et fatigue les personnes avec lesquelles elle veut rétablir une symbiose mère-enfant, symbiose dans laquelle elle choisit toujours le rôle de l'enfant.

Elle ne peut envisager simultanément le rôle de mère et celui d'épouse. Le père de l'enfant est en général assez distant. Ce n'est d'ailleurs pas elle qui se préoccupe de la recherche en paternité, mais un service social officiel. A un procès, elle préférerait un arrangement du genre: «Tu signes un papier disant que tu es le père et j'en signe un où je renonce à toute pension pour l'enfant.» Elle recherche volontiers la vie en groupe peu organisé qui évite au maximum la définition de la relation.

A propos de la communication avec son partenaire, nous pouvons dire ceci:

Mode: le digital et l'analogique sont congruents. Mme D. choisira entre deux attitudes de base: ou elle accepte une forme de collaboration et elle dira: «Je ne sais pas faire, aidez-moi!», selon un jeu de dépendance et d'incapacité; ou bien elle refuse toute forme d'aide et de collaboration et dit: «Je sais faire, laissez-moi!», se fermant alors à toute suggestion et les questions étant toujours ramenées à un niveau pratique.

Niveau: beaucoup d'importance à l'indice; évite toute métacommunication sur l'ordre. Elle attend toujours que l'autre se manifeste, sans penser qu'elle puisse elle-même se risquer à une avance. Ex.: Elle se plaint de ce que le père de l'enfant ne s'intéresse pas à lui et ne manifeste rien, mais ne l'avertit ni de la naissance, ni des difficultés ou des progrès de l'enfant.

Structure: complémentaire basse. Mme D. a été abandonnée par son ami. Ce n'est pas elle qui l'a quitté. Elle accepte sa position basse avec résignation. Bien que nous n'ayons pas assez de recul pour la vérifier, nous formulons l'hypothèse que son enfant sera parentifié dans la mesure où elle va vouloir recréer avec lui la symbiose mère-enfant dont elle rêve, mais dans laquelle elle cherchera à jouer le rôle de l'enfant.

Règle: Il est dangereux de définir la relation.

Modèle d'équilibration homéostatique: régulation homéostatique. La relation avec son *environnement* n'a, pour Mme D., pas fondamentalement changé. Le lieu certes est nouveau, mais son comportement reste le même, ses habitudes inchangées. Ses relations, dans la mesure où elles sont rarement

importantes et solides, peuvent se renouveler, mais toujours sur un mode «pseudo». La relation à son *projet* reste la même: Mme D. est toujours à la recherche d'une pseudo-famille qui lui donnerait tout ce qu'elle attend d'une famille. Le présent n'est pris en compte que dans la mesure où il alimente le rêve pseudo-familial.

Les intractions avec le centre d'accueil sont les mêmes que celles décrites ci-dessus. Toute tentative de définition de la relation risque de provoquer la fuite de Mme D. vers un autre projet «pseudo».

Chapitre II: ANALYSE DES INTERACTIONS AVEC LES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

Nous allons nous limiter dans ce chapitre à l'analyse des interactions rayonnant autour du système «femme — centre d'accueil». Parmi les nombreux partenaires concernés, nous pensons plus particulièrement au mari/ami, à la famille élargie, aux services sociaux placeurs et à l'Etat en tant qu'organisme payeur.

Nous posons l'hypothèse que les enfants participent aux interactions du système de leur famille, mais sont, dans toute la mesure du possible, tenus à l'écart des interactions avec les systèmes plus larges de l'administration sociale.

Nous avons pensé procéder en deux temps: décrire d'abord des dyades, et ensuite des triades, partant de l'idée que le système «femme — centre d'accueil» pouvait être considéré comme un micro-système en soi, à mettre en relation, dans un deuxième temps, avec les autres partenaires. En y regardant de plus près, nous constatons que nous ne connaissons pas d'exemple d'une telle dyade. En effet, l'accueil d'une femme en difficulté se situant le plus souvent dans une période de crise, l'intervention du centre qui héberge implique l'apparition d'une nouvelle triade. Cette affirmation s'applique de manière évidente à Mme B. et à Mme C. qui situent d'emblée leur demande d'admission dans la perspective d'une recherche d'alliance, voire de coalition: «Aidez-moi à quitter cet homme», «Protégez-moi contre cet homme».

Mme A. est le plus souvent, comme nous l'avons dit, dépendante d'un service social ou psychiatrique qui la place; nous nous trouvons donc de nouveau face à une situation triangulaire qui permet plusieurs combinaisons: alliance, coalition, défi, par exemple. Il en va de même pour D. par rapport au père de son enfant, à ses propres parents ou au service chargé de la surveillance de l'enfant.

Il est important de relever ici que la description qui précède et ébauche l'idée d'une triade ne donne un aperçu que fragmentaire du tissu social dans lequel une femme en difficulté se trouve insérée. Raison pour laquelle nous devons introduire la notion de réseau(x), à l'intérieur duquel (desquels) vont se jouer les interactions triangulaires.

Un centre d'accueil est un point de rencontre des réseaux primaire, secondaire et tertiaire. Les femmes y reçoivent en effet leurs proches, partagent la vie d'autres compagnes — avec lesquelles se développe une certaine solidarité —, et sont en contact souvent avec des services sociaux, toujours avec l'Etat.

Au «moment-catastrophe» où survient la demande de secours, le problème, généralement maintenu jusque-là dans le réseau primaire, devient public, donc connu du secondaire et du tertiaire.

Rappelons que la demande d'admission n'émane pas forcément de la future pensionnaire, mais bien souvent d'un service social, lequel peut avoir, de manière explicite ou non, un programme précis au sujet du séjour de sa «cliente».

Il peut aussi mettre l'institution d'accueil au défi de réussir là où, malgré tout son équipement, il paraît avoir lui-même raté. L'institution, de son côté, doit éviter de privilégier l'alliance avec tel ou tel service social ou avec l'organisme payeur aux dépens des «clientes».

Après cette brève évocation des différentes interactions au sein des divers réseaux, nous allons présenter les modes d'intervention à mettre en place.

Chapitre III: QUEL TYPE D'INTERVENTION?

Les deux premiers chapitres nous ont permis de répreciser les différentes formes de demande des femmes en difficulté arrivant dans un centre d'accueil et le contexte dans lequel émergent ces demandes.

Nous avons pu dégager des hypothèses sur des règles de fonctionnement, sur des modes de communication et sur de systèmes d'équilibration qui nous donnent des renseignements importants pour une réflexion sur la prise en charge.

Une première remarque s'impose: il faut différents modèles d'intervention en fonction des divers types de demande. Tout en répétant que nous sommes conscientes des limites d'une telle catégorisation, il n'en reste pas moins que nous pouvons tirer des informations précises de notre premier chapitre.

Nous allons, en conséquence, reprendre les hypothèses que nous y avons élaborées et montrer comment nous nous proposons d'intervenir.

A. Madame A.

Notre hypothèse était que sa demande entrait dans le cadre d'une régulation homéostatique, et nous avons relevé qu'elle paraissait très dépendante des différents travailleurs sociaux la connaissant. Nous pourrions nous risquer à supposer que, de leur côté, les services sociaux ont besoin de Mme A. pour continuer à justifier une partie de leur travail et de leurs colloques. On peut se demander aussi si les ressources propres de Mme A. n'ont pas été parfois oubliées.

Le passage dans un «internat» ne pourrait-il pas redonner des informations permettant un recadrage? Ex.: Mme A., qui sait assez bien se faire aider chaque fois qu'elle en a besoin, sait aussi, dans le centre d'accueil, se mettre à disposition d'une voisine malade ou d'une femme qui arrive en urgence de nuit.

Dans ce genre de situation, il apparaît clairement que le plus important de notre travail doit porter sur le réseau tertiaire. Il s'agit de convoquer les intervenants dans le but d'inventorier les ressources de chacun et de définir un cadre et un objectif. Peut-être alors pourra-t-on sortir de la confusion des contextes et donner un message commun et clair à Mme A., qui, de son côté, ne pourra plus «jouer» avec les différents programmes de «ses» divers assistants sociaux... A un message plus significatif, Mme A. pourra alors répondre par un message plus adapté.

B. Madame B.

La description du premier chapitre nous incite à penser que tout se passe pour elle comme si elle s'était trompée de solution en projetant de quitter l'homme avec lequel elle a vécu jusque-là. En effet, les ponctuations successives qu'elle donne de la situation, de même que les interventions de Monsieur B. auprès des responsables du centre, laissent supposer que ce couple ou cette famille essaie de nous entraîner à «danser» avec eux. Notre hypothèse dans cette situation est que la famille B. dysfonctionne dans sa programmation, c'est-à-dire ne sait pas comment répondre de manière adéquate à un stress; elle aurait donc à réinventer un ou des programmes adaptables aux situations nouvelles qui peuvent se présenter.

C'est pourquoi nous proposerions des entretiens en famille pour permettre à la famille B. de découvrir de nouveaux modes de fonctionnement. Il va sans dire que si la famille B. est en contact avec des services sociaux, il faudra également réunir le réseau.

C. Madame C.

Comme nous l'avons dit, elle est dans une démarche d'adaptation et d'évolution structurelle. Si nous pouvons poser cette hypothèse, c'est à cause de sa remise en question du rôle qu'elle a joué jusqu'ici dans son couple. En réponse à ce désir de modification, nous proposerions d'offrir à Mme C. un travail individuel systémique portant sur la fonction des rôles et des règles qui en découlent dans sa famille d'origine. Ainsi Mme C. pourrait-elle peu à peu aboutir à inventer ses propres règles.

Il nous semblerait également important de penser à la création d'un groupe de femmes engagées dans le même processus; ce groupe pourrait être une ressource dans la démarche de Mme C.

Il se peut que Mme C. ait, de plus, besoin d'un appui dans sa relation avec ses enfants, un nouveau sous-système se mettant en place de manière

complexe. Les enfants se trouvent en effet en interaction avec une mère qui porte beaucoup d'attention à sa propre évolution, et avec un père qui réagit selon ses propres règles à cette nouvelle situation. Toute la famille C. se trouve donc devant des transformations à effectuer. Nous pensons cependant peu judicieux d'intégrer Monsieur C. en recevant la famille entière par souci de clarté; chacun des membres de la famille C. doit pouvoir comprendre que le processus engagé est un processus de séparation.

D. Madame D.

Tout en maintenant son équilibre, Mme D. se trouve dans une situation où elle a besoin d'informations nouvelles. Le travail de l'équipe du centre d'accueil doit en conséquence prendre la forme d'un accompagnement durant la grossesse et après l'accouchement. Mme D. a tout à apprendre de son nouveau rôle de mère; elle se trouve en période d'apprentissage. Un travail en groupe pourrait là aussi être envisagé.

Il y a, par ailleurs, de fortes probabilités qu'il existe un réseau thérapeutique, notamment dans le cadre de la surveillance des soins à l'enfant. Là, de nouveau, il sera primordial de bien définir en commun cadre, objectifs et rôles.

A la fin de chapitre, nous aimerions faire une dernière observation: les différents modes d'intervention que nous avons décrits ne peuvent porter de fruits que si le cadre de l'institution même est bien défini. Le rôle de chacun des membres de l'équipe doit être clair et les règles de fonctionnement significatives d'un objectif. L'équipe devrait tendre aux caractéristiques d'une famille flexible (frontières semi-perméables, relations définies et ajustées, droit à la différence, négociations, congruence, règles modifiables, mais fiables), et éviter ainsi de tomber dans la confusion ou le pseudo.

En conclusion, nous pouvons dire que nous avons découvert par ce travail que la thérapie familiale, au sens strict, permet une aide importante dans un bon nombre de situations, mais n'est pas apte à répondre à toutes les formes de demandes des femmes qui viennent dans un centre d'accueil. Tout en restant dans le cadre d'une épistémologie systémique, il convient d'accorder également de la place au traitement individuel et au travail avec les réseaux secondaire et tertiaire. Il s'agit par conséquent de faire preuve d'imagination.

BIBLIOGRAPHIE

- AUSLOOS, G.: «Systèmes. Homéostasie, Equilibration». In: *Thérapie Familiale*, 2, (3), 187-203, 1981.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. et coll.: *Le magicien sans magie*. E.S.F., Paris, 1980.
- SPECK, R. et ATNEAVE: *Family Networks*. Vintage Books, New York, 1974.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, H.; JACKSON, D.D.: *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.

T A B L E A U D E S Y N T H E S E

DEMANDES DES FEMMES	ANALYSE DES COHUNICATIONS	REGLE	MODELE D'EQUILIBRATION	PISTES D'INTERVENTION
<u>Mme A.</u> Demande d'un gîte	Mode: analogique non congruent Niveau: accent sur l'indice Structure: complémentaire basse	Ce qui m'arrive n'est pas de ma faute. J'attends que les autres trouvent une solution.	Régulation homéostatique	Réseau thérapeutique
<u>Mme B.</u> Demande d'un refuge	Mode: analogique congruent Niveau: essai d'accent sur l'ordre Structure: complémentaire basse plus passage haut	La femme doit accepter une position basse... mais pas trop.	Adaptation fonctionnelle	Thérapie de famille. Réseau thérapeutique
<u>Mme C.</u> Demande d'un lieu de transition dans le cadre d'une rupture	Mode: digital congruent avec l'analogique Niveau: accent sur l'ordre Structure: symétrique	Je suis maintenant plus importante que mon couple et ma famille. Je ne veux dépendre de personne.	Adaptation ou évolution structurelle	Entretien systémique individuel. Groupe de femmes C.
<u>Mme D.</u> Demande d'une pseudo-famille	Mode: digital + analogique congruents Niveau: indice Structure: complémentaire basse	Il est dangereux de définir la relation.	Régulation homéostatique	Accompagnement. Groupe de femmes D.

CAROLE GAMMER PH.D.
U.S.A. — PARIS

THÉRAPIE FAMILIALE PAR PHASE

PROGRAMME DE FORMATION 1986

ATELIERS DE SENSIBILISATION

Introduction théorique au modèle de la Thérapie Familiale par Phase. Démonstration «in vivo» de thérapie, par le D^r GAMMER avec des familles.

MULHOUSE - les 22 et 23 mai

PARIS - 30, 31 mai et 1^{er} juin

SÉMINAIRES DE FORMATION

Premier entretien et premières séances. Différentes techniques de diagnostic.

PARIS - du 17 au 21 novembre

PIERREFEU DU VAR (près de Toulon) -
du 24 au 28 novembre.

Thérapie de couple: résistances, conflits, crises

PARIS - du 6 au 10 mai

Approfondissement du travail avec le couple: sexualité. Reconstruction de la famille

PARIS - du 15 au 19 décembre

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS:

Madame Josette Labre, 111, av. du Gral-Michel-Bizot, 75012 Paris, tél. 43.44.18.62

INSTITUT MILTON H. ERIKSON D'ANTHONY

8, rue du Midi - 92160 ANTONY

L'Institut organise des

CYCLES D'INTRODUCTION ET DE FORMATION AUX APPROCHES ERICKSONIENNES.

Cet enseignement, selon les critères exigés par la «Milton H. Erickson Foundation» de Phoenix, s'adresse uniquement aux professionnels de la santé et aux étudiants en fin d'études.

RENSEIGNEMENTS:

A l'Institut.

Responsable de l'enseignement: D^r J.A. MALAREWICZ

Document

VERS UNE EXPLICATION DES SUCCÈS DANS LES COMMUNAUTÉS POUR JEUNES DROGUÉS

Piera SERRA

Les raisons pour lesquelles les communautés pour jeunes drogués permettent de si fréquents succès font partie des questions les plus pressantes auxquelles s'efforcent de répondre les professionnels du secteur et les opérateurs même des communautés.

Quand, il y a quelques années, je décidai de dédier une journée à une enquête sur la stratégie de ces communautés, j'étais motivée par la nécessité de trouver les instruments techniques à utiliser en relation avec les différentes familles qui m'étaient envoyées.

J'avais déjà suivi en vain la voie des différentes thérapies (familiales incluses), et j'étais désormais convaincue que la route à suivre pour la récupération des jeunes qui se déclarent «toxicomanes» était d'une autre nature: mon but dans l'étude des communautés était de découvrir les fondements des techniques qui permettent dans certains cas de «faire décrocher» le jeune drogué de la drogue, pour pouvoir ensuite adapter ces fondements aux cas où sont en acte des tentatives de récupération en famille.

Au retour de cette visite à deux communautés*, j'avais en main une clef de lecture de la structure relationnelle où s'établit le rapport entre le sujet et la drogue dans notre société et comment il se transforme à l'intérieur de la communauté. Jusqu'à aujourd'hui, j'ai suivi la trace des indications reçues, élaborant des stratégies pour des programmes de récupération des jeunes qui se déclarent «toxicomanes» (stratégies qui feront l'objet d'une prochaine étude).

Du compte rendu de cette journée de recherches, je rapporterai quelques extraits avec le commentaire que je peux en faire maintenant, après en avoir expérimenté l'importance.

Je ferai auparavant une brève analyse du contexte culturel dans lequel des communautés s'individualisent et s'organisent, allant au-delà des normes qui, dans notre société, établissent le statut et ensuite l'assistance de qui se drogue.

* Les deux communautés se trouvent dans deux villages du Nord de l'Italie, sur la côte adriatique.

Je concluerai enfin avec l'exposition d'un modèle de fonctionnement des communautés, basé sur les fondements des observations faites, interprétées à la lumière de l'ouvrage de Gregory Bateson sur le fonctionnement des groupes de l'organisation «Alcooliques Anonymes» (1).

LA PRÉMISSÉ INVENTÉE

Toute l'assistance que l'Etat italien fournit aux citoyens qui se droguent se fonde — comme, je crois, c'est le cas de la plupart des autres pays occidentaux — sur une prémissé inventée: la prémissé selon laquelle les citoyens qui se droguent sont des malades, affectés d'une maladie appelée «toxicomanie».

Ce ne sont pas les drogués* qui réclament le qualificatif de malades, drogués qui recherchent le médecin pour obtenir des drogues ou des médicaments à effet psychotique et non pour se confier à eux comme patients et, s'ils sont interrogés, ne revendiquent rien d'autre que le besoin de leur drogue.

Il ne semble pas non plus que ce sont les médecins qui se définissent comme thérapeutes de la «toxicomanie». Il semble, au contraire, qu'eux-mêmes subissent ce rôle sans l'avoir choisi.

Les premiers médecins à subir ce rôle d'assistance aux drogués furent les psychiatres. Ensuite, lorsque ceux-ci commencèrent à refuser en masse de s'occuper des drogués, niant que ces derniers étaient des malades mentaux, le rôle passa aux médecins généralistes.

Parallèlement, la prémissé qui identifiait le fait de se droguer à une maladie mentale se modifiait et transformait le fait de se droguer en une maladie tout-court, affection biologique de l'organisme.

Si toutefois nous demandons aux médecins délégués à soigner la «toxicomanie» en quoi de tels soins consistent, ils répondent que leur propre action thérapeutique ne s'applique pas au comportement d'absorption de drogues mais seulement aux vraies maladies qui souvent l'accompagnent, ou alors aux douleurs physiques dérivant d'éventuelles abstinences: pour arrêter de se droguer — disent-ils — il faut dépasser la dépendance psychologique, qui est un phénomène d'ordre subjectif, *qui ne se mesure pas avec l'examen objectif de l'individu*. Il ne peut pas y avoir une thérapie de la dépendance, comme il ne peut y avoir de thérapie de la nostalgie, ou de la peine qui suit un deuil (il est vrai que chaque émotion est liée au système neurologique, mais il n'existe pas de médicament capable d'amorcer des processus biochimiques qui soulageraient ces formes de souffrance, parce que un tel médicament, même si il existait, s'identifierait avec une drogue).

Si ce ne sont pas les drogués, ni les les médecins à se déclarer respectivement malades et thérapeutes, qui les désigne comme tels?

* Je définis drogué la personne qui se drogue soit qu'elle se déclare consommateur ou toxicodépendant ou toxicomane.

L'identification de considérer le fait de se droguer comme une maladie est établi par la loi, qui reconnaît au citoyen qui se drogue les droits et les devoirs inhérents au statut de malade. Pour ce qui est des droits, le premier est celui de ne pas être considéré responsable de ce qui dérive de la maladie et donc de l'absorption de drogues, qui devant la loi est un symptôme, un comportement obligatoirement conséquence de la «toxicomanie». Le premier de ces devoirs est celui de se soigner et donc de se soumettre à une pratique quelconque qui puisse se définir, selon les dictionnaires de la langue italienne, une thérapie, donc un soin médical.

Au moment où la loi met en liberté celui qui absorbe de la drogue, elle prédispose une cure médicale et impose au service médical public de soigner ce citoyen.

Le médecin, devant la loi, se trouve dans une relation paradoxale: s'il accepte de s'occuper du citoyen qui lui a été envoyé comme «toxicomane», il accepte aussi implicitement d'être considéré comme en mesure de soigner le comportement du «toxicomane», comme s'il s'agissait d'une maladie dont la médecine était compétente. Si, au contraire, il refuse, il n'obéit pas à la déontologie de sa profession qui lui prescrit d'utiliser dans tous les cas l'art de la médecine pour alléger les souffrances (de l'abstinence) et maintenir la personne en bonne santé (risque de maladie).

Réciproquement, le drogué qui désire arrêter se trouve, à chaque fois qu'il accepte l'aide du médecin, dans une relation où l'utilisation de la drogue devient, selon la loi, le symptôme de maladie donc par là même hors de portée de sa capacité d'auto-contrôle. En pratique, il est pris au piège dans un contexte qui le définit victime d'un besoin incontrôlable de drogue et donc non responsable de sa propre utilisation de drogue.

Une telle attribution de non-responsabilité sert de prémisse à toute communication entre le médecin et le citoyen qui se drogue: chaque fois que le médecin tentera de rappeler au drogué la nécessité d'un certain auto-contrôle sur l'utilisation des drogues, il violera son droit de ne pas être considéré responsable de ce qui est, selon la loi, un symptôme de maladie. Réciproquement, le drogué, désormais pris au piège dans son rôle de «victime de la drogue» (rôle qui d'autre part le soulage en partie du sentiment de culpabilité relatif au plaisir solitaire procuré par la drogue) tentera, chaque fois qu'il se sentira considéré personne responsable, de réaffirmer sa propre incapacité à se passer de la drogue, sans recevoir d'éventuelles offres d'aide alternative de la part du médecin.

Quand ensuite le médecin, pour sortir de l'interaction répétitive, fera intervenir dans sa relation avec l'utilisateur d'autres opérateurs du service (assistante sociale, animateur, psychologue), ils seront à leur tour impliqués dans le même jeu de rôles: bien que le médecin délégué par l'Etat soit le seul à assumer la responsabilité du comportement de l'utilisateur, les autres opérateurs en relation avec lui et intégré dans le même système socio-sanitaire national, se montrant plus ou moins en accord avec lui et coresponsables, deviennent

inévitablement des participants au rôle qu'il assume devant la loi et l'utilisateur.

La relation entre les opérateurs de l'assistance socio-sanitaire et le citoyen qui se drogue est donc conditionnée par des règles qui sont implicites dans la définition du drogué établie par la loi et prescrivant les rôles réciproques.

Au-delà de cette relation, il existe un univers alternatif: celui des communautés (et des autres expériences de groupe) où est nié au drogué le statut de malade et où le jeu des rôles n'exempte personne des responsabilités et des choix. Comme nous le verrons dans le compte rendu qui suivra, dans les communautés les techniques pour la récupération des drogués présupposent régulièrement la reconnaissance du sujet de la dignité d'être en partie responsable de ses propres actions.

Alors, il est possible que la pratique alternative qui s'actualise dans les communautés devienne le modèle pour le changement de la définition juridique du drogué et pour une révolution conséquente dans l'organisation de l'intervention finalisée de sa récupération.

Il existe toutefois le risque que le processus de changement commencé dans les communautés change de route et se trouve à nouveau absorbé à l'intérieur du domaine socio-sanitaire et de ses règles.

Une des voies pour que les communautés soient absorbées par le système socio-sanitaire est de définir ces communautés «thérapeutiques»*: celui qui gère ces communautés définies thérapeutiques peut être soumis à la «supervision» ou «consultation» d'un médecin, même psychiatre, dont les opérateurs de la communauté deviendraient les co-thérapeutes et les hôtes les patients.

Nous verrons comment les deux communautés que nous examinerons, tentent, chacune à sa façon, d'éviter l'appartenance au système sanitaire national: la première, celle de Gradara, qui se définit «thérapeutique» est en train de se garantir une autonomie grâce au diplôme en médecine de son leader; tandis que l'autre, celle de Cesena, refuse le qualitatif de «thérapeutique» et toute forme d'intervention technique ou d'assistance.

Il en émergera que l'autonomie des communautés par rapport aux normes qui règlent la relation avec le drogué dans les services socio-sanitaires est nécessaire pour une réelle efficacité technique et doit — toujours pour des raisons techniques — être établie à l'intérieur de rapports amicaux entre opérateurs de communautés et opérateurs publics.

UNE JOURNÉE DE RECHERCHE

Quand on demande aux opérateurs de communautés quelles sont les stratégies pour la récupération des jeunes qui se droguent, ils parlent géné-

* Dans les dictionnaires de langue italienne et devant la loi italienne, le mot «thérapie» relève toujours des médecins.

ralement de «solidarité», «compréhension réciproque», «amitié», etc. En pratique, ils se réfèrent à une alternative d'ordre culturel et moral qui, dans la communauté, est vécue par le jeune pour en promouvoir un choix d'éloignement de la drogue.

Alors, quand je cherchai à découvrir pourquoi une communauté fonctionne, je m'appliquai avant tout à déchiffrer ce qui se passe précisément dans les communications entre «jeunes»: les attitudes réciproques, les psychodynamiques interpersonnelles où se construit, parallèlement à l'implication du sujet dans le groupe, sa nouvelle identité.

Comme approche d'analyse, je choisis l'optique systémico-relationnelle et une méthode d'enquête déjà expérimentée par l'analyse des psychodynamiques dans des groupes de jeunes (3).

Le groupe-communauté est examiné comme système interrational (4) et les communications à l'intérieur sont analysées au niveau de «contenu» et de «relation» pour déchiffrer par qui et comment sont définies les relations et quels effets pragmatiques peuvent être mis en hypothèse.

La vérification des hypothèses formulées se passe ensuite à deux niveaux:

- Dans les comptes rendus que les participants aux interactions font de leurs propres expériences subjectives (desquels seront cités quelques brefs extraits).
- Dans les valeurs, principes et normes du groupe qui me sont énoncés par le staff ou que je trouve inscrits dans les documents produits à l'intérieur de la communauté (qui ne seront pas énoncés par manque d'espace): de ce matériel, il est possible de déduire ce qui dans le groupe est considéré un devoir et est demandé aux hôtes et aux opérateurs.

L'analyse qui suit montrera comment le fonctionnement d'une communauté, bien que n'étant en aucune façon limité à l'utilisation de techniques psychologiques, se concrétise en modèles d'interaction qui, *créés à l'intérieur de paramètres d'ordre moral et culturel, peuvent être pour certains fragments décrits en termes de techniques psychologiques* souvent complexes et raffinées qui ne sont presque jamais pour autant présentées comme telles.

LA «COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE» DE GRADARA

J'arrive à la «communauté thérapeutique» de Gradara vers onze heures du matin. Un opérateur répondant au nom de Roberto m'accueille; je lui explique que je suis là pour comprendre ce qu'est une communauté pour jeunes qui se droguent.

Roberto m'illustre en premier lieu la composition de la communauté. Il y a environ vingt jeunes âgés d'environ vingt ans, divisés en deux sous-groupes: hors de la communauté, il y a ceux à l'essai pour le premier mois (qui est la première phase où ils doivent vérifier leur propre décision d'entrer dans la communauté), lesquels vivent dans une autre maison peu distante, ils viennent

là déjeuner et ont des contacts limités avec le monde extérieur. Il y a ensuite dix opérateurs professionnels qui travaillent à tour de rôle.

Tous les jeunes travaillent. Les opérateurs dirigent également les travaux.

Le pourcentage des succès, tenant compte des jeunes qui ont dépassé les entretiens d'admission et le premier mois à l'essai, est de plus de 30%, vérifié par un *follow up* minimum de 18 mois après leur sortie.

Je demande aussitôt à Roberto sur quoi est fondée l'admission d'un jeune. Il répond qu'ont lieu quelques entretiens bi-mensuels durant lesquels l'opérateur doit vérifier les motivations du jeune. Je lui demande quelles techniques il adopte. Il me répond qu'il n'a pas besoin de techniques pour demander à un garçon si il veut ou non arrêter. Je lui demande alors comment il opère sur le garçon, quelles sont ses stratégies de récupération. Il me dit qu'il n'utilise aucune stratégie, parce que si le garçon ne décide pas seul, l'opérateur ne peut rien faire pour l'aider. Non convaincue de cela, je lui propose :

- SERRA: Ecoute, Roberto, mettons que je sois une fille qui te téléphone pour te demander d'entrer dans la communauté. Qu'est-ce que tu réponds?
- ROBERTO: Que tu dois venir avec une feuille de présentation de ton Ctst (service public socio-sanitaire) et que pour l'admission, il y aura des entretiens.
- SERRA: Alors, je t'ai téléphoné, j'ai pris rendez-vous et je suis arrivée. Où me fais-tu entrer!
- ROBERTO: Habituellement dans cette salle. Le garçon arrive accompagné et je demande de lui parler seul à seul. D'habitude, un opérateur plus âgé est présent (nous sommes quatre) et un des garçons plus âgés.
- Ça t'ennuierait d'organiser ça pour moi?
- ROBERTO: (sort et revient peu après avec Paolo). Voici Paolo, un des garçons plus âgés. (Paolo s'assoit à côté de Roberto qui est en face de moi.)
- SERRA: Salut! Roberto t'a expliqué? Nous mettons en scène un premier entretien. Je suis la fille qui doit entrer; voilà la feuille de présentation de mon Ctst (je sors et je reviens avec l'air halluciné de la drogée qui vient de se piquer). Où est-ce que je m'assois? Ici? (je m'assois et donne la feuille à Roberto).
- ROBERTO: Bien. Je suis un opérateur et voici Paolo, un garçon de la communauté. Comment t'appelles-tu?
- SERRA: Peira.
- ROBERTO: Comment se fait-il que tu sois ici?
- SERRA: Parce que... je suis... j'ai commencé à me piquer et maintenant je veux arrêter... avec une cure de désintoxication.
- ROBERTO: As-tu déjà fait la cure?
- SERRA: Non... je voulais... faire une cure de désintoxication, mais... ma mère m'a amenée ici. Le Ctst a dit que je devais venir ici... qu'ils m'envoient à l'hôpital seulement si après je viens ici...
- PAOLO: As-tu déjà essayé d'autres fois d'arrêter, seule ou à l'hôpital? Ou est-ce que c'est la première fois?
- SERRA: Eh bien, si mais à ce moment-là je n'étais pas vraiment convaincue. Maintenant je suis convaincue.
- ROBERTO: (sourit, presque ironique) Pourquoi es-tu convaincue?

- SERRA: Parce que je veux vraiment arrêter. Je n'en peux plus.
- ROBERTO: (...) Ecoute... mais comment se fait-il qu'aujourd'hui tu sois dans ces conditions (il maintient une attitude détachée).
- SERRA: Parce que je veux arrêter. Je suis arrivée au fond. Je veux arrêter.
- ROBERTO: Et que penses-tu qu'il te faille pour arrêter?
- SERRA: ... Une cure de désintoxication... pour arrêter...
- ROBERTO: Et tu penses qu'une cure de désintoxication suffit?
- SERRA: Oui, je suis sûre que ça suffit...
- ROBERTO: Et alors qu'est-ce que tu cherches dans la communauté? Pourquoi es-tu ici?

Roberto pose les prémisses pour que Piera soit poussée à définir sa propre relation avec la communauté dans les termes d'une recherche d'aide. Il s'agit d'enseigner à la fille un mode de relation contraire par rapport à celui qui se crée dans le service public où l'utilisateur, gérant seul sa propre lutte contre la drogue, traite avec l'opérateur qui est obligé de «le soigner» le type de prestation (médicaments, hospitalisation, aide, travail, etc.) que l'utilisateur a lui-même choisi.

- SERRA: Mais... on m'a dit que je devais venir d'abord ici... parce que eux disent que quand je sors de l'hôpital...
- ROBERTO: Quand t'es-tu piquée la dernière fois? Ce matin?
- SERRA: Comment? Ce matin... cette nuit... oui... mais maintenant je veux vraiment arrêter...
- ROBERTO: Chaque piqûre est la dernière, hein? Mais... je pense que le Ctst t'expliquera mieux... Si tu veux vraiment entrer ici, il faut que la prochaine fois tu viennes quand tu seras déjà désintoxiquée. Parce que même cet entretien n'a pas de sens: tu es sous l'effet de la substance et tu dis ce que te provoque cette substance. Le Ctst ne t'a pas dit que tu devais venir ici «propre», sans t'être piquée depuis peu?
- SERRA: Je ne me souviens pas...

L'opérateur se montre sceptique devant les intentions de Piera et pose une condition à la poursuite de leur relation (celle d'arriver à l'entretien «propre»). Cette demande implique, comme prémisses, que Piera puisse se passer de la drogue, au moins pour un peu de temps. Nous sommes donc encore dans un univers alternatif à l'univers sanitaire.

- ROBERTO: Alors on se reverra dans...
- SERRA: Mais je n'ai pas besoin de toutes ces communautés...
- ROBERTO: Alors faisons comme ça: tu peux aller au Ctst et dire qu'il te suffit d'être désintoxiquée... Et puis quand tu sors de l'hôpital, tu nous retéléphones.
- SERRA: Et après vous me prenez? Je peux leur dire que vous me prenez après?
- ROBERTO: Non, nous pouvons dire que commencent les vrais entretiens. Après, ça dépendra de toi, si tu seras acceptée dans la communauté ou pas.

- SERRA: Mais je travaillerai à ma sortie de l'hôpital...
- ROBERTO: Alors, si tu penses ne pas avoir besoin de la communauté, débrouille-toi seule. Nous n'y croyons pas, mais si tu es convaincue c'est mieux pour toi. Faisons comme ça: tu te désintoxiques et tu viens nous parler. Tu nous diras toi-même si tu as besoin de la communauté ou pas.
- SERRA: (me levant et sortant) Alors, vous leur dites au Ctst?

L'opérateur a maintenu, pendant tout l'entretien, une attitude tranquille et détachée: il n'a pas eu de comportement tendant à convaincre Piera et n'a pas créé une atmosphère proportionnelle à la gravité du cas. Il n'a jamais donné la sensation de vouloir la pousser à entrer dans la communauté.

Si Piera avait pu percevoir en lui un signe tendant à la convaincre qu'elle avait besoin de la communauté, cela aurait rendu l'opérateur complice aussi bien de la mère que du Ctst. Ceux-ci tentaient de la dissuader dans son projet d'arrêter la drogue par la seule force de sa volonté, lui envoyant implicitement ce message: «Tu crois y arriver, mais tu ne veux pas vraiment arrêter et donc tu n'y arriveras pas. Ta volonté est malade.» En termes de pragmatique de communication humaine, il s'agit d'une «disconfirmation».

Le message de Roberto («Nous ne croyons pas que tu arriveras seule»), bien qu'exprimant le même contenu, est complètement différent en termes «rationnels», puisqu'il parle de lui, de ce qu'il pense de Piera et n'affirme rien de ce que Piera veut.

En outre, toujours dans une optique systémico-relationnelle, on peut noter que l'opérateur, permettant à Piera de prendre ses propres décisions sans tenter de les influencer, d'un côté maintient le pouvoir sur la définition de la relation (ne pouvant pas obliger la fille à faire ce que lui désire, lui «permet» de se comporter comme elle le décide), et, de l'autre côté, définit la relation entre la communauté et la fille en ces termes: tu es, en face nous, une personne capable de décider de son destin.

Je demande à Roberto et à Paolo de poursuivre le second entretien avec Piera qui, sortie de l'hôpital, a recommencé à se droguer et revient cette fois accompagnée par sa mère. Voilà un extrait du dialogue:

- ROBERTO: Comment se sont passés ces dix jours hors de l'hôpital?
- SERRA: Bien... c'est-à-dire... j'aurais besoin de sortir un peu du milieu...
- ROBERTO: Les amis, tu les as revus?
- SERRA: Ben, oui. Les amis sont là. J'aurais besoin de sortir du milieu, d'être dans un endroit sûr.
- ROBERTO: Comment vas-tu à présent?
- SERRA: Bien.
- ROBERTO: (s'adressant à Paolo) Selon toi, comment va-t'elle?
- PAOLO: Depuis quand tu ne t'es pas piquée?

C'est au tour de Paolo de demander à Piera si elle a pris de la drogue. Sur ce terrain, Roberto risquerait d'être disqualifié par une réaction de ce genre: «Mais toi, qu'en sais-tu? Tu t'es déjà piqué?»

Voici un autre extrait de l'entretien:

- ROBERTO: Bien. Alors tu demandes de sortir du milieu et tu demandes une place dans une communauté. Comment imagines-tu la communauté? Comment la voudrais-tu?
- SERRA: Ben, je voudrais que ce soit comme l'hôpital, mais plus sûr, et qu'on puisse y rester. Et pas qu'on te fasse sortir dix jours plus tard, quand tu es «propre».
- PAOLO: Donc, tu devras rester entre un an et un an et demi. Peut-être même deux ans.

C'est Paolo qui communique à Piera combien de temps devra durer son séjour en communauté. On établit ainsi, dès le début, que ce sont les jeunes mêmes de la communauté qui ont eu expérience de la drogue, qui décident combien de temps doit s'écouler pour qu'un garçon puisse être considéré en mesure de sortir. Quand je demanderai aux opérateurs quelles stratégies ils utilisent au cas où un garçon voudrait sortir au bout de quelques mois, ils me répondent: «Ce n'est pas à nous de leur dire de rester: ce sont surtout les autres jeunes qui cherchent à le convaincre.»

- SERRA: ... Il doit y avoir une ambiance saine. Qu'il n'y ait pas de drogue, qu'il n'y ait rien, même pas une pillule. Je suis sûre que si l'ambiance est saine, je ne me piquerai pas.
- ROBERTO: Procédons ainsi: maintenant nous te disons comment est la vie en communauté; comment s'y déroule la journée, qui nous sommes, de manière à ce que tu puisses penser et décider si une telle vie peut te convenir.
- SERRA: Non, à moi tout me convient.
- ROBERTO: Nous n'avons besoin de personnes...
- SERRA: Regarde, je t'assure...
- ROBERTO: Nous n'avons besoin de personnes...
- SERRA: Pourvu qu'il n'y ait pas de drogue, tout me convient...
- ROBERTO: J'ai compris. Mais les personnes auxquelles tout convient ne nous intéressent pas. Nous intéressent les personnes auxquelles ce type de vie convient. Parce que les premiers jours tu as un besoin spasmodique d'un endroit sûr et tout te convient. Mais si la vie ne te convient pas, tu ne peux pas résister...
- SERRA: Tout me convient. Je suis sûre. Dis-moi ce que je dois faire. Tout me convient.
- ROBERTO: (...) Et reviens dans quinze jours, ça ira mieux. Cherche à ne pas te piquer pendant ces quinze jours, ou de le faire le moins possible (il maintient un comportement détaché et tranquille).
- SERRA: Mais je n'y arriverai pas si je ne... suis pas loin de mes amis.
- ROBERTO: Considère cela comme une épreuve, une épreuve qui nous montre que tu est assez forte...

- PAOLO: Les amis sont là parce que tu vas les chercher. Ce ne sont pas eux qui viennent te chercher. Si tu n'as la force de rester loin de la place pendant quinze jours...

Ces deux dernières phrases transforment radicalement l'attitude de Piera qui se sent surtout surprise d'être traitée comme une personne qui ne peut se passer de drogue (le discours de Paolo lui semble ensuite une trahison). Elle réagit en tentant deux manœuvres: une décharge et une autre de coalition contre le Ctst, mais Roberto et Paolo ne se laissent pas convaincre.

Une remarque est à faire à propos des rapports avec les services publics: on observe que les communautés ne donnent jamais l'impression de se poser en contraste avec le système sanitaire national. Au contraire, même quand ces communautés ne reçoivent aucune aide économique, elles ont des relations d'échanges cordiaux et amicaux avec les opérateurs publics. De cette façon, elles évitent de tomber dans le piège d'une compétition entre thérapeutes du genre: «Nous, nous réussirons là où les services publics ont échoué!»: il est bien connu que ce type de compétition renforce toujours les résistances au changement psychologique. En outre, en évitant le contraste avec les services publics, les communautés évitent de s'isoler du système social (dont de tels services sont l'expression), isolement qui conduirait à des élaborations paranoïaques de la part du groupe et à une régression et une excessive dépendance des éléments du groupe.

- SERRA: Et où devrais-je rester?
- PAOLO: Chez toi.
- ROBERTO: Aies des entretiens avec l'assistance du Ctst. Fais-toi aider par eux. Donne-nous une démonstration...
- SERRA: Ceux du Ctst sont des crétins.
- ROBERTO: Alors nous sommes des crétins nous aussi. Tous ceux qui cherchent à aider les toxicomanes sont des crétins pour les toxicomanes, s'ils ne veulent pas s'arrêter. Alors on se retrouve dans quinze jours. (...) Tu dois arriver plus «propre» la prochaine fois. Si vraiment tu as l'intention d'entrer, donne-nous une démonstration...

A la fin de la simulation, j'engage une brève conversation de vérification:

- SERRA: (s'adressant à Paolo) Quand Roberto fait les entretiens, il a toujours cet air un peu détaché?
- PAOLO: Oui, ça dépend aussi de comment on connaît la personne.
- ROBERTO: La première fois, on ne connaît pas la personne, et on est toujours plus détaché. Ensuite, les derniers entretiens sont toujours plus personnels. La personne s'exprime avec ses problèmes...
- SERRA: L'attitude que j'avais, tu la retrouves souvent chez les jeunes?
- ROBERTO: Oui, telle quelle: un jour ils arrivent et ne sont disposés à rien donner. Peu de temps après, ils sont disposés à tout te donner.
- SERRA: (à Roberto) Quand est-ce qu'on peut se considérer libéré de la drogue?

- PAOLO: Le moment n'existe pas. Même quand un jeune sort de l'expérience dans la communauté, il n'est jamais devenu en «ex-toxicomane».

Je laisse Roberto et Paolo, et je rencontre Eraldo Giangiacomi, le coordinateur des opérateurs et fondateur de la communauté. Il est content de recevoir des visites de la part d'opérateurs externes parce qu'il a un problème: après avoir élaboré une méthode pendant huit années d'expérience, opérant des changements de stratégies selon les problèmes qu'il rencontrait et s'inspirant aussi des programmes d'autres communautés (parmi lesquels ceux des Day top), il ne sait pas maintenant comment transmettre sa méthode aux autres. En outre, il a ouvert une nouvelle communauté à Ascoli et est en train de suivre des études de médecine, pour «avoir un titre»: il devrait s'éloigner un peu de la communauté, mais il a l'impression que s'il le faisait, toute l'organisation de la communauté s'écroulerait.

Il m'invite dans son bureau et m'explique son programme de récupération: la durée (de un à deux ans), les quatre «phases», les «assemblées décisionnelles» du lundi, les «assemblées» du vendredi, le «contrat» (un papier de devoirs et libertés, devoirs et droits, qui est rempli pour chaque garçon deux fois par mois en assemblée), le «programme» (le plan quotidien de travail de chacun), le «bilan» du soir, etc.

Nous en parlons. Il me semble que l'idée-vecteur du travail des opérateurs et utilisateurs est la suivante: le jeune, dès son entrée dans la communauté, prend le chemin de la maturation de son autonomie. Le progrès (ou le recul) d'un jeune est sanctionné soit par la stipulation de contrats qui augmentent ou diminuent ses libertés personnelles (essentiellement, dans ses contacts avec l'extérieur et dans la gestion de l'argent), soit par le passage à une «phase» plus avancée (ou plus reculée).

Des limitations de la liberté, des pénalités sont imposées comme étant éducatives. Le travail aussi a une valeur pédagogique puisque pour l'entretien du jeune, une somme d'argent est prévue, souvent donnée par le service sanitaire national.

Le jugement sur celui qui s'en va, interrompant le programme, n'a pas de caractère moral: quand, comme cela arrive souvent, il téléphone et demande de rentrer, on lui répond:

- Si tu es parti, c'est que tu n'étais pas prêt pour la communauté. La communauté n'était pas adaptée à toi. Reste encore un peu dehors et retéléphone lundi après-midi pour savoir si et quand tu pourrais revenir.

Eraldo part en ville et je reste au milieu des jeunes, notant dans mon journal les normes explicites et implicites de cette vie de groupe, les contradictions et les qualifications. J'étudie les documents de leurs archives: interviews, interventions publiques, etc.

Avant de partir, je vais visiter l'autre maison, celle où sont les jeunes «à l'essai». L'opérateur de service est Simonetta. Je lui demande depuis combien de temps elle travaille comme opérateur de communauté:

- SIMONETTA: Depuis janvier; je n'avais jamais travaillé dans d'autres communautés. J'étais à peine diplômée en psychologie.
- SERRA: Comment as-tu fait, au début, pour comprendre comment fonctionnent les choses ici?
- SIMONETTA: Au début, j'ai cherché à observer et à ne jamais intervenir même si parfois, il me semblait que certaines règles n'étaient pas justes (...).
- SERRA: Et qu'as-tu compris au début du fonctionnement des choses.
- SIMONETTA: Pour comprendre, il m'a fallu plusieurs réunions, parce que toutes les règles ne sont pas faciles à comprendre, à interpréter.
- SERRA: Quelles règles?
- SIMONETTA: Les normes qui règlent la communauté. Les différents comportements des opérateurs à l'égard des jeunes. Les règles qui changent selon les exigences de la communauté. Par exemple, en ce moment, on ne peut boire ni vin ni café, parce qu'il s'est passé des choses...
- SERRA: Mais tu as accepté tout de suite l'optique de cette réglementation?
- SIMONETTA: Je n'ai rencontré de difficultés ni avec les opérateurs ni avec les jeunes.
- SERRA: (...) Quand, pour la dernière fois, t'es-tu sentie mal à l'aise?
- SIMONETTA: Un soir, il régnait une certaine tension et les jeunes m'avaient demandé d'aller manger une glace ensemble, bien que cela leur ait été interdit à cause de faits... Et ça m'a mise hors de moi...
- SERRA: Avec qui en as-tu parlé ensuite?
- SIMONETTA: Avec Eraldo. Je me suis rendue compte de mon erreur et je le lui ai dit.
- SERRA: Je te vois ici t'occuper de problèmes très difficiles avec de grosses responsabilités et tu es tranquille et sereine. Tu n'as pas de problèmes?
- SIMONETTA: Tu as des problèmes si ce sont des problèmes personnels que tu décharges sur les jeunes. A quels problèmes penses-tu?
- SERRA: L'anxiété.
- SIMONETTA: Absolument pas. J'ai toujours été calme, depuis le début.
- SERRA: Quels conseils t'a donné Eraldo?
- SIMONETTA: Aucun conseil. Il m'a dit de participer et d'observer.
- SERRA: Mais il t'a certainement indiqué quelle était ta fonction...
- SIMONETTA: Non, le contact que j'ai avec les jeunes, je l'ai créé seule.

L'opératrice n'a reçu ni attribution ni définition explicite de son propre rôle: il lui a été transmis implicitement à l'intérieur des messages des autres opérateurs et des jeunes. Comme si l'opératrice, se trouvant dans une trame de relations structurées par l'attribution réciproque des rôles, s'était trouvée dans un rôle, ayant presque l'illusion de se l'être créé elle-même. Ce qui explique la relative tranquillité avec laquelle elle joue son rôle, bien que ce rôle ne la définisse pas comme faisant partie des leurs, dans une situation de groupe où on l'observe faire plus ou moins ce que font les hôtes.

LA COMMUNE DE FRANCESCO

J'arrive au crépuscule. Je trouve Mariella, la femme de Francesco qui s'en va tout de suite et ne revient plus. Quand je demande à parler à Francesco (j'ai rendez-vous), Salvatore me répond disant que je peux parler avec lui parce qu'il est «comme Francesco» (il se présentera ensuite comme un ex-hôte de la communauté établi maintenant dans le village).

Dans la cour, il y a aussi Evelina, femme de Salvatore (qui ne dira pas un mot), un garçon et un enfant. On me dit que les participants sont treize: deux familles et cinq garçons âgés d'environ vingt ans. Les hommes travaillent dans le champ tandis que les femmes travaillent à la maison. Le groupe ne se définit non pas «communauté» mais «commune» et refuse d'être qualifiée de «thérapeutique».

Quand Francesco revient, je commence à exposer les motifs de ma visite. Salvatore m'interrompt en me contestant durement. Francesco s'associe à lui: il aurait été disposé à collaborer avec moi si j'avais voulu me dédier personnellement aux garçons qui se droguent, mais pour une recherche, il n'est pas disponible.

Je demande à Francesco ce qu'il me répondrait si je lui disais être une personne qui veut comprendre sa communauté pour en constituer une autre. Il me répond que je devrais vivre avec eux: c'est le fait de vivre ensemble et l'exemple qui leur est offert qui aide les jeunes. Les opérateurs des communautés qui, leur rôle terminé, rentrent à la maison, ne peuvent pas constituer un exemple pour les jeunes.

Je demande à Francesco ce qu'il me répondrait si je lui téléphonais lui disant être une fille qui veut entrer dans la communauté.

Il m'explique qu'il dirait tout de suite qu'il n'y a pas de place (même si c'était le contraire) et m'inviterait à une rencontre. Là, en présence d'un ou de plusieurs garçons de la maison (qui sont toujours impliqués dans les décisions des nouvelles admissions), il m'interrogerait sur mes motivations. Si je me déclarais décidée à entrer dans la «commune», il me dirait: «Alors, reste, nous te prenons tout de suite.» Et il répondrait ainsi à mes objections éventuelles: «Je n'ai pas amené de vêtements», «Nous te les prêtons»; à l'objection «Je dois avertir...», «Tu peux téléphoner!». Et ainsi de suite.

Si par la suite je persévérais dans mes objections, mon absence de motivation serait claire et facile pour lui à démasquer:

— Si toutes ces choses sont plus importantes pour toi que le fait d'arrêter, tu ne veux pas changer de route! Va-t'en d'ici! Et va-t'en aussi de chez toi! Arrête de causer de la douleur à tes parents et d'être un scandale pour tes frères! Comporte-toi en homme! Pars de chez toi et arrange-toi seul! Va dormir sous les ponts et paie-toi des avocats seul!

Francesco m'explique qu'il a souvent utilisé ce discours et qu'il est très bien reçu aussi bien des garçons que de leur famille. J'en demande confirmation aux jeunes: ils se le rappellent!

La technique de Francesco est de type subjectif et est plutôt raffinée. Il utilise trois stratégies :

- A. La surprise: la proposition inattendue perturbe les attentes du jeune, déterminant une réceptivité majeure à la suggestion qui suivra (2).
- B. Poussant apparemment le garçon à rester, il le provoque pour qu'il exprime ses résistances, jusqu'à ce que le refus ne puisse être que clair au garçon lui-même.
- C. A ce moment alors, Francesco peut actualiser sa vraie stratégie de changement: la condamnation morale implique la reconnaissance au garçon de décider d'arrêter ou pas la drogue. En principe, la condamnation morale implique la définition de sa volonté comme saine. L'emphase du mépris qui suit l'attitude compréhensive et généreuse («Nous te prêtons des vêtements», «Tu peux téléphoner», etc.), a la fonction de faire passer cette définition sur le plan émotif.

Pour le drogué, à ce moment, il n'est pas si important d'entrer dans la commune que de percevoir le fait qu'il est en train de prendre une décision et qu'il est reconnu comme sujet d'une telle décision.

Les jeunes de la commune présents au moment de la rencontre, ensuite, étant complices de Francesco dans le mensonge du début («Il n'y a plus de place»), assistent à l'intervention, «en sa faveur», et sont impliqués dans son acte de condamnation morale. Dans de telles conditions, ils ne peuvent que confirmer leur propre décision; l'intensité émotive de la situation ne permet pas en fait de compromis: ou «ils partent» avec le garçon, ou ils restent du côté de Francesco.

Réciproquement, l'effet de l'intervention sur le garçon est amplifié, étant confirmé par d'autres garçons comme lui qui, en plus, représentent physiquement l'alternative.

Je demande à Francesco ce qui se passe quand un des garçons de la commune dit qu'il veut s'en aller. Il répond que ce n'est pas tant à lui à chercher à le convaincre de rester qu'aux autres garçons.

Le moment le plus critique — ajoute Francesco — est quand, après environ trois mois, le garçon se porte bien, travaille et se sent sûr de lui.

Je demande ce qui se passe si un garçon s'en va et ensuite rappelle disant regretter et demandant de rentrer. «Je ne les reprends jamais», répond Francesco, et il regarde les garçons présents en esquissant un sourire.

Trois enfants commencent à se disputer pour un jouet. Francesco interrompt la dispute donnant le jouet au plus jeune et envoyant les deux autres faire une quelconque commission. Les garçons plaisantent sur l'intervention directive de Francesco, l'appelant «le boss».

Quand je demande à Francesco ce qui se passe si un garçon ne veut pas travailler ou se lève tard, il me répond presque en colère:

- Ici personne ne veut entretenir les autres ! Ici les garçons sont traités en hommes : ils doivent être auto-suffisants ! Nous ne sommes pas des invalides !

Et Salvatore ajoute que le fait d'être encore au lit à neuf heures «n'existe pas». A Gradara, le travail est imposé comme éducatif, ici comme nécessité : la commune n'a pas de financements et les garçons sont des employés comme les autres (ils sont en règle avec la sécurité sociale, etc.).

Je demande à Salvatore comment on peut se considérer hors de la drogue. Il me répond, avec un sourire, en disant que lui-même ne peut pas se dire hors de la drogue.

Je m'adresse enfin à un garçon triste (Franco), qui a écouté sans ouvrir la bouche et à mes côtés. Il est là pour se préparer à partir en Afrique comme missionnaire dans un hôpital pour lépreux. Il me dit :

- Moi peut-être, je peux voir les choses comme toi, de l'extérieur (Salvatore le bloque en lui faisant objection). Pas de l'extérieur parce que je suis traité de la même manière (comme un drogué)... ce n'est pas bien de dire : comme un drogué. Pourtant c'est comme ça : au même niveau que les autres, ici. Je rencontre des difficultés avec les garçons parce que eux ne me traitent pas comme ils traitent Francesco. Ce que je dis n'est pas écouté comme quelque chose devant être considéré avec un peu d'attention. Avec Francesco et Mariella, c'est différent.

La définition donnée par le groupe à la relation de Franco avec le groupe le nie comme opérateur et le considère comme un drogué. Dans la commune, il n'y a pas de place pour un rôle d'opérateur, car les drogués ne sont ni des malades ni des invalides.

Un parent arrive et Francesco me présente comme «une amie de la maison».

Au Ctst de la région, on me dit que la commune obtient d'excellents résultats.

POURQUOI LES COMMUNAUTÉS FONCTIONNENT-ELLES ?

La personne communément appelée «toxicomane» n'est pas affectée d'une maladie mais d'un trouble psychique qui s'identifie précisément dans la participation de l'individu à la relation avec la drogue.

Ailleurs, j'ai examiné plus en détail ce trouble des relations par rapport aux caractéristiques de la substance*. Je me limiterai ici à observer que l'histoire de tous les drogués peut être décrite dans les termes de ce qui substitue dans certains moments de leur vie la drogue ou le trafiquant.

Quand un jeune décide d'arrêter de «se battre toute la journée pour trouver de la drogue, il tente avant tout de s'opposer à l'attraction que la subs-

* Manuscrit en cours de révision.

tance exerce sur lui grâce à sa force de volonté. Ce qui commence est une lutte contre son propre désir de drogue où la drogue se personnifie dans un antagoniste à prévariquer comme l'a très bien décrit Bateson dans son ouvrage sur l'alcoolisme cité plus haut.

Si le sujet réussit pendant quelque temps à se passer de la drogue, il se sent vainqueur.

Il peut avoir cette sensation d'indépendance et de supériorité pendant une période plus ou moins longue. Cependant, tôt ou tard, convaincu d'avoir appris à se passer de la drogue, il croira pouvoir en prendre à nouveau sans pour cela devenir dépendant et ira chercher (plusieurs fois) chez le trafiquant de petites doses bien espacées, doses qu'il paiera sans effort pensant ainsi peut-être prouver à lui-même une capacité de contrôle.

C'est le moment où le drogué se définit «consommateur», capable de dominer la substance, ne se montre pas trop subordonné au trafiquant et n'accepte l'aide de personne.

Cette période peut durer pendant des mois, avant qu'une frustration du désir de drogue due à l'intensité croissante du désir même ou à la moindre disponibilité de drogue (facteurs qui s'influencent réciproquement), conduise le sujet à la perception d'une nécessité urgente de drogue. La lutte contre le pouvoir d'attraction de la drogue recommence ainsi.

Un jeune drogué, après avoir plusieurs fois de suite lutté et recommencé à lutter, se trouvant dans une situation d'échec et n'ayant pas la force d'obéir aux conditions du trafiquant peut demander d'entrer dans une communauté.

L'opérateur qui l'accueille en lui dictant les conditions d'entrée dans le groupe, se substitue au début au trafiquant, promettant à la place de la drogue le soutien du groupe lui-même contre la drogue.

Au départ donc, le groupe-communauté substitue la drogue (d'autre part, l'émotion relative au fait de participer à un groupe présente des analogies avec la forme de plaisir offert par certaines drogues).

Incidemment, cette intégration dans la communauté peut être impossible quand la motivation de l'adhésion du garçon est différente de la sensation d'échec ressentie après une longue lutte contre la drogue, comme par exemple lorsqu'il demande à la communauté non une aide dans le désespoir mais une thérapie en mesure d'extraire automatiquement la drogue de sa pensée.

Dans la communauté, dès les premiers moments de l'insertion, dans un contexte où, comme nous l'avons vu, on attribue au jeune une partie de la responsabilité relative au fait de se droguer, on lui met en clair aussi que seul le groupe décidera s'il est prêt ou non à sortir et que lui-même n'a aucun pouvoir de décision. Seulement après avoir responsabilisé le jeune en le traitant comme une personne capable d'effectuer des choix, on peut lui demander de choisir de renoncer à la décision autonome de sa sortie.

Cependant, après quelques semaines de séjour, le jeune se sentant bien physiquement et n'ayant aucune nostalgie de la drogue, croit être devenu indépendant, croit avoir gagné la bataille de demande de sortir.

La communauté, de quelque type qu'elle soit, gagne la bataille quand elle réussit à convaincre le garçon à accepter la subordination au groupe et donc à ses normes, y compris celle qui réserve au groupe la décision du moment de sa sortie.

Ce qui est demandé n'est pas tant d'accepter rationnellement l'obéissance que de se confier totalement au groupe, de le suivre dans tous les cas. Au-delà des différences idéologiques et méthodologiques entre les différentes communautés, ce qui compte c'est que l'acceptation des normes imposées et des activités demandées implique obligatoirement le renoncement.

Renoncer à décider si on est en mesure de contrôler son désir de drogue correspond au renoncement à l'antagonisme contre la drogue. Cela revient à reconnaître que la drogue est plus forte que la volonté: c'est la capitulation qui, dans les groupes d'Alcooliques Anonymes, comme l'a décrit Bateson dans son ouvrage, constitue le tournant fondamental dans l'histoire de l'éthilique, tournant où commence une existence rendue finalement indépendante de la relation alternée soumission-opposition à la drogue.

Le jeune qui reconnaît à la drogue un pouvoir au-dessus de lui et se laisse guider par la communauté sur le long chemin de la réinsertion, acceptant même les limitations de sa propre liberté, limitations qu'il ne considérerait pas, à son avis, nécessaires, se meut à l'intérieur d'une prémisse renversée par rapport au drogué qui combat en première personne contre la tentation ou par rapport à celui qui réclame une thérapie qui lui ôte la drogue de la tête: le temps et les expériences successives de confiance aveugle dans le groupe (confiance qui correspond peut-être à la foi dans le «Dieu» amoureux des groupes Alcooliques Anonymes) consolideront une nouvelle existence construite sur des valeurs choisies en positif et non plus donc en faisant référence à la lutte contre la drogue comme fuite ou comme alternative.

Paradoxalement, c'est justement en acceptant la drogue comme plus puissante que lui-même que le drogué réussit à se libérer de son conditionnement.

En conclusion, le processus de libération du conditionnement de la relation avec la drogue ne se fait pas par son simple affaiblissement mais par la transformation structurale des rapports de réciproque soumission-prévarication entre les pôles qui constituent une telle relation.

Piera Serra

Società Italiana per la Ricerca Psicologica,
Via Oberdan 4,
40126 Bologna, Tél. 051/277223

RÉSUMÉ

L'auteur expose une interprétation des succès qui sont obtenus dans de nombreuses communautés pour jeunes drogués, interprétation dont l'idée

principale est en partie suggérée par Bateson dans son ouvrage sur l'éthylisme (1).

On trouvera aussi une analyse relationnelle des interactions observées à l'intérieur de deux communautés dont est présentée une brève documentation.

Cette étude est introduite par la prémisse suivante: comment la définition juridique du citoyen faisant usage de drogues conditionne le contexte de la relation avec les opérateurs sanitaires des services publics.

SUMMARY

A model is presented to explain successes obtained in communities for drug addict adolescents and young adults. The main idea is partly suggested by Bateson's work about alcoholism (1).

An analysis of the interaction sequences observed in two communities is expounded, and a brief documentation reported.

A premiss introduces the work: the context of the relationship between addict and medical service workers is analysed.

Mots-clés
Toxicomanie
Alcoolisme
Communautés
Thérapie de groupe
Approche systémique

Key-words
Drug addiction
Alcoholism
Community
Group Therapy
Systemic Approach

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, G.: *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I. Trad, F. Drosso, L. Lot, E. Simion, Le Seuil, Paris, 1977.
2. ERICKSON, M.H.; ROSSI, E.L.; ROSSI, S.I.: *Hypnotic Realities*, Irvington Publishers, Inc., New York.
3. SERRA, P.: *L'adolescente sublimato*, Guaraldi, Firenze, 1978.
4. WATZLAWICK, J.; HELMICK-BEAVIN, J.; JACKSON, D.: *Une logique de la communication*. Trad. J. Morche, Le Seuil, Paris, 1974.

NOTES DE LECTURE

Grégoire Evéquo, «Le contexte scolaire et ses otages: vers une approche systémique des difficultés scolaires», E.S.F., Paris, 1984.

Partant des contributions du groupe de Selvini (cf. en particulier «Magicien sans magie» dont la traduction en français a également été publiée par les éditions E.S.F.), l'auteur propose une approche systémique des difficultés scolaires et, partant, de l'intervention du psychologue scolaire. L'essentiel est de resituer la demande en évitant les pièges du «défi» et du «bouc émissaire», mais en prônant un contexte contractuel où s'engagent les acteurs impliqués. Le psychologue scolaire permet alors la circulation de la communication entre les partenaires de ce contrat. Ainsi l'enfant n'est plus désigné comme le problème mais il est reconnu comme l'expression d'un malaise au niveau du groupe. Ce recours au modèle systémique remet en cause les fonctions traditionnelles du psychologue et sa capacité à satisfaire les exigences des usagers.

Il s'agit d'un ouvrage intéressant, rappelant de manière claire et attractive certains éléments fondamentaux de l'approche systémique. Il devrait être lu par les adultes impliqués dans le fonctionnement de l'école où le rôle de l'enfant est trop souvent réduit, lui aussi, à celui d'otage.

Denise Morel, «Cancer et psychanalyse», Belfond éd., Paris, 1984.

Après avoir essayé de démontrer des analogies linguistiques entre les mots cancer et castrat, l'auteur voit dans le cancer un «moyen d'authentifier l'imaginaire» dans l'incapacité d'accéder à la castration, à la symbolique. Si la démarche peut paraître attractive, il est regrettable qu'elle soit entachée d'approximations conceptuelles (double lien, par ex. p. 66). Elle a cependant l'avantage d'insister, entre autre, sur le cancer vu comme une «faillite de l'imaginaire, tout autant qu'un échec du symbolique».

J.-J. Eisenring.

GÉNITIF, vol. 6, 3, 1985

L'ADOLESCENCE, LA SEXUALITÉ, LA PENSÉE

G. Maruani: Adolescence, pensée, sexualité; D. Duprez: Education sexuelle, information: l'échec? V. Jagstaidt: L'éveil de la pensée abstraite;

M. Bonierbale et coll.: Le premier rapport sexuel; D. Duprez: L'adolescente et l'avortement, aspects psychologiques; J. de Martino: Une surface non inscrivible; F. Hammani: L'adolescente de l'immigration; D. Christian: L'adolescence miroir de la société.

GÉNITIF, 6/1, 1985

Numéro consacré à LA NOUVELLE GÉNITALITÉ

G. Maruani: Plus-value, technologie et fécondité; D. Duprez: Psychosociologie de la reproduction humaine; G. Maruani et P. Atlan: Enceinte et femme; G. Maruani: Le couple, une déviation sexuelle désuète?

DIALOGUE, 89, 3^e trimestre 1985

E. Lemaire-Arnaud: Utilité de génogramme pour la mise au jour des phénomènes transgénérationnels; B. La Wita: Sur la transmission de la mémoire généalogique dans la bourgeoisie; A. Fine: Prénoms et hérédité familiales; J.-P. Aubin et A. Bellaïche: Prénom et psychose; M. Tort: Le système patrimonial et la psychanalyse; A. Gotman: L'économie symbolique des biens de famille; F. de Singly: L'alliance et la chaîne; D. Moret: Choix du partenaire et généalogie; F. Cahen: Stérile de père en fils; M. Apied: Interruption volontaire de grossesse et filiation; M. Hesselberg: A propos d'un mythe des thérapeutes familiaux: la transmission intergénérationnelle.

DIALOGUE, 90, 4^e trimestre 1985

Ce numéro est consacré, pour une grande partie, aux relations intergénérationnelles. Nous avons relevé en particulier: A. de Mijolla: A propos des relations entre les générations; G. Rosolato: Généalogie et culpabilité; J. Guyotat: Analyse du lien de filiation; C. Nachin: Perturbations de l'unité duelle, inclusions au sein du moi et travail du fantôme dans l'inconscient; A. Eigner: L'interprétation du fantasme transgénérationnel en thérapie familiale analytique; M. Ribes: Reconnaissance et déni des phénomènes transgénérationnels en thérapie de couple; M. Chaudron: Rapports intergénérationnels et destin de la fratrie.

Dans la Collection PSYCHOTHÉRAPIE-MÉTHODES ET CAS, sous la direction du Professeur Paul Sivadon et de J.C. Benoît, J. Guilhot, A. Mathé, Editions E.S.F., Paris :

Milton H. Erickson, «De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique» par Jacques-Antoine Malarewicz et Jean Godin. Préface de Jean-Claude Benoît.

Ce livre parle de *communication hypnotique*. Cette communication est à la fois particulière, voire suspecte dans l'esprit du public et même des praticiens. Elle peut être banalisée mais aussi merveilleusement créatrice.

Les auteurs, Jacques-Antoine Malarewicz et Jean Godin, montrent comment Milton H. Erickson a démythifié l'hypnose et l'a utilisée comme fondement d'une redéfinition de nombreuses entreprises psychothérapeutiques.

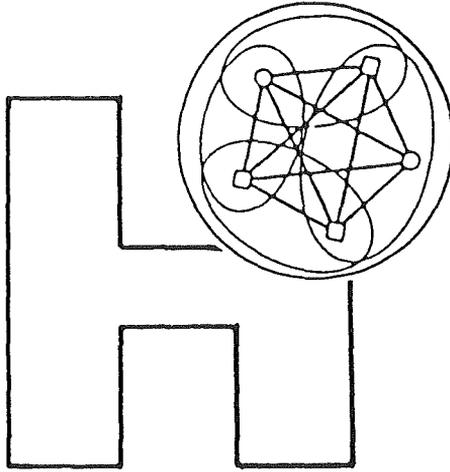
Ayant utilisé l'hypnose pendant toute une vie de psychiatre psychothérapeute, Milton H. Erickson, longtemps président de la Société Américaine d'Hypnose Thérapeutique, se refusant à construire une théorie, a fondé une nouvelle pratique marquée par l'obstination, la générosité, le sens inventif que lui ont appris ses propres handicaps et, en particulier, par un humour plus parlant que toute technicité.

Pour ses patients, ses amis, ses élèves, Erickson a ouvert de nombreux horizons.

Grâce à son génie de la *communication simultanée avec le conscient et l'inconscient d'autrui*, il a créé des actes thérapeutiques originaux et efficaces. Les exemples cliniques de cet ouvrage font percevoir, à la fois, l'habileté du psychothérapeute créateur d'un champ relationnel approprié à chaque cas et l'ouverture offerte aux capacités latentes de solutions apportées par le patient à sa propre cure.

Dans ces voies nouvelles, les auteurs figurent parmi les premiers en France à pouvoir nous transmettre cette pratique de l'hypnose moderne.

Au sommaire: Milton H. Erickson: L'hypnose — Les manifestations spécifiques de l'hypnose, leur utilisation clinique — Le conscient et l'inconscient — Les moyens de communication spécifiques — Les procédés et les approches indirectes dans l'hypnose Ericksonienne, etc.



SYMPOSIUM

APPROCHE SYSTÉMIQUE EN INSTITUTION HOSPITALIÈRE ou L'ENJEU DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

Fribourg (Suisse) Université

26 et 27 septembre 1986

L'objet de ce Symposium vise à définir dans quelle mesure l'approche systémique est réalisable en hôpital psychiatrique. N'y a-t-il pas contradiction irréductible entre la démarche de l'hôpital, avec sa hiérarchie, ses patients, ses médicaments et l'épistémologie systémique? Peut-on parler de coexistence ou ne vaudrait-il pas mieux reconnaître la confusion?

Ce symposium est ouvert à tous ceux qui travaillent en institution psychiatrique sans pour autant renoncer à l'approche systémique.

Parmi les orateurs invités:

Cl. BENOÎT (Paris), Y. COLAS (Lyon), P. IGODT (Leuven)

De brèves communications sont prévues.

Inscriptions en nombre limité: Délai 1^{er} juin.

Prix: 150 francs suisses, 500 francs français. Le règlement doit s'effectuer par chèque bancaire à l'ordre de: *D^r J.-J. Eisenring, CH-1633 Marsens (Symposium).*

Renseignements: *D^r J.-J. Eisenring, chargé de cours Université, CH-1633 Marsens.*

INFORMATIONS

- The Psychiatric Society of the Czechoslovak Medical Association announces an INTERNATIONAL CONGRESS ON FAMILY THERAPY: The Pattern Which Connect. Prag. 11-15 May 1987. Petr. Bos, M.D. Organizing Committee Chairman. Family Therapy Center. 417 01 Dubi, P.O. Box 14, Czechoslovakia.
- 5th International Congress of family therapy. Jerusalem, Israel, June 22-25, 1986. Theme: Family therapy, the fourth decade. Secretariat: P.O. Box 3378, Tel Aviv, 61033 Israel. Under the auspices of the Israel Association for Marital and Family Therapy and Family Life Education.
- Internationales Symposium: Suchrmodelle und Behandlungsstrategien. International Symposium: Addiction Patterns and treatment strategies. Anton Proksch Institut. 19-24 Mai 1986, Baden-bei-Wien. Scientific secretariat: Anton Proksch Institut. Mackgasse 7-9. Austria, 1237 Wien / Vienna.
- 3^e Congrès de l'Association internationale de gérontologie psychanalytique: LES PSYCHOTHÉRAPIES DE LA PERSONNE ÂGÉE, Lyon, 6 et 7 juin 1986. Information: Dr Vignat, Hôpital St-Jean-de-Dieu, 290, route de Vienne, 69373 Lyon Cédex 08.

Sociologie et sociétés



Revue thématique semestrielle (avril et octobre). La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol). Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord.

Directeur : Robert Sévigny

Déjà parus :

Phénomène urbain, 1972	3\$	<input type="checkbox"/>	Changement social et rapports de classes, 1978	6\$	<input type="checkbox"/>
Les systèmes d'enseignement, 1973	5\$	<input type="checkbox"/>	Critique sociale et création culturelle, 1979	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Sémiologie et idéologie, 1973	5\$	<input type="checkbox"/>	Développement national et économie mondialisée, 1979	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Femme/travail/syndicalisme, 1974	5\$	<input type="checkbox"/>	Éducation, économie et politique, 1980	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Domination et sous-développement, 1974	5\$	<input type="checkbox"/>	Réflexions sur la sociologie, 1980	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Science et structure sociale, 1975	5\$	<input type="checkbox"/>	Écologie sociale et mouvements écologiques, 1981	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Travaux et recherches sur le Québec, 1975	5\$	<input type="checkbox"/>	Les Femmes dans la sociologie, 1981	7,50\$	<input type="checkbox"/>
Pour une sociologie du cinéma, 1976	5\$	<input type="checkbox"/>	La Sociologie une question de méthodes?, 1982	8,50\$	<input type="checkbox"/>
La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi?, 1976	5\$	<input type="checkbox"/>	Regards sur la théorie, 1982	8,50\$	<input type="checkbox"/>
La Gestion de la santé, 1977	6\$	<input type="checkbox"/>	L'État et la société, 1983	8,50\$	<input type="checkbox"/>
Psychologie/Sociologie/Intervention, 1977	6\$	<input type="checkbox"/>	Les autres « ethniques », 1983	8,50\$	<input type="checkbox"/>
Le développement des relations sociales chez l'enfant, 1978	6\$	<input type="checkbox"/>	L'informatisation : mutation technique, changement de société?, 1984	9,50\$	<input type="checkbox"/>
	6\$	<input type="checkbox"/>	Sociétés et vieillissement, 1984	9,50\$	<input type="checkbox"/>

Bulletin d'abonnement

L'abonnement annuel commence avec le premier numéro de chaque volume.

Je désire m'abonner à la Revue *Sociologie et sociétés* pour l'année _____ \$

Veuillez m'expédier les titres cochés.

Ci-joint (chèque ou mandat) à l'adresse postale.

Visa Master Card

n° _____

Date d'expiration _____

Abonnement annuel 1985

Individus :	
Canada :	14\$
Étudiants :	10,50\$
Pays étrangers :	17\$
Institutions :	
Tous les pays :	28\$
Le numéro :	9,50\$



NOM _____

ADRESSE _____

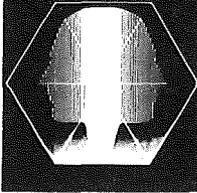
CODE POSTAL _____

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



LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL
C.P. 6128, succ. « A »
Montréal, Qué. H3C 3J7
2910, bd Édouard-Montpetit
Montréal, Qué. H3T 1J7

psychothérapies



psychothérapies

Comité de rédaction :

G. Abraham, *Genève* — B. Cramer, *Genève* — A. Haynal, *Genève* — Ph. Kocher, *Genève* — G. Maruani, *Paris* — N. Montgrain, *Québec* — R. Steichen, *Louvain*.

Comité scientifique :

J.-M. Alby, *Paris* — D. Anzieu, *Paris* — M. Bourgeois, *Bordeaux* — J. Cosnier, *Lyon* — G. Delaisi de Parseval, *Paris* — Y. Gauthier, *Montréal* — E. Gilliéron, *Lausanne* — W. Pasini, *Genève*.

**« Pour que la psychothérapie,
que nous voulons dynamique,
soit sans cesse remise en question... »**

.....
 Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES** pour l'année 198.....

Prix de l'abonnement annuel : FRS 75.— FF 289.—
\$US 38.— \$CAN 45.— FB 1875.—

*Règlement: Compte de chèques postaux: 12-8677, Genève.
Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C 2 622 803.
Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne, 47 av. George V, F-75008 Paris, Compte N° 251 10532 40. Les chèques bancaires à l'ordre de la BUOFC sont admis.*

Nom et prénom:

Adresse:

N° postal: Ville:

Date: Signature:

A envoyer aux EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE — Case postale 229 — CH-1211 Genève 4

THÉRAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

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

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal — Ph. CAILLE, Oslo — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSS von WERDT, Zürich — P. FONTAINE, Bruxelles — L. KAUFMANN, Lausanne — J. KELLERHALS, Genève — S. LEOVICI, 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



Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle
THÉRAPIE FAMILIALE
pour l'année 198.....

Abonnements individuels : **FRS 60.— / FF 230.—**

Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs :
FRS 75.— / FF 289.—

EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P. 229 — CH-1211 GENÈVE 4 — C.C.P. 12-8677 Genève

Société de Banque Suisse, CH-1211 GENÈVE 6, Compte N° C2 622 803

*Pour la France, chèques postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène »
ou bancaires à l'adresse de la BUOFC (Banque de l'Union Occidentale Fran-
çaise et Canadienne) libellés en francs français.*

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

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

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

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

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

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

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

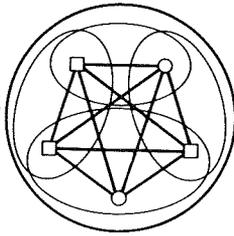
BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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



THERAPIE FAMILIALE

Vol. VII — 1986 — N° 1

SOMMAIRE

Editorial	1
J. Duss-Von Werdt: Thérapie collective : remise en question et symptôme du développement de la société contemporaine	3
G. Guntern: Éco-anthropologie et thérapie systémique : une nouvelle image de l'homme	15
H. Stierlin, M. Wirsching, B. Haas, F. Hoffmann, G. Schmidt, G. Weber et B. Wirsching: Médecine de la famille et cancer	41
I. Frank: Thérapie de l'impossible dans les limites du possible	61
J.A. Serrano et C. Dipp: La famille du migrant : adaptabilité et cohésion	73
M. Amiguet et A. Regamey: Approche systémique de l'accueil des femmes en difficulté	87
P. Serra: Vers une explication des succès dans les communautés pour jeunes drogués	99
Notes de lecture	117
Informations	121

CONTENTS

Editorial	1
J. Duss-Von Werdt: Collective therapy: reevaluation and symptom of the development of contemporary society	3
G. Guntern: Eco-anthropology and systems therapy: a new view of man	15
H. Stierlin, M. Wirsching, B. Haas, F. Hoffmann, G. Schmidt, G. Weber and B. Wirsching: Family medicine with cancer patients	41
I. Frank: Treatment of the impossible within possible means	61
J.A. Serrano and C. Dipp: The migrant family: adaptability and cohesion	73
M. Amiguet and A. Regamey: A systemic approach how to receive women in distress	87
P. Serra: Towards a theory of success obtained in communities for young drug addicts	99
Reading notes	117
Informations	121