

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. LEBOVICI, Paris – J.-G. LEMAIRE, Versailles – D. MASSON, Lausanne – A. MENTHONNEX, Genève – † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer – R. NEUBURGER, Paris – Y. PELICIER, Paris – R.P. PERRONE, St Etienne – F.X. PINA PRATA, Lisbonne – † J. RUDRAUF, Paris – P. SEGOND, Vaucresson – J. SUTTER, Marseille – M. WAJEMAN, Paris – P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à :

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

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène
Case postale 229
CH-1211 Genève 4

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
Compte N° C2 622 803.
- 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 250.— FB 1540.— \$CAN 50.—

Bibliothèques et abonnements collectifs :

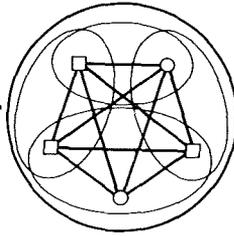
FRS 75.— FF 315.— FB 1925.— \$CAN 62,50

Numéro séparé :

FRS 20.— FF 83.— FB 515.— \$CAN 16,70

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° 4

SOMMAIRE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| M. ELKAÏM : Questionnaire sur la formation | 297 |
| L. BARRELET, A. MENTHONNEX et M. ARCHINARD : Traitement de famille et travail institutionnel : Au-delà de la triangulation ? | 347 |
| L. CORCHUAN : La thérapie familiale systémique a-t-elle une âme ? . | 363 |
| F. SCHLEMMER : Quelques aspects du délire et du secret dans le théâtre de Shakespeare | 371 |
| Notes de lecture | 383 |
| Informations | 385 |

CONTENTS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| M. ELKAÏM : Enquiry on training | 297 |
| L. BARRELET, A. MENTHONNEX et M. ARCHINARD : Beyond Triangulation: The Coordination of Family Therapy and In-Patient Treatment Programs ? | 347 |
| L. CORCHUAN : Has systemic family therapy got a « Soul » | 363 |
| F. SCHLEMMER : Some aspects of delirium and secret in Shakespearian theatre | 371 |
| Reading notes | 383 |
| Informations | 385 |

QUESTIONNAIRE SUR LA FORMATION

M. ELKAÏM

PRÉSENTATION

Au congrès de Bruxelles consacré aux « Approches psychothérapeutiques et modèles de formation en thérapie familiale », nous avons prévu une matinée de rencontres entre certains des formateurs venus de différents pays pour discuter de sujets d'intérêt commun ¹.

Maurizio Andolfi (directeur de « l'instituto Terapia Familiare » de Rome), Carlo Sluzki (à l'époque directeur du « Mental Research Institute » de Palo Alto) et moi-même avons décidé d'envoyer un questionnaire ² à ces formateurs pour préparer la rencontre.

Dès l'abord, nous nous sommes trouvés confrontés à un problème de taille. Comment demander à un formateur de parler de formation comme s'il en était extérieur alors qu'il est pris dans le groupe qu'il forme ?

Comment parler de formation sans étudier à chaque fois les contextes dans lesquels elle se dispense et les institutions dont sont membres ceux qui y participent ?

Comment parler de formation et de psychothérapie familiale sans s'interroger sur les fonctions de ces pratiques dans des systèmes humains particuliers, à des moments spécifiques ?

Malgré les problèmes épistémologiques que ces questions soulèvent, il me semblait important de savoir ce que les formateurs que nous sommes s'imaginent qu'ils font. Connaître les rationalisations que nous construisons pour constituer nos contextes de formation. Ce point me paraît important. En effet, ceux qui ont déjà travaillé avec des familles dont un membre a un comportement agressif ou révolté, connaissent bien le danger de sembler dénier ce que vit ce membre par un recadrage systémique qui, pourtant, en apparence lui est favorable.

Ils s'attirent quelquefois des réponses du type : « Vous êtes comme ma mère, vous aussi, vous refusez d'écouter ce que je dis et de tenir compte de ce que je fais ».

¹ Cf. M. Elkaïm. Formation et pratiques en thérapie familiale. E.S.F., Paris, 1986.

² Cf. infra.

Une approche systémique ne peut usurper la place de celui qui parle même si le contexte différent dans lequel nous replaçons sa parole et son action nous permet d'en avoir une autre lecture.

J'ai choisi de présenter ce que les formateurs qui ont eu l'obligance de nous répondre, s'imaginent qu'ils font ou du moins ce qu'ils peuvent en dire. Les réponses à ce questionnaire nous offrent des visions différentes et quelquefois contradictoires.

Peut-être pourront-elles permettre au lecteur de réaliser l'aspect ouvert, malgré ses limites actuelles, d'un champ que le dogmatisme n'a pas encore atteint.

Mony Elkaim

Institut d'études de la famille et des systèmes humains
11c, rue Van Eyck
B-1050 Bruxelles

QUESTIONS

Question 1

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-mêmes ?).

Question 2

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?)

Question 3

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Question 4

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Question 5

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Question 6

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-mêmes au cours de la formation ?

Question 7

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Question 8

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Question 9

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.)

Question 10

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

* * *

Luigi BOSCOLO ³

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Ce qui m'inquiète le plus, c'est la tendance des étudiants à rechercher des interventions et des techniques spécifiques applicables à des cas spécifiques, sans prendre en considération les différents contextes dans lesquels ils travaillent et le caractère unique de chaque famille. Allant de pair avec cette recherche de recettes pour la thérapie, il existe une tendance à imiter le formateur.

Pour neutraliser ces tendances, spécialement au début de la formation, je recommande d'éviter de répéter les mêmes interventions et d'insister davantage sur la pensée sous-jacente à la création de l'hypothèse.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Dans mon modèle de formation, l'accent est placé davantage sur la pensée que sur la technique : « Penser comment penser » comme dirait Bateson. Par le travail en équipe, l'étudiant devrait développer, de pair avec la pensée linéaire-causale habituelle, une façon de penser circu-

³ Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milan, Italie.

laire. Le but est de stimuler la créativité dans l'élaboration des hypothèses en évitant leur réification (Flirter avec les hypothèses, mais ne pas les épouser).

Un autre objectif important du programme de formation consiste à développer des talents dans l'analyse du contexte et la construction d'interventions.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Voir question 1.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le saut qualitatif a lieu lorsque l'étudiant commence à penser de façon circulaire et à se montrer neutre, sans efforts, vis-à-vis de la famille. Il est intéressant de constater que certains étudiants ne parviennent jamais à réaliser ce saut.

Pour accentuer ce processus, le formateur évite d'exprimer de l'approbation ou de la désapprobation au cours du travail en équipe : toutes les observations sont acceptées et peuvent être utilisées pour le développement d'hypothèses systémiques. Dans ce sens, le formateur se comporte avec les étudiants tout comme le thérapeute se comporte avec la famille.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Le problème que je remarque dans mon comportement comme formateur est la contradiction entre ma communication verbale et non verbale. De façon analogique, j'exprime parfois que mes hypothèses sont meilleures que celles des autres et que je pourrais les croire vraies. Pour surmonter ceci, je fais attention au feedback correcteur des étudiants.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

C'est une question qui m'intrigue. Je n'y trouve pas de réponse claire.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Une formation idéale pour un thérapeute familial devrait comprendre :

1. des cours de psychopathologie et psychothérapie (y compris de la psychothérapie individuelle).

2. la lecture des classiques de la littérature.
3. la formation. Notre formation au Centre de Milan approcherait davantage de l'idéal si le formateur et l'étudiant pouvaient travailler ensemble pendant un certain temps dans des contextes différents tels qu'hôpitaux, cliniques d'hygiène mentale, agences privées et publiques.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Au cours de notre programme de formation, nous évitons d'entrer dans les problèmes personnels des étudiants et de leurs familles.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Les discussions théoriques ont le plus souvent lieu pendant les expériences cliniques. La théorie et la technique marchent main dans la main.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.).

Un point central de notre théorie thérapeutique est que le thérapeute doit agir comme un enzyme qui peut provoquer des changements dans les systèmes familiaux sans présenter ses propres solutions. Le thérapeute devrait éviter, dans toute la mesure du possible, de devenir un technicien ou contrôleur social.

Maurizio ANDOLFI ⁴

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Ce qui me préoccupe le plus, c'est que les étudiants ne soient pas sensibilisés à la subjectivité de chaque membre de la famille et qu'ils n'utilisent pas leur propre subjectivité. Je crains aussi que les gens apprennent à s'utiliser eux-mêmes en thérapie sans savoir pourquoi, sans modèle pour les guider et structurer leurs pensées. Ces personnes peuvent posséder de très beaux matériaux mais sans posséder la connaissance nécessaire pour construire une maison.

⁴ Istituto Terapia Familiare, Rome, Italie.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Mon but principal avec un groupe de formation est d'empêcher les membres de conserver une solidarité défensive, d'encourager chacun à trouver sa propre voie pour s'individualiser dans le groupe, puis d'utiliser ce processus vis-à-vis de la famille. Je souhaite les voir évoluer d'une situation faite de protection mutuelles vers un système plus différencié au sein duquel ils peuvent être eux-mêmes et en même temps membres d'un organe vivant.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Une erreur fréquente que je rencontre chez les étudiants provient de leur désir d'apprendre « comment faire ». Ils transforment des concepts abstraits en actes à accomplir. S'ils s'en tiennent là, ils risquent de prétendre à des aptitudes techniques et à une compétence pré-planifiée pour « agir sur » la famille. Je constate une autre erreur lorsqu'ils franchissent le pas entre « faire » et « être » et s'arrêtent là, lorsqu'ils se montrent trop soucieux de ce qu'ils doivent faire d'eux-mêmes. Ils ne réalisent pas que ce qu'on fait de soi-même constitue une nécessité à priori pour entamer un processus de rencontre avec autrui où l'on se découvrira une force ou une faiblesse jusqu'alors inconnue. Nous nous occupons de ce problème et de toute autre erreur qui coince un étudiant en amplifiant les facteurs causant l'erreur ; l'étudiant persévéra alors plus difficilement dans cette voie.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le saut qualitatif que je vois le plus souvent se produire chez les étudiants est le passage du niveau de l'action au niveau où l'on fait partie d'un système thérapeutique. Le second saut consiste à dépasser le fait de faire partie d'un système thérapeutique pour parvenir au stade de la compréhension abstraite du fonctionnement du système.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Le problème majeur que je rencontre en moi-même en tant que formateur est d'oublier le niveau de connaissance et de compréhension de l'étudiant. Ceci se produit en partie parce que je me mets au défi constamment et que j'estime mal jusqu'où le groupe est apte à me suivre, assumant à tort que chaque membre du groupe peut me suivre à n'importe quel stade. Pour surmonter ce problème, je suis attentif au

feedback du groupe. Je les stimule aussi davantage au coeur même de leurs difficultés, plutôt que de me substituer à eux en tant que thérapeute.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

En faire trop et le fait d'assumer trop de travail constituent mon handicap majeur. Je suis également trop rapide, et je dois donc ralentir le rythme pour permettre au thérapeute de digérer ce qui peut être désagréable. Je peux me montrer aussi trop provocateur à l'égard du thérapeute, sans indiquer que mon but est de me passer de lui.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

La formation idéale pour un thérapeute familial est basée sur un processus discontinu : on parvient à un stade de sécurité puis on le détruit, pour y parvenir à nouveau et ainsi de suite. Cela requiert un temps considérable (Cinq à dix ans).

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

De l'examen de mon propre groupe d'étudiants, au moins 60-70% commencent une thérapie personnelle au cours des 3-4 années de formation. Quelques 10-15% l'ont commencée juste avant la formation. Nous ne nous braquons pas sur leur vie personnelle et nous n'offrons pas non plus de thérapie spécifique, mais nous considérons que leurs choix, quels qu'ils soient, conviennent. Ceux qui n'optent pas pour la thérapie doivent choisir de ne pas aller en thérapie. Ils sont cependant obligés de prendre la thérapie en ligne de compte. La formation affecte énormément la personnalité du thérapeute.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

La technique prime toujours dans la formation car c'est ce que les étudiants attendent. Mais très vite, nous leur rendons insupportable le fait d'apprendre la technique sans se regarder eux-mêmes. A partir de là, ils se voient eux-mêmes comme partie du processus de thérapie et comme participants à ce qu'ils observent. Ils peuvent alors avoir le plaisir de progresser vers un niveau plus théorique.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

La question que je considère centrale pour les étudiants surgit lorsqu'il ou elle se trouve choqué pour la première fois par quelque

chose d'entièrement neuf pour son système de compréhension. Un facteur complémentaire existe lorsqu'ils commencent à aimer la nouveauté, l'originalité et le fait de se trouver complètement déroutés par rapport à leurs connaissances antérieures.

Paolo MENGHI ⁵

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

L'imitation de modèles préconstitués et non digérés qui sert généralement à couvrir le malaise, la confusion et les craintes des étudiants. Etant donné qu'au cours de ma propre formation, j'ai vérifié les limites d'une attitude d'imitation, j'utilise la façon dont j'ai surmonté celle-ci comme base de travail pour mon programme de formation. Ceci donne des résultats spécialement lorsque les participants au groupe de formation sont déjà initiés aux méthodes systémiques d'intervention qui, d'une part, sensibilisent davantage les étudiants à la forme de pensée clinique, mais, d'autre part, leur permet de dissimuler.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

En général : un plus haut niveau d'individuation et de développement de la créativité. Plus spécifiquement : je m'efforce d'atteindre ces objectifs en recherchant et en amplifiant ce qui existe déjà comme capacités et comme limites chez les étudiants.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

L'erreur qui consiste « à se perdre » comme personne pour devenir un rôle (le thérapeute). Pour la surmonter, j'essai de faire en sorte que les étudiants oublient leur rôle de thérapeute et qu'ils voient leurs réactions face aux demandes de la famille avec des « yeux non psychiatriques ».

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le saut qualitatif consiste en un sentiment de libération qui correspond presque toujours à une phase antérieure de crise et de très forte tensions parallèlement au sens positif de la crise au niveau de la trans-

⁵ Istituto Terapia Familiare, Rome, Italie.

formation de la famille). Objectivement, le ou la thérapeute démontre sa capacité de « personnaliser » une ligne d'intervention thérapeutique et de l'adapter avec flexibilité, faisant preuve ainsi d'un bon niveau d'intégration entre son être et les outils qu'il utilise. C'est à ce moment qu'il réalise qu'il peut lui-même être un outil de changement. Pour mettre ceci en valeur, j'interviens d'abord sur les interactions du groupe à un niveau systémique ; plus tard, j'ai recours à une supervision directe et indirecte allant de pair avec des consultations.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Lorsque je m'attache à un groupe et que j'ai tendance à en faire un système autistique et gratifiant pour moi-même. Pour surmonter ce problème, lorsque j'y parviens, je quitte le groupe comme enseignant, et je vois des gens très sympathiques dans des pizzerias.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Il en va de même qu'en thérapie familiale : lorsqu'il me semble pouvoir être une référence pour chaque personne du groupe qui travaille moins ; c'est-à-dire lorsque je ne pense à rien et que je me sens encore avec eux.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Avoir traversé toutes les expériences possibles et imaginables.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Très souvent, les étudiants commencent une thérapie individuelle mais je crois que cela repose sur une ambiguïté de ma part : il ne m'a pas encore été possible d'instituer un traitement familial ou de groupe pour les étudiants (il est évident que le groupe thérapeutique ne doit pas être composé des mêmes membres que le groupe de formation

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

J'ai tendance à travailler au sein du groupe (mon idéal est un groupe possédant une histoire de travail commune) pour provoquer et faciliter de vrais changements dans les interactions entre les membres du groupe, ceux-ci constituant des exemples concrets de changement à un niveau systémique. Il existe toujours un parallélisme avec le processus familial, modèle constant de référence qui empêche une situation de formation de devenir une situation thérapeutique (bien que cette distinc-

tion ne soit pas claire). J'ai souvent tendance à rendre la théorie interactive et à théoriser sur les interactions.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Mon travail comme formateur au sein d'équipes opérationnelles. Je pense avoir appris au moins autant par mes expériences d'évolution en groupe que par le biais de sources officielles d'apprentissage. A présent, il me semble que je mélange beaucoup les deux.

Luigi CANCRINI ⁶

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

- a) les sentiments d'omnipotence chez le formateur et chez les étudiants ;
- b) le développement d'attitudes thérapeutiques commerciales, répétitives, automatiques.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

- a) le respect pour les problèmes des autres et leur style de communication ;
- b) une conscience claire des difficultés et des limites des manoeuvres thérapeutiques ;
- c) un amour chaleureux et vigoureux pour son propre travail ;
- d) le dépassement de tout besoin (ou rêve) de classification pour les gens ou la famille (à mon avis, nous ne sommes pas prêts dans notre travail pour de telles classifications qui ne pourraient être défendues) ;
- e) le développement d'attitudes d'intérêt informel et de respect à l'égard d'autres écoles et méthodes de psychothérapie ;
- f) le développement ou le renforcement de l'intérêt actif et personnel pour les sciences humaines et pour les disciplines humanistes.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour en venir à bout ?

⁶ Rome, Italie.

Voir question 1.

- a) l'intérêt pour des recherches de catamnèses à long terme auprès de familles soignées et non-soignées, auprès des individus, etc...
- b) une continuelle remise en cause de leur estime personnelle (davantage en termes d'évaluation « personnelle » plutôt que « thérapeutique »).

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour l'amplifier ?

- a) difficile à résumer : quelque chose de très différent d'une personne à l'autre, des changements dans ses propres attitudes qui peuvent être vérifiés à l'intérieur ou à l'extérieur des activités thérapeutiques ; une sorte de changement qui se produit doucement, qui s'avère important par la suite et qui rend l'utilisation passive antérieure des conseils donnés par le formateur ;
- b) je ne sais pas !

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

- a) des besoins pour un maternage prolongé ;
- b) comme antidote : l'intérêt pour d'autres sortes d'enfants et des activités « créatrices ».

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

- a) au début : le plaisir qu'entraîne la créativité originale de l'étudiant (ou contributions à mon travail) ;
- b) après quelques années : la conscience d'une (intéressante et vitale) relativité des sentiments, et opinions, à mon égard, concernant les psychothérapies et toutes les sortes de problèmes humains (la tolérance, pour citer Voltaire...).

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

- a) une famille possédant des talents ;
- b) des expériences « riches » et si possible variées dans les études, travail, etc... ;
- c) certaines expériences « dramatiques » d'opposition entre ses propres perspectives et celles d'autres ;
- d) un bon programme de formation (ou programmes) ;
- e) l'expérience ou des expériences d'activité thérapeutique dans des milieux ne convenant pas tout à fait (par exemple : Centres d'Hygiène Mentale, grands hopitaux, etc...) ;

- f) la participation aux groupes qui s'occupent de thérapie familiale (au niveau de la recherche) ;
- g) expérience personnelle, vivante.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Je ne sais pas, mais : les sculptures des familles d'étudiants sont très utiles au cours de la première phase de formation ; nombre de bons thérapeutes familiaux demandent un autre type de formation (spécialement une formation psychanalytique freudienne) lorsqu'ils atteignent le niveau de l'enseignement.

J'aimerais vraiment travailler en plusieurs fois, avec la famille de l'étudiant présente dans la pièce de formation et de supervision (physiquement ou psychologiquement). Je pense que des expériences croisées de psychothérapies de type psychanalytique ou systémique seraient très utiles aux personnes intéressées par la recherche.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Au début : de l'observation des faits à la technique, puis à la théorie : commençant, par exemple, à partir de la sculpture du système thérapeutique, vous pouvez utiliser les expériences directes des collègues, des étudiants pour faire comprendre au thérapeute ses attitudes, trop proches ou trop hostiles à l'égard de certains membres de la famille. A partir de ce fait, on peut discuter des divergences entre l'expérience subjective et le comportement réel de l'étudiant et des techniques qui sont utiles pour éviter des coalitions involontaires entre le thérapeute et les membres de la famille ; *Théoriquement* la discussion est facile à ce stade au sujet des différences entre le système familial et le système thérapeutique.

Par la suite : à partir de la technique et de ses effets à la théorie : commençant, par exemple, à partir de l'intervention du superviseur prenant la forme de prescriptions de comportement, étudiant ses effets (feedback en provenance des systèmes thérapeutiques et familiaux) et engageant une discussion théorique sur les interventions conscientes et inconscientes du thérapeute.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

- a) Etre constamment tranquille (c'est-à-dire que j'accepte le monde et ma vie tels qu'ils sont réellement) et en colère (c'est-à-

- dire que je n'accepte pas, ou pas complètement, le monde et ma vie tels qu'ils sont réellement) ;
- b) je ne puis décrire, je ne sais pas.

Philippe Von MARBEECK ⁷

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Il faut préciser d'abord que la formation aux entretiens familiaux dans le département n'est adressée qu'aux stagiaires médecins ou psychologues présents pendant deux ans dans le département, présence durant laquelle ils participent au travail clinique et théorique du service. La formation qu'ils acquièrent aux entretiens familiaux durant leur stage tente sans cesse d'éviter l'aboutissement c'est-à-dire la clôture de la formation. Nous essayons d'éviter le plus possible l'envie ou le besoin des stagiaires ou des formateurs de voir aboutir une formation, c'est-à-dire d'avoir atteint un stade où l'illusion d'une maîtrise, l'illusion d'un savoir-faire pourrait être acquise.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Le résultat le plus recherché dans la formation est l'acquisition de l'aisance, de la souplesse et de l'esprit d'invention. Il n'y a pas une bonne façon de mener ou d'animer l'entretien familial, il y a pour chaque stagiaire à trouver son style propre avec une envie de chercher continuellement dans une mise en cause des concepts théoriques acquis.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Le trait le plus frappant des stagiaires en formation est indiscutablement l'effort de maîtrise par rapport à la théorie. Ils gardent longtemps imaginativement l'espoir d'une théorie explicative qui permettrait une parfaite maîtrise de la clinique. Pour venir à bout de cette position classique de l'apprentissage, le formateur tente de témoigner davantage de son incompetence, des questions qui se posent à lui plutôt que de fournir des explications toutes faites.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

⁷ Centre Chapelle-aux-Champs, Université catholique de Louvain, Belgique.

Le progrès qualitatif que l'on peut repérer chez les stagiaires et tenter d'intensifier est l'art d'écouter sans préjuger, sans tactique pré-établie. Au fil des mois, on sent chez les stagiaires moins d'angoisse et donc une possibilité d'être tout à fait à l'écoute de ce que chaque famille amène de singulier sur son histoire à partir de quoi, dans une relance interprétative, le jeune thérapeute peut apprendre que le savoir thérapeutique, c'est la famille qui en dispose bien plus que le thérapeute.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

La tentation la plus grande pour le formateur est sans conteste la place du maître, c'est-à-dire l'envie d'expliquer, de rendre compte, de témoigner son savoir-faire et très souvent en comparaison ou aux dépens des autres formateurs ou des autres théories explicatives. Pour surmonter cette tentation ou cette pente facile, au fil des années, l'écoute des stagiaires eux-mêmes, des remarques qu'ils ont à faire, des critiques qu'ils portent sur leur formation, est la meilleure école pour le formateur lui-même montrant bien que la polémique théorique ou le désir de posséder la meilleure théorie n'a que très peu d'intérêt pour le jeune stagiaire et est par contre un défaut de jeunes formateurs.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Le progrès qualitatif que je peux déceler dans ma façon de former au fil des années est probablement une sorte d'humour sur la place même du formateur qui me permet un décalage entre cette place imaginaire pour moi et pour ceux que je forme comme étant une certaine analyse du transfert inévitable des stagiaires en formation sur le formateur.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Une formation idéale à la thérapie familiale me semble être une formation déficiente à une non-thérapie familiale. Il me semble essentiel de sensibiliser les stagiaires à la place illusoire de thérapeute de la famille. En animant avec eux progressivement, au cours de leur stage, des entretiens familiaux nous tentons de leur montrer que le meilleur projet thérapeutique pour une famille est celui de ne pas en avoir, c'est-à-dire de ne pas désirer à sa place une guérison construite d'après nos propres critères. Dans la souplesse dont en tente de témoigner dans l'écoute des familles et dans les modalités de rencontre avec celle-ci (entretiens croisés), nous essayons de sensibiliser le stagiaire à une éthique thérapeutique où l'important n'est pas tant la disparition d'un symptôme mais bel et bien le désir de l'éveil ou l'éveil du désir.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

La formation ainsi donnée, au cours de leur stage, enclenche très souvent chez les stagiaires l'envie d'une supervision, d'un contrôle ou d'une psychanalyse personnelle.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.)

Dans cette formation, tout part de la clinique pour aller ensuite vers la théorie. Afin d'éviter que la théorie ne serve de fiction, c'est à la questionner sans cesse à partir de la clinique et de ses échecs que nous restons très vigilants. Nous nous occupons surtout de l'adolescent et des jeunes adultes en crise au sein de leur famille ; nous essayons dans les théories multiples actuelles systémiques et psychanalytiques de retrouver des concepts éclairants pour la pratique clinique à laquelle nous ne cessons jamais de les mettre à l'épreuve.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Le point central du travail est pour nous ce que l'on tente d'appeler la clinique des signifiants. Dans le décalage entre l'énoncé et l'énonciation ce n'est pas tant au contenu plein de sens ou de non-sens que nous sommes attentifs mais bien plus dans le discours au signifiant qui insiste, ce qui semble pour nous permettre une ouverture vers les non-dits et les secrets inter-générationnels, ceux qui sécrètent tant de symptômes par leur insistance. Se décaler du regard à l'écoute nous semble fonder une éthique clinique essentielle, renonçant à la maîtrise magique que permet l'enregistrement ou la vidéo, et de n'être plus attentif qu'à ce que le clinicien-stagiaire-formateur a pu entendre dans le discours familial, lui permettant par là d'interpréter non pas le transfert mais dans le transfert de la famille à son égard. L'issue de ce travail clinique est imprévisible, mais aussi très classiquement les symptômes se déplacent et l'adolescent en souffrance semble s'en tirer rapidement, permettant qu'émerge une demande de la famille chez les parents ou chez un autre membre de la fratrie.

Mony ELKAIM ⁸

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

⁸ Institut d'études de la famille et des systèmes humains, Bruxelles, Belgique.

et

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

La thérapie n'a pas à voir seulement avec les grilles explicatives qui sous-tendent l'intervention du thérapeute. Le changement nécessite aussi l'amplification d'assemblages de singularités appartenant aussi bien au thérapeute qu'à la famille. Ces assemblages se constituent par devers les protagonistes du système. Comment aider les étudiants à découvrir en eux des possibilités de « flotter », de se laisser aller à créer ce qui fait un style propre ? Comment créer un contexte qui permette l'apparition chez l'étudiant de ce qui est intransmissible ?

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Mes étudiants s'imaginent qu'ils peuvent apprendre quelque chose de moi.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Découvrir que la psychothérapie n'a pas à faire avec le réel mais avec la manière dont on le reconstruit ; qu'un modèle quel que soit son intérêt n'est là que comme tremplin.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

En faire trop.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Cesser d'en faire trop.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Avoir un piètre formateur, être un étudiant exigeant.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Dans la mesure où l'étudiant fait partie intégrante du système thérapeutique et où ce qu'il décrit résulte de la sculpture mutuelle entre la famille et/ou l'institution et lui, la supervision ne peut que le questionner. Il arrive que cela le mène à une analyse ou à une psychothérapie. Il n'en devient pas pour autant moins bon.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Les formations que j'anime sont essentiellement pratiques, elles sont donc éminemment théoriques.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Etre capable de rencontrer *en même temps* les deux niveaux de la double contrainte. Etre capable de mêler chaleur et humour.

Siegi HIRSCH

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Ce qui me préoccupe le plus c'est d'arriver à ce que les étudiants aient une vue assez large au niveau du travail avec les familles. Qu'ils ne tombent pas dans une rigidité voire une facilité en employant des formules théorique ou des techniques sans tenir compte suffisamment de l'impact que cela peut avoir sur la famille. Ma préoccupation essentielle se centre sur la spontanéité et la créativité personnelle et scientifique qui doivent permettre aux étudiants de profiter de tous les apports de cette matière pour trouver une voie personnelle et professionnelle. En outre, il est important qu'ils gardent une ouverture d'esprit et qu'ils n'aient pas de modèle rigide. Je pense qu'il faut éviter que les étudiants vous placent en maître exclusif et qu'ils instaurent une relation de dépendance rigide qui les bloquerait dans leur évolution. Il est crucial de ne pas se laisser aller au plaisir d'être le maître de l'étudiant qui n'a d'autre choix que d'être l'étudiant du maître.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Je souhaite deux choses : premièrement, qu'ils prennent un plaisir réel à jouer avec la pensée systémique (faire des hypothèses,...) ; deuxièmement, qu'ils puissent arrêter ce jeu théorique au moment nécessaire pour le traduire en intervention pratique. Il s'agit de passer de la phase spéculative à la phase active et vice-versa, le plaisir d'être actif ne doit pas empêcher le plaisir intellectuel. La famille provoque parfois un tel plaisir de l'action que tout le côté intellectuel se voit balayé.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

L'erreur fondamentale est de se laisser aller à ce pur jeu intellectuel sans pouvoir le rendre opérationnel ou de faire des interventions sans pouvoir en donner un modèle explicatif intellectuel.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le passage où ils arrêtent de se centrer sur un individu et son symptôme pour mettre l'accent sur la circularité du système.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Si un(e) de mes étudiant(es) me pose la bonne question, je me passionne pour la question et j'oublie la dynamique de groupe. Je nomme un maître du temps qui est prié de m'arrêter si je dépasse un temps donné ainsi qu'un gardien de mémoire qui m'empêche de me répéter. Cela ne veut pas dire que je les respecte toujours.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Il arrive qu'une interaction spécifique entre un étudiant ou l'ensemble du groupe (six personnes maximum) et moi-même crée une situation imprévue qui fait que je me trouve différent. Je suis soumis aux émotions de la même manière par rapport à un groupe de formation que par rapport à une famille.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Je ne sais pas. Il faut un cadre qui vous aide à ne pas être technicien mais thérapeute c'est-à-dire quelqu'un qui tient compte de ses émotions et de celles des autres.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Les trois quarts de mes étudiants ont déjà fait une thérapie individuelle ou sont en analyse. L'autre partie, au courant de la formation, décide de faire une analyse individuelle, de couple ou familiale.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

De la pratique à la théorie. Mes groupes de formation sont constitués de six personnes dont trois s'occupent du circuit adulte et les trois autres du circuit enfant. Parmi ces deux sous-groupes, il y en a qui travaillent en milieu hospitalier et d'autres en milieu ouvert. Il est important que les informations circulent chez les étudiants. Je pense qu'il est

essentiel d'être confronté existentiellement. Dès la première séance, je leur demande de parler d'un cas. C'est à partir de là que je fais la thérapie. Ils ne doivent pas nécessairement, au début, voir un couple ou une famille mais ils doivent pouvoir relater des interactions entre les membres d'un système familial ou institutionnel.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Qu'ils aient le sens de l'humour.

Théo COMPERNOLLE ⁹

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

et

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Je suis le plus concerné par *l'efficacité* de l'étudiant en tant que thérapeute. Ceci évidemment est étroitement lié à mon efficacité comme formateur. Par efficacité, j'entends la manière la plus rapide de modifier la façon dont fonctionne la famille afin de faire disparaître le symptôme. L'efficacité se situe au niveau de l'invention de stratégies et au niveau de leur application.

Au niveau de l'élaboration de la stratégie, ma préoccupation majeure est d'ajuster la stratégie à la famille au lieu du contraire (ce qui se produit habituellement ?). Le thérapeute (l'étudiant) doit développer un large répertoire d'aptitudes et de méthodes (thérapies du comportement, thérapies de famille, hypnose, thérapies centrées sur le client) afin de rendre ses stratégies adéquates au problème et à la famille. Il/elle doit aussi apprendre à utiliser la grande variété de talents manipulatifs qu'il/elle utilise spontanément dans la vie quotidienne mais n'utilise pas (parce que non apprise ?) en thérapie.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Dernièrement, à cause de la formation que le psychologue acquiert dans cette partie du pays, l'erreur principale chez les étudiants-psychologues est l'idée qu'un thérapeute doit agir directement sur l'enfant pour résoudre les problèmes psychiatriques de l'enfance. On leur a enseigné à être centrés sur l'enfant, à être des sauveurs d'enfants, et ils ont, en fait,

⁹ Institute for System oriented Therapies, Louvain, Belgique.

des difficultés majeures à accepter qu'aider toute une famille est une meilleure façon d'aider l'enfant. Leur opinion se base sur une armature psychanalytique très conservatrice (souvent mal comprise), qui prend une hypothèse psychodynamique pour la réalité, généralisant à partir d'un seul cas à la classe des cas similaires (par exemples, l'opinion que l'énurésie signifie toujours une agression vis-à-vis de la mère et donc doit être traitée par des mois de thérapie de jeu).

La discussion de ces problèmes devient presque toujours idéologique, d'autant plus que les bons résultats rapides de la thérapie familiale sont disqualifiés comme n'étant pas vraiment « des changements en profondeur » et que « lorsqu'il n'existe pas de symptôme évident de substitution, il doit exister un prix caché ».

Une autre erreur dans ce contexte est l'idée que par définition, une thérapie brève ne peut être une bonne thérapie. Étant donné que l'on ne peut atteindre ces personnes au niveau de la théorie et étant donné qu'elles sont immunisées quant aux effets de bons résultats, l'enseignement devient très difficile, ceci d'autant plus que pour certaines d'entre elles l'incapacité de se prononcer en faveur de la famille est étroitement liée au développement de leurs problèmes d'adolescence, partiellement ou mal résolus.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le saut allant de l'individuel au système, et du passé (causalité linéaire) au présent (transactions actuelles). Tout ce à quoi je puis penser à n'importe quel moment, et si j'estime que l'étudiant possède de bonnes ou de grandes possibilités, j'y consacre toute ma personnalité.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Être impatient. Me ronger les ongles.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Le fait d'enseigner à d'autres améliore ma propre thérapie. Cela me maintient créatif et en état d'alerte, spécialement grâce au miroir sans tain et à la vidéo qui m'obligent à mettre en acte ce que je prêche.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

- a) *Un quart de thérapie familiale structurale* — Ceci me semble être le cadre idéal de référence pour commencer. Idéal parce que primo simple, secundo non-exclusif, tertio accordant autant d'attention à la famille qu'au thérapeute. Spécialement le fait

que l'expérience est importante. Moi-même, j'aime la façon dont je puis (ainsi que d'autres) dresser une carte de la famille d'une façon structurée et *intégrer d'autres méthodes et techniques dans ce cadre structuré*. Il s'agit d'un rêve du point de vue didactique.

- b) *Un quart « Whitaker » ou approche « expérientielle »* pour détendre le thérapeute, lui faire sentir que la thérapie fait partie de nos vies, ainsi que pour étendre leur comportement au delà des limites de la vie de tous les jours et les rendre audacieux.
- c) *Un quart d'approche stratégique (et d'hypnose)* afin d'apprendre à s'occuper des résistances (ou mieux d'apprendre à ne pas tirer au clair la résistance) et d'apprendre à développer des paradoxes, épreuves et toutes autres techniques Ericksoniennes.
- d) *Un quart de thérapie du comportement* spécialement lorsqu'on traite des problèmes psychiatriques de l'enfance, afin d'être à même de fournir des avis pragmatiques efficaces et utiles aux parents des enfants qui n'apprennent rien de la grande variété de méthodes d'enseignement pour enfants.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

La thérapie personnelle est aussi indiquée pour un thérapeute familial que le fait d'être opéré pour devenir un bon chirurgien. Une bonne formation accompagnée d'une supervision à porter de familles a toujours un impact sur la vie personnelle de la personne qui l'entend. Par ailleurs, la plupart des thérapies personnelles ont un effet négligeable sur le comportement thérapeutique de l'étudiant. Par contre, cela centre les thérapeutes davantage sur eux-mêmes et les rend trop conscients de celle-ci. La thérapie personnelle (à moins d'être indiquée pour des raisons thérapeutiques) constitue un obstacle pour le thérapeute. D'autant plus que je ne puis attendre deux ou trois ans pour voir se réaliser les changements nécessaires alors qu'il (le thérapeute) s'engage sur des voies stupides à l'heure actuelle.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Un processus dialectique continu à partir de la théorie. J'aime fournir un cadre théorique simple et clair (Systèmes et thérapie familiale structurée) comme un acquis, une base à partir de laquelle commencer et acquérir une certaine confiance vis-à-vis de la thérapie. Cependant, chaque énoncé théorique est immédiatement relié à la pratique thérapeutique de tous les jours (au besoin par l'utilisation de jeu de rôles et de

bandes vidéo didactiques). Après environ cinq séances théoriques, nous commençons la thérapie d'une famille sous supervision en groupe. La théorie dépend de ce qui survient au cours de la thérapie.

John BYNG HALL ¹⁰

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Le postulat qui dit qu'il existe une façon correcte de réaliser la thérapie familiale et que le formateur (et l'étudiant) ont découvert cette façon correcte. Une telle idéalisation conduit à un blocage précoce et rapide vis-à-vis de ce que l'on pourrait apprendre.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Chaque étudiant devrait acquérir les outils de travail nécessaires pour progresser dans son développement en tant que thérapeute. A cette fin, il ou elle doit posséder une vue claire des principaux schémas conceptuels de cette discipline, ainsi qu'une connaissance de travail approfondie du modèle qu'il utilise d'habitude. Il doit s'identifier aux maîtres qui remettent en question constamment, étendent et repensent leurs propres positions. Il devrait savoir évaluer l'effet de ses interventions afin d'être à même de modifier sa technique pour que celle-ci devienne plus efficace.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Convenir trop vite d'une façon de travailler afin d'éviter l'incertitude. Je discute avec les étudiants pour savoir de quelle manière ils s'attendent à se sentir embrouillés et momentanément disqualifiés, et estime ceci une expérience créative. Je dirige un séminaire dont le thème est : « comment l'identité d'un thérapeute familial se développe au cours de nombreuses années », illustrant ceci par une description de mon propre développement. J'élabore avec eux un profil qui comprend leurs expériences de formation professionnelle, leur propre famille et l'expérience de n'importe quelle thérapie personnelle.

Ceci leur permet de réfléchir, pendant ou après la formation, à l'expérience qui aboutirait à faire des thérapeutes complets. Il en résulte un contexte où le fait de ne pas connaître les réponses dès à présent sem-

¹⁰ The Tavistock Clinic, Londres, Angleterre.

ble indiqué. Je leur apporte aussi une structure suffisante par une supervision réalisée au moyen d'un écouteur, ceci afin qu'ils réussissent la thérapie pendant cette période.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le saut qualitatif que je constate en début de formation est une compréhension subite de la famille comme système. Vers la fin de la thérapie, les étudiants découvrent soudain qu'ils sont à même de trouver leurs propres solutions pour leur thérapie sans qu'on leur dise ce qu'il faut faire.

J'enseigne une approche systémique pour chaque élément de la formation dès son début afin de réaliser le premier saut. Le second saut provient d'une réduction progressive de la supervision donnée sous la forme d'instructions par écouteurs pour faire place à des discussions au cours desquelles je demande aux étudiants ce qu'ils ont l'intention de faire et je leur laisse découvrir si cela marche ou non.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

J'ai tendance à sous-évaluer mon propre modèle de thérapie en enseignant les idées d'autres plutôt que les miennes. Ceci n'aide évidemment pas les étudiants ni à apprendre de moi-même, ni à apprendre que leur propre thérapie est ce qu'il y a de plus important et non pas celle d'autrui. Pour l'année prochaine, j'ai placé quelques séances de mon travail au coeur du programme afin que chacun soit obligé de s'y référer (et que je ne puisse éviter d'enseigner mes propres idées).

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

J'ai expérimenté plusieurs étapes dans l'élaboration de ma confiance en moi-même comme enseignant. Ceci résulte généralement en moins d'enseignement donné aux étudiants car je puis maintenant leur faire davantage confiance pour trouver leurs propres solutions, et aussi en plus de confiance dans mes aptitudes à les aider s'il leur arrive de se trouver en difficulté. De cette façon, il m'est possible de prendre davantage de risques et mes étudiants, eux, deviennent plus créatifs.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Je ne comprends pas cette question.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

J'effectue un génogramme avec tous mes étudiants, et comme j'en ai déjà parlé à la question 3, je parle de la thérapie personnelle dans le cadre d'un séminaire. Ainsi les étudiants apprennent le type de thérapie poursuivie par le reste du groupe. Ceci crée une atmosphère qui permet aux étudiants de parler de leur projet, d'entreprendre une thérapie personnelle lorsqu'ils sont seuls avec moi. J'encourage une sorte d'expérience thérapeutique mais leur laisse en définir la forme, c'est-à-dire psychanalyse, analyse de groupe, thérapie de couple ou thérapie familiale. J'en discute les indications. Mes étudiants ont choisi soit une de ces différentes formes de thérapie, soit aucune d'entre elles.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Je le réalise des deux façons, en en faisant un cercle. La supervision avec une famille s'achemine de la technique à la théorie et je fais aussi une démonstration de mon travail, discutant pourquoi j'ai fait ce que j'ai fait après chaque séance. Les étudiants ont également un séminaire de lecture qui est, si possible, rattaché à des exemples sur bande vidéo, s'acheminant alors directement de la théorie à la technique. Le cas échéant, ils écrivent une dissertation au cours de leur deuxième année en faisant des commentaires théoriques au sujet de leur propre thérapie.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Je répèterai que mon but fondamental est d'augmenter la capacité de mes étudiants à résoudre des problèmes. Ceci va de pair avec une bonne thérapie familiale.

Philippe CAILLE ¹¹

Une provocation, ce questionnaire. Je ne peux placer mon expérience dans le cadre en apparence banal de ces dix questions. Y a-t-il un piège, et où ?

Chaque question prise isolément peut passer pour objective, voire neutre. L'ensemble introduit le concept-clef d'une idée de la formation sur lequel nous nous accorderions, tout en nous singularisant par certaines options théoriques ou pratiques.

Quel est ce concept-clef ? D'où vient un tel consensus ? Partageons-nous le mythe de la formation qui hiérarchise jusque dans la typographie maître et élève, Trainer-Trainee ? Croyons-nous à deux par-

¹¹ Oslo, Norvège.

cours parallèles pour ces deux impliqués avec, pour chacun, l'aberration et le « saut qualitatif » de choix ? Et la formation idéale, idéale pour qui, pour quoi, dans quel contexte ? Sommes-nous en passe de devenir prisonniers du langage et des stéréotypes culturels ? Notre enseignement devient-il un parcours académique qui ne remet plus rien en cause et ne dérange personne ? C'est le cas si nous n'utilisons notre approche épistémologique que sur les autres, pas sur nos propres structures. Notre apport peut vite n'être qu'un jargon et une technique.

Qui formons-nous ? Le plus souvent des gens piégés, des gens qui voudraient bien intervenir de façon efficace, mais en sont empêchés par leur place dans un contexte culturel et politique. Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et autres... S'ils ne dérangent pas le jeu, ils sont les professionnels de l'assistance, les garants du non-changement. S'ils dénoncent leur identité professionnelle, ils sortent du jeu.

Nous espérons en faire des « opérateurs sociaux », gens qui utilisent une autorité professionnelle légitime pour agir sur les contextes qui amènent la famille à consulter et qui influencent les thérapeutes. L'objectif est également d'apprendre à bousculer les prémisses, surtout celles qui vous conditionnent.

La formation n'est pas un entraînement à la guérilla. Le formateur n'est pas expert-stratège.

Il s'agit plutôt de guider un parcours intérieur où l'opérateur social reformule son identité professionnelle à travers une lecture « autre » des contextes d'action.

Parcours individuel, car le formateur doit tenir compte des « idiosyncrasies » des expériences, des vitesses propres. Parcours difficile, car les enlèvements sont inévitables et la maîtrise toujours partielle. Parcours aussi commun, car candidat et formateur représentent un défi l'un pour l'autre. La logique de notre épistémologie doit vivre dans la formation. Si le candidat est substance malléable à laquelle le formateur transmet un certain savoir-faire, un style, comme dans le compagnonnage, l'opérateur social « formera » à son tour la famille en tentant de la modeler à sa guise.

La formation systémique implique, selon nous, une rénovation totale du terme. L'opérateur social ne sera pas une copie plus ou moins fidèle du formateur. Il aura fait avec le formateur la découverte des possibilités multiples des systèmes, aussi bien de ceux sur lesquels on intervient que de ceux auxquels on appartient. Il apprendra à connaître la possibilité de lecture multiple des structures avec comme conséquence le choix des ponctuations et des redéfinitions. Le formateur doit moins être un phare qui indique la direction à suivre qu'un prisme qui spalte la lumière en une gamme de couleurs, introduisant des options multiples au sein d'une situation apparemment bloquée.

Miroir sans tain et interphone permettent une expérience en commun d'une situation. Cela ne doit pas favoriser une fusion fonctionnelle où le formateur traite par personne interposée. L'opérateur social doit avoir l'opportunité de choisir, avec l'aide du formateur, l'hypothèse selon laquelle il tentera de structurer la situation

Faire en formation l'expérience de l'enlissement et du désenlissement. Autrement, ne s'établit que l'illusion dangereuse de la maîtrise totale à laquelle on ne participe que par personne interposée, donc sans possibilité de correction. L'efficacité reste magiquement liée à l'image mémorisée, fragmentaire et probablement périmée, du formateur. La soumission à des stéréotypies favorise peu la lecture libre des contextes, encore moins le développement de solutions originales. Le schéma pédagogique classique de la transmission du savoir-faire est antinomique à une formation qui veut être systémique. Du questionnaire surgit une réponse en forme d'invitation à un débat. Si la formation systémique est par essence un « évènement » ouvert, non codifiable qu'il faut traiter selon une optique systémique, quel minimum de structure pouvons-nous donner à la formation ?

Si la formation systémique implique une remise en question d'une identité professionnelle, devrait-on en être prévenu avant de commencer une formation ? Enfin comment la formation systémique peut-elle se remettre continuellement en question elle-même de par son propre fondement théorique afin d'éviter de s'institutionnaliser et comporter de ce fait une contradiction interne ?

Kitty LAPERRIERE ¹²

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

J'aime trouver chez mes étudiants un mélange de curiosité, de réflexion et d'action. Je suis parfois surprise par un manque de perspective, c'est-à-dire comprendre que ses propres vues ne sont pas nécessairement partagées par d'autres. Au sein des familles, les décisions sont prises sans le savoir, par exemple des règles de structure sont appliquées sans penser au contexte culturel, etc... Par ailleurs, j'essaie d'éviter la panique face aux difficultés, le sentiment paralysant de ne pouvoir rien faire.

Je lutte contre l'impatience que je rencontre en moi-même et contre le manque d'intérêt (peut-être un phénomène de lassitude). Je

¹² Ackerman Institute, New York, Etats-Unis.

souhaite aussi rencontrer davantage d'imagination et un meilleur sens du jeu, d'une part, et du détail organisé, d'autre part.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ?
(Quel est le résultat le plus recherché ?).

Je désire avoir des étudiants confiants dans leurs aptitudes et conscients de leurs limites afin qu'ils puissent si nécessaire demander une consultation. Je souhaite des gens à l'esprit ouvert et qui s'abstiennent de juger. Des personnes capables de mener de front la curiosité intellectuelle avec la conscience de soi-même (ce qui les aide à faire preuve d'empathie avec les patients, ce qui à mon sens est important). Je crois même à une présence qui guérit. C'est-à-dire que certaines personnes sont capables de prêter suffisamment d'attention aux autres et à la manière dont ils réagissent, ce qui permet à de nouvelles expériences de se produire plus facilement.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour en venir à bout ?

Les étudiants recherchent souvent la réponse, la solution de facilité, la règle dictée. Je m'efforce d'encourager la tolérance face à l'ambiguïté et la confiance dans le fait qu'il est possible de pouvoir trouver sa propre voie.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour l'amplifier ?

L'agrément de prendre en charge une thérapie se révèle soudain. Celui de se sentir à l'aise en menant les séances, même lorsque tout n'est pas clair. Le sentiment que l'on possède des ressources. Je m'efforce d'encourager à chercher sa propre voie, ses propres formulations, ses propres solutions. Une rencontre entre l'affect et l'intellect.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Je parle trop, je fournis trop de réponses. Je ne possède pas suffisamment de patience et je ne pose pas assez souvent des questions. Je n'invente pas suffisamment d'exercices.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

J'apprends à dominer plus d'anxiété et d'impatience, ainsi qu'à interférer moins et à observer davantage. C'est toujours payant.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Idéalement, un thérapeute doit s'être familiarisé avec une variété de systèmes : familial, intrapsychique, social. Il est recommandé d'avoir des connaissances historiques, économiques, anthropologiques, et probablement certaines au sujet du corps. J'ai un préjugé favorable à l'égard des gens éduqués ; tant mieux pour les vues les plus larges spécialement face à la thérapie familiale : connaître le domaine et son bref historique, savoir en quoi consistent les théories, connaître le développement de la vie y compris l'enfance et la gériatrie, connaître quelque peu la thérapie sexuelle. Évidemment, on acquiert une grande partie de cela au cours de sa vie professionnelle. Il faut avoir beaucoup d'expériences du traitement des familles et beaucoup de supervisions avec différents superviseurs. L'expérience de l'apprentissage de groupe est importante. Les entrevues individuelles constituent aussi un art qui aide en général.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Je croyais jadis que quelqu'un était meilleur thérapeute s'il s'était engagé dans une thérapie personnelle, préférablement individuelle ou familiale, avec sérieux et réflexion. Mon expérience ne m'a aucunement fait changer d'avis.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Toujours de l'un à l'autre et du second au premier. J'y inclus également l'expérience de l'apprentissage personnel.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

La formation de personnes intéressées à découvrir.

Peggy PAPP¹³

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Ce qui me préoccupe le plus, c'est que mes étudiants puissent utiliser mes idées de façon improductive, ou d'une façon qui manquerait de respect pour la famille... qu'ils en comprennent la forme, mais pas nécessairement les idées et le sens qui les sous-tendent. Ceci s'avère particulièrement vrai lorsqu'on essaie d'utiliser des interventions paradoxales.

¹³ Ackerman Institute, New York, Etats-Unis.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Que les étudiants utilisent mes idées comme point de départ et à partir de là deviennent plus créatifs, chacun à sa façon... qu'ils aillent plus loin que moi en élaborant à partir de mes propres idées.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

- a) Le fait de penser de façon individuelle plutôt que systématique ou d'essayer d'intervenir sans hypothèse claire et certaine.
- b) De relever leurs erreurs au fur et à mesure qu'ils les commettent.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Cela dépend de leur expérience avant de commencer la formation. Pour certains, le saut qualitatif est de passer d'une pensée individuelle à une pensée systémique. Pour d'autres, c'est peut-être le fait d'acquiescer suffisamment de confiance en soi pour s'exprimer de façon créative. Je mets ceci en valeur en limitant l'anxiété et en apportant beaucoup de soutien. Je m'efforce de créer au sein du groupe de formation une atmosphère propice à apprendre... où s'épanouissent la camaraderie, l'humour et l'enthousiasme.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Il m'arrive de ne pas comprendre d'où vient l'étudiant du point de vue théorique... de ne pas comprendre ce qui se trouve en travers de son chemin. Je crois parfois à tort qu'ils comprennent des choses qui me paraissent évidentes. Je me répète continuellement qu'il est important d'énoncer maintes fois ce qui me paraît aller de soi.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Développer une conscience des attitudes de l'étudiant et y être sensible.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Je ne comprends pas la question.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Les étudiants décident souvent d'entreprendre une thérapie de couple ou familiale pour eux-mêmes et leur famille au cours de la formation. En général, ils s'adressent à une personne de l'Institut.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Les deux vont de pair. Nous voyons d'abord la famille, puis lors d'une supervision, nous formons une hypothèse et des projets d'intervention basés sur une construction théorique. Mais nous ne permettons jamais à la théorie de se séparer de la pratique. Je refuse de superviser un cas sans que la famille soit là ou sans en avoir une séance vidéo. Je ne veux discuter théorie qu'à partir du matériel vivant.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.).

Quelle que soit l'approche enseignée, il est d'importance primordiale que le formateur transmette à ses étudiants une véritable jubilation et un véritable enthousiasme pour le travail. Le formateur est responsable du maintien d'un haut niveau d'intérêt et d'implication du groupe de formation.

Lynn HOFFMANN ¹⁴

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Substituer « l'enseignement » au « programme de formation ». Je donne quelques séminaires ainsi que des supervisions mais aucune tentative sérieuse d'éducation à moins que vous ne considériez l'ensemble de mon travail : écrits, ateliers réseaux, ainsi qu'un essai de formation d'équipes, quand et lorsque cela est possible.

Ce que je désire éviter (pour moi-même et pour les étudiants), c'est la crainte de ne pouvoir être à la hauteur. Il n'existe pas d'erreur, simplement des essais répétés plusieurs fois sans succès. Et si on réagit positivement vis-à-vis de sa propre famille, on répète le processus avec des étudiants ou avec les personnes qui participent à des ateliers.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Que les gens réussissent à avoir ce que j'appelle « un esprit systémique ».

¹⁴ The Amherst Family Study Center, Massachusetts, Etats-Unis.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour en venir à bout ?

Il existe une confusion concernant la pensée et la pratique des écoles familiale de théra (qui s'avère être généralement une confusion entre une version psychodynamique de la thérapie familiale et une approche systémique). Mais je ne dis pas aux gens de la surmonter. Je prétends que rien ne leur paraîtra avoir du sens s'ils ne se sentent pas embrouillés.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour l'amplifier ?

Le plaisir de « voir » les pièces d'un puzzle s'assembler... soudain, l'on aperçoit un tableau. Cet événement se renforce de lui-même et si j'essayais de l'accentuer, j'entamerais, quelque peu son crédit, au détriment des familles, et au détriment des étudiants.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

- a) Impossibilité de codifier ma « façon de faire ».
- b) Continuer à essayer — ce qui entraîne évidemment des codifications supplémentaires, et ainsi de suite. J'ai l'impression d'être un arbre à décisions sans fin.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Travailler avec une équipe à partir d'une position plutôt que d'un statut, d'un niveau d'expérience déterminant le rôle à assumer à n'importe quel moment. Ainsi une seule personne peut modifier la situation ; derrière l'écran, à l'avant-plan, observant ceux qui observent, etc... Les frontières priment sur les hiérarchies — l'échelle peut être mise sur le côté.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Je fais un va-et-vient entre ce qui est spécifique et abstrait, à partir de la construction de la théorie vers le jeu expérimental. La théorie évolue en tandem avec un matériel humain intraitable qu'inafailliblement elle ne peut expliquer.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Les gens ne sont pas amenés à réaliser une thérapie personnelle à partir de cette approche (style école de Milan). Les soi-disants pro-

blèmes de contre-transferts sont régulés tant par l'équipe que par la famille. Je n'interprète pas les difficultés rencontrées avec une famille en termes du passé du thérapeute, ce qui ne peut que créer des résistances chez lui (ou chez elle), ou causer des avalements. Ce serait encore une fois se prêter au modèle psychodynamique individuel de formation.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Pas répondu.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

J'utilise deux formes de types logiques différents : la formule « instrumentale » appartient à certains mouvements spécifiques ou à des idées linéaires concernant la cause ou les relations thérapeute/famille ; les formules « non-instrumentales » appartiennent à une instance philosophique globale qui indique que le fait de s'efforcer d'imposer une solution se révèle être le problème, non seulement pour la famille mais également pour le thérapeute. Ces deux niveaux sont nécessaires, mais il y a une nuance à observer lorsqu'on travaille à un niveau ou à un autre. Je m'efforce d'éviter un langage et des analogies en termes d'adversaires lorsque je décris un travail familial et thérapeutique.

Carlos E. SLUZKI ¹⁵

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

Ma préoccupation principale : que les étudiants ne deviennent des fétichistes de la technique, distants et déshumanisés.

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

Je désire faire apparaître chez les étudiants en même temps la créativité et la responsabilité.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

L'illusion la plus fréquente : la croyance qu'il n'existe qu'une réalité ; également qu'ils confondent leurs propres valeurs (d'étudiants)

¹⁵ Berkshire Medical Center, Massachussets, Etats-Unis.

avec l'éventualité d'une valeur qui peut survenir. Comment la surmonter : en gardant ces problèmes constamment à l'oeil au cours de la formation et de la supervision.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour l'amplifier ?

Saut qualitatif : la libération soudaine d'une pensée qui s'attachait au « que faire » (ce saut est évidemment réalisé rétrospectivement plutôt qu'expérimenté au moment même). Comment le souligner : en pensant beaucoup à ce qu'ils font, par exemple en étudiant systématiquement de façon micro-analytique les bandes vidéo de leurs séances et de la supervision simultanée de ces séances.

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Mon erreur en tant que formateur : devenir impatient et enseigner au lieu de leur permettre de parvenir à des conclusions personnelles au moyen d'un processus d'induction.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

Mon saut qualitatif : lorsque je suis capable de travailler avec le groupe de formation en tant que système.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Pas répondu.

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

La thérapie des étudiants : elle n'est ni attendue, ni recommandée. Une présentation « d'orientation familiale » au début, risque cependant parfois de toucher à des problèmes reliés à la famille, et la supervision découvre souvent des points de blocage répétés. On en traite dans le cadre du contrat de supervision, soigneusement différencié de celui de la thérapie.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Ma tendance est d'aller de la théorie vers les techniques, mais la plupart des étudiants (aux Etats-Unis) ont tendance à choisir la technique plutôt que la théorie. Le flottement qui en résulte est inévitable et, à l'occasion, conflictuel.

Y a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

Les étudiants recherchent des certitudes. Je m'efforce de leur enseigner de tolérer (et même prendre du plaisir à) l'ambiguïté et l'incertitude. Ils recherchent des frontières. J'essaie de leur procurer (épistémologiquement parlant) la liberté.

Carl WHITAKER¹⁶
David KEITH¹⁷

(Transcription d'un enregistrement)

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus quant aux résultats de votre programme de formation ? (qu'essayez-vous le plus d'éviter, de neutraliser et de surmonter chez vos étudiants et/ou en vous-même ?).

David Keith : La crainte de développer excessivement l'approche : « Je peux tout faire » sans prendre, en même temps, davantage les choses à coeur, sans être suffisamment concerné par les gens. Mon souci est qu'ils ne deviennent pas uniquement des techniciens.

Carl Whitaker : Je pense que nous soutenons l'ensemble de la famille et, dans ce cas, nous devons d'une manière ou d'une autre, faire prendre conscience à l'étudiant de la puissance de ce groupe et du danger qu'il y a à être enfermé en son sein. Vous disiez au sujet de Jack Baley ?

David Keith : Oui. Un des premiers cas de Jack Baley était le suivant : il a reçu une famille terriblement puissante et lorsqu'ils sont revenus huit ans après, il n'a pas eu envie de les recevoir. Il me les a envoyés parce qu'il se disait prisonnier de la mère. Il était comme un frère dans la famille, le beau-frère du père ; donc le rival sexuel du père. Il me les a envoyés mais je suis parvenu à ce qu'il les reprenne en charge... tout a très bien marché, maintenant il a huit ans d'expérience en plus.

Carl Whitaker : Oui. Je me demande si cela a également quelque chose à voir avec l'organisation des systèmes vivants et pensants ? L'autre jour, j'ai justement eu une expérience avec un résident, Wilson,

¹⁶ Professeur de psychiatrie, Ecole de médecine de l'Université de Wisconsin, Etats-Unis. Auteur de nombreux ouvrages dont « Le creuset familial » (avec A. Napier). Laffont, Paris, 1980.

¹⁷ De l'Ecole de médecine de l'Université du Wisconsin, Etats-Unis. Il a écrit un certain nombre d'articles avec Carl Whitaker (entre autres : « The Divorce Labyrinth » in « Family Therapy, full length case studies » P. Papp Ed., Gardner Press, 1977 et « Symbolic Experiential Family Therapy » in « Handbook of Family Therapy », A.S. Gurman and D.P. Knisbarn, Ed., Brunner Mazel, 1981).

qui a amené une famille qu'il avait commencé à voir et j'ai passé l'heure entière à empêcher les membres de la famille de parler en termes individuels. Tous étaient obligés de parler en termes de système. J'ai eu le sentiment, par après, que c'était dommage que je n'aie pas enregistré cela en vidéo parce que c'était le genre de matériel que je souhaite et que je recherche. Mais je pense qu'il est très difficile pour les résidents de voir le système comme étant plus important. Il est tellement simple de relever une pathologie individuelle, il est tellement facile de se référer à des données historiques.

David Keith : Il y a une autre chose contre laquelle je bute. Un bon exemple s'est présenté au cours d'une visite de psychologues. L'un d'entre eux a dit : « Mais vous enseignez tout de même aux gens ce qui a trait à l'individuel, n'est-ce pas ? ». Comme si...

Carl Whitaker : Sans cela, il ne savait pas de quoi vous parliez ?

David Keith : Oui, et il craignait que la formation systémique soit inappropriée. Mais je crois que d'une certaine manière, les étudiants continuent à réagir ainsi. Ils continuent à opposer la famille et l'individu... Ce qui, à mon sens, leur fait manquer l'ensemble de l'expérience.

Carl Whitaker : Oui.

David Keith : Vous ne pouvez pas compartimenter.

Carl Whitaker : Oui. Mais il me semble qu'il est pratiquement impossible pour quelqu'un du corps médical de penser en termes de système tant qu'il n'a pas accumulé une énorme expérience ou tant qu'il n'a pas eu une formation pour se défaire des conceptions du corps comme unique système ou du psychisme comme unique système.

David Keith : C'est pourquoi, j'ai toujours pensé que les meilleurs candidats étaient des professionnels ayant de l'expérience.

Carl Whitaker : Des médecins généralistes ou, plus important encore, des pédiatres. Les gens que nous avons eus et qui avaient reçu une formation de pédiatre ont été merveilleux.

David Keith : Oui, et ils n'ont perdu ni leur idéalisme ni leur enthousiasme.

Carl Whitaker : Leur accueil et leur chaleur.

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : Mais il y a évidemment l'autre problème : comment les empêcher de devenir des mécaniques intellectuelles ?

David Keith : Je pense qu'une bonne partie des problèmes des résidents, venant à la thérapie familiale, est qu'ils n'ont jamais rencontré de défaite. Ils ont fait l'école de médecine et l'ont réussie. Maintenant, ils ne deviennent pas des internes en médecine générale mais vont directement en psychiatrie. Ils n'ont pas encore eu l'occasion de se brûler.

Carl Whitaker : Ils n'ont pas été confrontés à des malades qui meurent malgré tous leurs efforts.

David Keith : Oui, à des patients dont ils seraient responsables. Il y a toujours quelqu'un d'autre, quelqu'un d'autre à blâmer, ils sont dans un monde «comme si...». C'est la raison pour laquelle j'ai toujours pensé qu'il serait utile pour ceux qui entreprennent la psychiatrie de faire un internat médical... pour sortir de la psychiatrie.

Carl Whitaker : Il y a une chose que je n'oublierai jamais : un interne m'a chargé de sa salle. Nous avions quarante cinq pneumonies ; 50% allaient mourir dans les cinq jours et il n'y avait absolument rien que nous puissions faire.

David Keith : Revenons à la question quant au résultat du programme de formation. Pensez-vous, craignez-vous qu'ils retournent à la thérapie individuelle et ne s'intéressent plus jamais à des familles ?

Carl Whitaker : Oui, parce que c'est ce qui est arrivé à mon groupe à Atlanta : presque tous les participants sont apparemment retournés à la thérapie individuelle. Et je me demande si ma décision d'entreprendre de la thérapie familiale ici, n'a pas été plutôt une décision administrative. Ainsi peut-être, n'entrerais-je pas en compétition avec les psychanalystes et ne me battrais-je pas pour prouver quel est le meilleur système. J'ai donc adopté la thérapie familiale. Je me demande si je ne me suis pas mis dans un coin... Et si nous n'avons pas poussé les étudiants en médecine dans ce coin. Cela est clair pour la Clinique de Guidance de l'Enfant de Philadelphie : ils se sont mis dans une position où ils travaillent seulement avec des systèmes.

C'est un sous-système parce qu'ils ne se battent pas pour le système entier comme nous le faisons mais c'est quand même un système, et non pas un individu. Evidemment, les systèmes avec lesquels ils travaillent sont le système parental et le système de l'enfant.

David Keith : Il me semble que notre programme de formation fonctionne de sorte que personne ne fait ce dont il a envie et que les gens ont des protégés ou des apprentis.

Carl Whitaker : Hum, hum.

David Keith : Tous les apprentis s'opposent à ce que l'enseignant fait.

Carl Whitaker : Ce qui, je pense, est malheureux. Je me réfère toujours au modèle de formation médicale. Le serment d'Hippocrate implique que l'étudiant sera vis-à-vis du professeur comme un fils face à son père, ce qui suppose une sorte de processus d'identification. Je crois que ceux dont nous sommes contents sont ceux que nous formons seulement dans la co-thérapie. Ils ressentent alors notre respect pour eux. Nous

nous mettons confortablement à leur niveau ; ainsi il n'y a pas de différence hiérarchique.

David Keith : J'ai eu une part importante dans le développement de certains résidents. Ce sont des gens qui m'ont accompagné pendant un temps. Comme, par exemple, Jeff Winston qui a décidé ce dernier mois de ne plus se préoccuper de ses séminaires et qui est venu s'asseoir avec moi dans les thérapies.

Carl Whitaker : Nous devenons alors un système et ils savent qu'il ne s'agit pas du fait qu'ils étudient avec nous. Nous devenons un système même si l'un est plus vieux et l'autre plus jeune.

Il y a cette histoire du nouveau résident avec qui je suivais une de mes familles en privé, qui, avant la cinquième séance, a téléphoné en disant : « Je ne peux pas venir, j'ai des urgences ce matin ». Et j'ai dit à la famille qui faisait partie de ma clientèle privée : « Il ne viendra pas ce matin ». Cinq minutes plus tard, le père a dit : « Au diable, s'il ne vient pas, pour quoi n'arrêtons-nous pas ? Nous reviendrons la semaine prochaine ». C'est comme s'ils savaient qu'à moins d'être deux, il n'y a pas de thérapeute. Je me demande si nos résidents comprennent cela, peut-être quelques-uns, trois ou cinq par an, deux sur six ou huit ?

Que désirez-vous atteindre ou accomplir dans votre programme de formation ? (Quel est le résultat le plus recherché ?).

David Keith : Mon désir est d'avoir du plaisir à travailler avec un nouveau partenaire.

Carl Whitaker : Hum, Hum. Je crois en un mariage professionnel. Et j'ai la conviction que nous pouvons être des parents, des co-parents, mieux qu'on ne peut être un parent célibataire. J'ai pensé aussi que, peut-être la chose la plus importante, c'est l'expérience plus que la connaissance ou la compréhension parce que je ne sais pas ce qu'il en est de vous, je suppose qu'avec vous il en est de même qu'avec moi. Nous nous expliquons très peu en fait.

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : C'est la même chose lorsque nous ne parlons pas après. Même vous et moi, vous savez, nous ne le faisons pas après de nombreuses années.

David Keith : C'est comme si nous étions d'accord. Lorsqu'une nouvelle personne travaille avec moi, elle dit : « Bien, pourquoi ne pas nous asseoir et discuter de quelques-uns de ces problèmes » ? Ce n'est pas quelque chose que je fais facilement ou confortablement. En général, nous finissons par parler d'autres sujets que du cas.

Carl Whitaker : La supervision est une chose qui a lieu in situ, in vivo et non pas au moyen de mots énoncés par après.

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : J'ai découvert la même chose au cours de toutes les supervisions. Je ne supervise pas à partir de données comme si c'était une discussion philosophique.

David Keith : Oui, il est vrai que cet aspect philosophique étouffe le style.

Carl Whitaker : Un des éléments auquel nous travaillons, c'est la séparation entre l'expérience (le vécu) et l'intellectualisation. Je suppose que c'est ce que vous voulez exprimer.

David Keith : Oui, c'est justement cela. Une chose qui m'inquiète, c'est que dans la supervision, nous nous mettons à parler beaucoup trop de la famille et de ce que la famille pense et va penser et, de ce qu'elle aurait dû penser du thérapeute et du patient, etc... Un étudiant comme Jeff Winston avec qui je travaillais le mois précédent, avait réalisé une courte bande vidéo et nous l'avons regardée, ce qui m'a enthousiasmé c'est que nous avons commencé à dire : « Comment se fait-il que tu te baissais juste à ce moment-là ? » ou bien « Tu viens d'appeler l'enfant, grand-père, d'où cela vient-il ? ». Vous savez, nous sommes alors dans le processus, sans essayer de comprendre ce qu'est la famille.

Carl Whitaker : Pouvait-il accepter le fait que vous ne saviez pas d'où cela venait ?

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : Une des choses que nous tentons de leur transmettre, c'est l'apparition mystérieuse de la créativité.

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : C'est-à-dire, l'assemblage de choses qui n'ont de sens qu'après avoir apparu brusquement. Mais nous n'essayons pas de leur enseigner la folie, n'est-ce pas ? Vous et moi, essayons d'aider la famille en tant qu'ensemble de personnes complètes à parvenir à un mode de vie qui soit spontané, non rationnel et non conformiste, socialement parlant... Mais nous n'essayons pas d'enseigner cela aux résidents, n'est-ce-pas ?

David Keith : J'essaie de leur enseigner d'avoir plus de respect pour la pathologie et à l'utiliser au lieu de l'amputer.

Carl Whitaker : Merveilleux, cela, c'est merveilleux.

David Keith : Je me garde de l'idée de leur enseigner ce qui est fou parce que je n'apprécie pas qu'on parle de moi en termes pareils. Cela constitue, je pense, une façon à eux de me saisir ou de penser qu'ils le font et de dire alors : « Oh, il est simplement fou ». Je ne désire pas être fou de la façon dont vous l'êtes.

Carl Whitaker : Nous essayons d'enseigner la liberté et la responsabilité. Je pensais récemment que ce dont je me soucie le plus c'est d'augmenter la capacité de réagir et de diminuer le poids de la responsabilité de ma réponse à la famille ; je désire qu'ils soient responsables d'eux-mêmes, qu'ils assument de plus en plus de responsabilités à l'égard de leur vie et de réaliser cela en ne prenant moi-même aucune responsabilité pour leur vie.

David Keith : J'ai eu un bon exemple de cela hier avec une dame paraplégique qui était suicidaire. Elle était dans cet état d'esprit suicidaire et quémandait des médicaments mais je ne répondais pas du tout à cela et, à un moment donné, elle a dit : « Bien, je pense que je ne vous verrai plus » et j'ai dit : « Je pense que vous avez raison, à moins que ce ne soit au ciel » et elle : « Et je veux vous remercier pour tout ce que vous avez fait ». J'ai dit : « Je vous remercie aussi » (ceci était simplement répondre plutôt qu'être responsable). Ensuite, quelques moments plus tard, elle a dit : « Ecoutez, lorsque mon fils terminera l'université au printemps prochain, je vous enverrai une photo et sans doute une invitation et je sais que vous ne viendrez pas mais c'est quand même agréable d'y penser ». Et cela éclaire le problème de répondre librement sans prendre de responsabilités.

Carl Whitaker : Vous savez, nous n'assumons même pas la responsabilité de prévoir à l'avance notre manière de répondre.

David Keith : Ceci est une des choses intéressantes dans les entrevues récentes avec les jeunes : j'avais coutume de dire qu'entre vous, moi et Gus, les meilleurs couples de co-thérapeutes étaient vous et Gus et moi et Gus parce que vous et moi nous nous trouvions trop fortement en compétition pour nous associer sur un mode plus enjoué ou plus libre.

Quelles sont les erreurs qui se manifestent le plus souvent chez vos étudiants ? Que faites-vous pour en venir à bout ?

Carl Whitaker : Je pensais que le problème le plus important qu'il nous est donné de voir, c'est leur retrait. Ils nous laissent seuls. Ils commencent à travailler avec nous et puis ils décident que c'est trop pour eux. Ils cessent de venir aux séminaires, ils nous évitent dans les couloirs. Ce qui est fascinant, c'est que nous nous trouvons dans un cadre qui est, je pense, peut-être unique parce que personne n'est obligé de venir nous trouver. Il existe sept autres endroits où ils apprennent et dans la plupart, leur présence est obligatoire.

David Keith : Partout, leur présence est obligatoire mais je ne pense pas que nous l'exigeons d'eux : en fait, depuis, c'est devenu obligatoire d'une certaine façon.

Carl Whitaker : C'est intéressant. J'ai reçu et je suppose que vous avez reçu, des lettres de résidents engagés dans la pratique depuis deux

ou trois ans qui disent : « Je me retrouve comme thérapeute familial dans mon hôpital et je commence soudain à comprendre certaines des choses que vous m'avez enseignées.

David Keith : J'ai eu un gars qui s'est amené, un des internes, qui a fait de la psychiatrie pendant quelques années. J'avais reçu avec lui une ou deux familles au cours de la dernière années pour de simples consultations. Il était un bon clinicien. Il assumait la responsabilité des situations. La dernière semaine qu'il se trouvait ici, il a dit : « La lutte pour les structures, que vous menez, donne vraiment des résultats ». Il m'a paru étrange que ces gars ne savaient pas déjà cela avant.

Ceci est similaire à ce dont vous parliez : il s'agit d'un gars qui a eu un peu d'expérience. Lorsqu'il était sur le point de partir, il a décidé d'agir comme s'il était seul. Alors, il a vraiment pris en charge une famille avec un malade suicidaire atteint de cancer et il a réussi à faire venir la grand-mère ; ils sont tous venus.

Carl Whitaker : Je me suis toujours demandé si nous pouvions faire davantage avec cela, en fait de lutte ? Si nous faisons le genre de choses que votre groupe réussissait si bien lorsque nous dressions nos propres arbres généalogiques les uns pour les autres. C'est curieux comme le déclic se fait parfois et parfois pas. Mais, j'imagine que la plupart de ceux qui s'occupent d'un ou de deux cas et puis font marche arrière, ont peur, en raison des répercussions sur leurs propres familles. Pas vous ?

David Keith : Peut-être. Je sais que c'est lorsque j'ai commencé à voir des familles, que j'ai décidé de devenir un patient. Je veux dire que c'était une façon d'avancer.

Carl Whitaker : Oui.

David Keith : Oui, je pense qu'il y a quelque chose de cela. Charles Fellows me demandait d'être consultant à l'un des séminaires au cours des deux dernières semaines. Ils ont lu notre chapitre dans un livre allemand et quelqu'un a dit : « J'en ai lu certaines parties mais hier soir, je les ai relues et je me suis senti vraiment déprimé et je n'ai pu dormir après. Alors, j'ai pensé qu'il devait y avoir là quelque chose ». Il essayait de comprendre mais je pense qu'il exprimait une partie des réactions que les gens ont envers nous... Ils sont intéressés par notre plaisir mais après, il y a un autre aspect à cela.

Carl Whitaker : Au sujet de nos responsabilités.

David Keith : Et je pense qu'on arrive à cette région confuse de schizophrénie existant chez tous. C'est quelque chose de très troublant pour beaucoup de gens.

Carl Whitaker : Il s'agit vraiment d'une attaque de la programmation faite dans l'enfance. Vous savez, que tout le monde est rationnel,

que votre famille est rationnelle, que vos parents sont des gens rationnels et raisonnables. Si vous faites une fissure dans cette structure de base, vous ne savez absolument pas où aller à partir de cela. C'est déjà grave de le faire dans le cadre d'un individu. Le faire dans le cadre d'un système, doit constituer une attaque majeure.

David Keith : Il y a aussi un point délicat dans la vie du résident de première année : cette psycho-pathologie massive dont il doit s'occuper sans beaucoup de protections personnelles.

Carl Whitaker : Il existe tout un processus pour ceux qui viennent à l'hôpital quand ils sont malades ; vous en faites des personnes intoxiquées par les médicaments pour ne pas avoir à faire face à la structure sous-jacente à l'organisme humain.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent chez vos étudiants ?
Que faites-vous pour l'amplifier ?

David Keith : L'un d'entre eux, est qu'ils tombent amoureux des patients.

Carl Whitaker : Oui.

David Keith : Et puis, il y a ma façon de trier les résidents en première année. Il y a ceux qui aiment les patients et ceux qui ne les aiment pas. J'ai tendance à rayer ceux qui ne les aiment pas. Je ne m'attends pas à avoir grand chose à faire avec eux.

Carl Whitaker : Oui, cela implique un problème particulier : jadis, lorsque nous formions des étudiants en médecine, ceux qui s'avéraient être les meilleurs thérapeutes individuels, lorsqu'ils étaient de jeunes étudiants en médecine, étaient des techniciens mécanistes. Comme s'il fallait d'abord construire une protection à l'égard du système. Ainsi, le saut qualitatif dont je parlais était d'être un ensemble de deux personnes.

David Keith : Hum, hum.

Carl Whitaker : Nous ne travaillons pas seuls. Le projet de parent célibataire est d'élever des oiseaux alors qu'il s'agit d'élever des enfants ou des patients infantiles. Je pense qu'il s'agit d'un point critique en ce qui concerne les familles. Je ne pense vraiment pas que vous puissiez provoquer dans une famille un développement, une flexibilité dans le style de vie en tant qu'individu. Je ne crois vraiment pas que ce soit possible. Vous avez besoin d'un consultant comme nous l'utilisons si fréquemment : il est la personne qui vient pour une heure ou deux et puis qui est là pour toujours, d'une certaine façon.

David Keith : Je pense qu'il s'agit là d'une sorte d'adaptation au système actuel. Vous savez que la thérapie familiale réelle mérite deux thérapeutes et c'est dommage que celui qui paie ne puisse en avoir les

avantages. Enfin, je pense que l'idée d'un consultant est une idée précieuse. C'est comme un parent divorcé.

Carl Whitaker : Oui. Je désire seulement dire que tous les enfants méritent d'être élevés par un père et une mère et c'est certainement faisable — ou bien, il arrive que la mère puisse mieux élever ses enfants avec un nouvel ami, ou avec sa mère ou une amie et la fille de cette amie ; il doit y avoir un couple de deux personnes. Mais, mon Dieu, la vraie paire est celle qui comprend le père qui regarde le visage des enfants et y retrouve le sien et celui de la mère de sorte que l'identification est massive et non pas seulement sociologique... C'est quelque chose de psychosocial.

David Keith : Comme hier, lorsque vous vous êtes cogné la tête contre la porte au début de la session, c'était amusant. La famille en a retiré quelque chose. Cela ne les incluait pas vraiment.

Carl Whitaker : Je pense que ce qu'ils ont dû en retirer, c'est l'existence de notre très grande intimité. La liberté avec laquelle j'ai dit : « Voulez-vous manger ou voulez-vous aussi de l'ail ? ».

Quelles sont les erreurs que vous voyez le plus souvent en vous-même en tant que formateur ? Que faites-vous pour les surmonter ?

Carl Whitaker : Permettez-moi de reprendre la question 4. Il y a une chose qui me vient. Nous essayons de leur enseigner ou de modéliser pour eux un art d'oublier... Parce que je crois que nous oublions l'heure précédente et que nous oublions la journée entière. Je ne sais pas comment vous faites mais j'ai le sentiment que c'est en lisant le « New Yorker », en rentrant chez vous en autobus... Mais je crois que c'est très important que nous leur apprenions la manière d'oublier.

David Keith : Je n'ai jamais songé à cela quoique j'aie appris cela avec vous. C'était difficile parce que j'ai une mémoire exceptionnellement bonne. Lorsque j'ai commencé, cela ressemblait au rôle de l'impuissant. J'avais le rôle d'oublier ce qui, à présent est devenu fort réel. En fait, j'ai eu affaire avec une famille schizophrénique dont la mère de soixante-cinq ans est venue avec un problème sexuel comme si elle en avait dix-huit. Elle était très vivante. Cette famille est revenue un mois plus tard (il y a quatre mois) et, d'une certaine façon, ils ont dit : « Nous trouvons que ce serait bien de reprendre à partir de là où nous en étions la dernière fois ». Et j'ai dit : « Je regrette infiniment, mais je ne me souviens pas de quoi il s'agissait ! ». Ils étaient désolés et alors, tout-à-coup, je me suis souvenu et je me suis senti très content.

Carl Whitaker : Cela m'est arrivé l'autre jour : Merrill et moi recevions un couple (deux thérapeutes) que nous avons vu déjà pendant une dizaine de séances de deux heures à Philadelphie. Puis, ils sont revenus

ici et maintenant, nous les avons vus pendant une douzaine de séances de deux heures. Hier, c'était la quinzième séance avec les deux thérapeutes et leur fille adoptive de trois ans et j'ai commencé à noter le rendez-vous suivant et j'ai dit : « Vous savez, je ne me souviens pas de votre nom ». Il m'avait simplement échappé. Ils n'avaient jamais songé qu'on pourrait ne pas se souvenir de leur nom. De toutes façons, je trouve cela très important parce que si vous n'êtes pas capable de séparer votre travail de vous-même, vous avez de sérieux ennuis.

David Keith : C'est vraisemblablement ainsi que j'enseigne. Je veux dire que cela correspond exactement à mon modèle. Vous parliez de ces étudiants en médecine, de ceux qui sont devenus trop mécanistes. Je n'ai jamais eu le problème de trop m'en faire.

Carl Whitaker : J'allais justement dire, que tant vous que moi, nous sommes arrivés à ceci par des chemins différents. J'y suis arrivé à partir d'un travail individuel au cours duquel nous avons loué une maison vide et y avons placé un schizophrène et un assistant. Il me semblait que mon assistant était terriblement responsable. Et vous y êtes arrivé à partir de la Force aérienne où vous trouviez entièrement responsable de tout le foutu moral du groupe.

David Keith : Mais la responsabilité devrait être exercée avec la juste...

Carl Whitaker : Une qualité discrète ?

David Keith : Correct. Il existe un terme politique pour cela. Cela a à voir avec la vie sociale dans le gouvernement — pas l'étiquette — de toutes façons, il fallait faire les choses avec la formalité adéquate.

Carl Whitaker : Je crois que nous accomplissons beaucoup de formalités sans le savoir. C'est un mot un peu étranger pour un ancien fermier comme moi, mais...

David Keith : Il y a même un officiel à la Maison Blanche qui est responsable de ce protocole.

Carl Whitaker : Protocole. Mon Dieu, oui. Qui s'assied à côté de qui et combien de fourchettes il faut mettre. Cela m'a toujours paru tellement risible. Y-a-t-il un nouveau livre à ce sujet ? Le meilleur livre sur l'étiquette ? Ou quelque chose d'aussi bizarre ? Tout est traité à l'envers.

David Keith : Je suis « accroché » par les sceptiques. Je tente trop de les convaincre.

Carl Whitaker : J'allais dire exactement la même chose. Ce qui me perturbe le plus, c'est combien je suis dérangé de ne pas être cité. Il s'agit d'un transfert à leur égard. Le même problème existe avec les patients. Il est préférable de ne pas avoir de contre-transfert plus important que leur transfert vis-à-vis de vous. Autrement, vous devenez plus

vulnérable qu'eux et alors vous ne pouvez pas être un thérapeute. Vous devenez un ami ou un membre de la famille. Je suppose qu'une autre façon de dire cela, c'est de parler du « nid vide » dans lequel vous vous impliquez et ensuite, ils vous quittent.

David Keith : Oui, nous sommes en quelques sorte des victimes à cet égard.

Carl Whitaker : Certains de nos résidents ont dit clairement qu'ils ne deviendraient pas des thérapeutes familiaux parce qu'ils ne veulent pas s'impliquer aussi profondément et puis, être abandonnés.

David Keith : Je n'ai pas tellement ce problème avec les malades. Je l'ai avec les résidents.

Carl Whitaker : Bon, je n'ai plus tellement ce problème, mais je l'ai encore avec des résidents lorsqu'ils débutent. J'ai eu ce problème avec des patients. J'ai eu des patients qui revenaient en s'excusant de revenir : « Je sais que vous pensez que je devrais aller tout-à-fait bien et cela m'embarrasse de devoir revenir vous dire que j'ai encore des symptômes ».

David Keith : Lisez encore une fois cette question. Répétez la question 5... (*Carl Whitaker* relit). Je pense à certaines personnes avec qui j'ai travaillé après leur formation et j'ai le sentiment que je leur ai rendu les choses difficiles. Je faisais comme s'ils voulaient me bloquer. Il s'agit encore là d'un transfert de ma part.

Quel est le saut qualitatif que vous voyez le plus souvent en vous-même au cours de la formation ?

David Keith : C'est celui où ils cessent de devenir étudiants pour devenir partenaires.

Carl Whitaker : Je pense toujours qu'il s'agit là d'un point réel, lorsque vous avez le sentiment qu'ils sont des pairs et qu'ils ont le même sentiment, il s'agit d'un projet d'union. Je suis de plus en plus intéressé par l'idée que mari et femme ne sont pas dépendants l'un de l'autre : chacun dépend du couple-du « nous » – et beaucoup de disputes existantes proviennent d'un malentendu à cet égard. Ils ne croient pas au système du mariage dont ils dépendent vraiment.

Carl Whitaker : Un saut important est celui-ci : passer de l'effort d'être enseignant à l'expérience de s'amuser ensemble comme l'expérience que vous avez eue, je pense avec David Kay et que j'ai eue avec Howard Dicter. Comme tout est difficile, si cela ne survient pas, comme si j'avais le sentiment d'être encore empêtré dans ma fonction d'enseignant. C'est très douloureux.

Comment décririez-vous une formation idéale pour un thérapeute familial ?

Carl Whitaker : La formation, le rire et les discussions... Avoir des ailes variables comme celles de ces nouveaux avions ; le « Christian Monitor » avait donné une description des plans du nouvel avion : au lieu d'avoir des ailerons, les avions avaient des surfaces flexibles et des ailes qui vont d'arrière en avant et qui peuvent bouger en fonction de la vitesse ou de l'espace qu'elles traversent, ou encore des ailes circulaires ou des ailes qui comportent de petits trous pour le passage de l'air vers le dessus de l'aile de façon à modifier la pression de l'air sur l'aile. Alors la formation idéale pour un thérapeute familial ?

David Keith : ... Le programme de formation ?

Carl Whitaker : Commençons par la formation du pédiatre. Vous apprenez à vivre par l'expérience fascinante d'être avec des enfants malades. Nous avons eu une famille ce matin la petite de trois ans et moi, nous avons joué (elle est adoptée).

David Keith : Ils apportent le café et les biscuits ?

Carl Whitaker : Oui, et j'avais ces dés, assez grands, sept. Sur l'un, il y avait un petit bébé, je lui ai donné une famille avec un petit bébé lors d'une séance récente. Aujourd'hui, de façon répétée, nous avons dû jouer jusqu'à septante-cinq fois au jeu de « où est le bébé, où sont les autres ?, dans quelle main ? » « La petite fille s'amusait fort et elle changeait la règle de telle sorte que si vous trouviez la main vide, vous receviez le bébé. Tout cela a commencé il y a trois séances, lorsque le père a dit : « Vous savez, les choses sont différentes depuis sa naissance » et je lui ai dit : « Savais-tu que tu étais née ? » et elle a ri. Et sa mère s'est mise dans tous ses états : « Pourquoi avez-vous dit cela ? » et j'ai dit : « Je ne sais pas, je pensais que, peut-être, elle ne le savait pas ». Mais à partir de ce moment, il a existé un lien tout à fait différent entre nous deux. Nous avons touché aux symboles plutôt qu'aux faits.

David Keith : Je suppose que des expériences antérieures vous ont préparé à cela ? A traiter avec les symboles. Vous savez, je pense que le problème avec certains psychologues qui veulent devenir thérapeutes familiaux, est qu'ils sont tellement intellectuels et qu'ils ont appris à n'utiliser leur intelligence que d'une seule manière.

Carl Whitaker : Organisée en fonction de la réalité ?

David Keith : Oui.

Carl Whitaker : Peut-être cela a-t-il quelque chose à voir avec l'expérience de vie dans le « comme si » ? Que ce soit quand on joue avec des enfants ou quand on fait semblant de croire qu'on peut maintenir des gens en vie, alors qu'ils sont en train de mourir.

David Keith Il me semble aussi que certains aspects de la pensée théologique peuvent être utiles à condition de ne pas avoir été élevé dans ce contexte. Je veux dire simplement un certain sens de...

Carl Whitaker : La bonté foncière de l'être humain. Le respect du style de vie.

David Keith : Je crois que cela a à voir avec la survie de la thérapie familiale. Vous devez avoir du respect pour la famille.

Carl Whitaker : Voici un exemple d'une famille : ils étaient fort secoués. Cela s'est soldé par une lutte irlandaise de dix personnes. Mes origines de Nouvelle Angleterre n'ont rien à voir avec ce genre d'histoire horrible. Ils criaient. Sept conversations allaient bon train, en même temps. Je ne pouvais en comprendre aucune mais cela m'était égal et cela les dérangeait fort que je ne contrôlais rien.

David Keith : J'ai souvent eu affaire avec cela. J'estime qu'une chose que nous avons un peu discuté, ce n'est pas tant la formation mais ce que les gens y apportent et je pense réellement que c'est important. On avait coutume de dire pour la psychiatrie, que l'expérience de vie était importante. Personne ne le dit plus mais je pense que c'est toujours vrai.

Carl Whitaker : C'est d'une importance critique.

David Keith : Pendant un temps, j'ai pensé que les étudiants en médecine que je préférais étaient ceux qui avaient fait autre chose dans leur vie.

Carl Whitaker : Je suis certainement d'accord avec cela. Nous avons l'habitude de prendre cela comme critère d'admission pour les étudiants en médecine. Une chose importante, c'est l'intimité familiale dans laquelle ils ont été élevés. Si je voulais rayer des thérapeutes familiaux candidats à la formation, je serais très hésitant vis-à-vis de ceux dont le père et la mère étaient divorcés.

David Keith : C'est en établissant l'arbre généalogique des résidents que vous voyez que certains groupes sont très réservés lorsqu'ils doivent présenter une famille et, quelqu'une qui l'a fait cette dernière année, a simplement parlé de comment en ce qui la concernait, sa famille s'est montrée imprévisible et partant dans des directions différentes, les parents ont divorcé, il y a eu des remariages et des aventures. Elle est toujours surprise lorsque sa famille se réunit : de même qu'avec des familles consultantes, elle est surprise lorsque...

Carl Whitaker : Elle réagit à la structure. Je ne suis pas du tout sûr que je n'insisterais pas en prescrivant au thérapeute d'avoir une expérience thérapeutique avec sa famille. Qu'il dise à sa famille, vu mon insistance, « nous avons besoin d'avoir, j'ai besoin d'avoir toute ma famille réunie pour une séance de deux heures afin que je puisse apprendre à être un thérapeute familial ». Je suppose que nous parlons maintenant de l'idéal. Le thérapeute familial qui va faire de la thérapie familiale devrait être marié et avoir un enfant. Il devrait savoir par son

expérience ce que c'est d'être dans un triangle et que cela possède une base biologique et pas seulement une base psycho-sociale.

David Keith : Je pense que vous pouvez réussir sans cela. Je ne n'étais pas marié lorsque j'étais dans les forces aériennes et j'avais fait pas mal de pédiatrie avant cela, sans avoir d'enfant et sans être marié et je pense que j'étais utile et que je pouvais aider. J'ai certainement changé après ces expériences et je me suis utilisé différemment. Je ne dirais pas que je n'ai rien apporté de positif avant.

Carl Whitaker : Bon, ne vous égarez pas ici. Je ne parle pas de ce qui est nécessaire pour devenir thérapeute familial mais de la question quant à ce qu'est la formation idéale. La formation idéale est de venir d'une famille complète et d'avoir vu cette famille complète rattachée à vous grâce à un thérapeute. C'est avoir une famille nucléaire de sorte que vous vivez dans le climat biologique de « père-mère-enfant » ; mais cela, c'est l'idéal. Vous ne pouvez pas avoir tout cela, vous avez de la chance si vous l'avez en grande partie.

David Keith : Ce sujet a été soulevé à la conférence en Israël où j'ai dit combien mes enfants m'avaient transformé. Une des femmes avait faim ; nous avons donc été déjeuner, et elle a dit : « je n'ai jamais été mariée, mais j'ai vraiment envie de travailler avec des familles. Pensez-vous que je ne devrais pas être un thérapeute familial ? »

Carl Whitaker : Oui, j'ai rencontré cela aussi.

David Keith : Et nous avons parlé ce qui m'est arrivé d'autre, de l'expérience d'être seul. C'est important d'avoir été seul et d'avoir accepté d'y faire face. Cela ne vous aide pas à comprendre le triangle relationnel mais cela vous aide à être une personne plus complète.

Carl Whitaker : A part le fait que vous comprenez que vous vous trouvez en face d'un triangle même lorsque vous êtes seul, cela veut dire que vous parvenez à vivre sans votre mère et sans votre père ou votre frère et votre soeur ; ou votre épouse et votre enfant. Vous savez que vous allez mourir seul : personne ne va mourir avec vous !

En quoi votre formation affecte-t-elle le choix personnel de vos étudiants en terme du temps qu'ils consacrent à une thérapie personnelle individuelle ou familiale ?

Carl Whitaker : Une des composantes fascinantes de cela, c'est l'expérience remarquable suivante : si vous voyez des familles en thérapie familiale, il est rarissime que les professionnels passent à la thérapie individuelle : confirmeriez-vous cela ? Si je vois un résident en thérapie ou bien si je vois des familles, quatre cents à cinq cents, depuis des années, presque aucun d'entre eux n'entreprend une thérapie individuelle si la thérapie familiale a rencontré quelque succès. Croyez-vous que cela soit vrai ?

David Keith : Je crois que c'est partiellement vrai pour mon groupe de résidents.

Carl Whitaker : Mais si vous apprenez vraiment à vivre dans le système, alors vous ne luttez pas avec un système introjecté, vous en jouissez mais il ne produit pas le type d'anxiété qui vous fait rechercher quelqu'un d'autre comme substitut de votre propre mère.

David Keith : (demande que la question soit répétée). La formation pousse les gens à faire une thérapie. Je pense que nous valorisons notre propre expérience de thérapie. Je pense réellement que si vous voulez devenir un thérapeute, vous devez avoir été patient. Il est difficile de comprendre certaines réactions des malades si vous n'avez pas eu l'expérience d'avoir été aidé et guéri.

Carl Whitaker : Je pense que Véla avait dit : « C'est de la mauvaise foi. Si vous êtes un thérapeute et n'avez jamais été un patient, vous vivez dans la mauvaise foi ». Et je crois que c'est très vrai.

Dans votre programme de formation, tâchez-vous d'aller de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie ? (Décrivez s.v.p.).

Carl Whitaker : Je pense que nous allons de l'expérience à l'évaluation. Nous ne prétendons pas précéder l'expérience en intellectualisant à son sujet ou en la planifiant : l'expérience est le fait des gens et l'évaluation vient certainement après : l'effort de comprendre...

David Keith : J'ai eu une discussion avec Ronald Laing, il y a quelques semaines au sujet de la médication. Soit je prescris des médicaments, soit je fais de la psychothérapie et il me semblait que ce n'était pas une dichotomie utile parce qu'il y a trop de variations dans ce qu'est la psychothérapie et dans les relations. D'une certaine façon, l'idée d'une technique semble venir plus tard. Après qu'il y ait eu six différents cas de traitement, ils commencent à dire : « Vous savez, il y a une sorte de structure ici ».

Carl Whitaker : Alors, vous commencez à élaborer une théorie.

David Keith : Oui. Donc, un meilleur terme que la technique peut être la structure.

Carl Whitaker : Oui. La structure suit l'expérience ou émerge de l'expérience.

David Keith : C'est comme vous l'avez dit. Une des expériences négatives de la formation est l'implication initiale et le retrait. Je veux dire que cela apparaît dans les séminaires. On veut apprendre quelque chose sur la thérapie familiale, puis on cesse de venir. Nous avons parlé de cette confusion qui contribue au démantèlement du cadre de travail.

Carl Whitaker : Pensez-vous que cela signifie qu'il existe une guerre réelle entre la thérapie familiale et la thérapie individuelle ? Et que les résidents ressentent qu'ils sont en demeure de choisir ?

David Keith : Je ne sais pas. Je ne vois pas de vraie guerre. On dirait que, s'il y a conflit c'est à propos de si oui ou non, on veut développer sa personnalité plutôt que de devenir un technicien médical.

Carl Whitaker : Oui, distribuer des prescriptions.

Y-a-t-il un point que vous considérez comme central pour le travail de formateur ? (Décrivez s.v.p.)

David Keith : Pour moi, il s'agit de ceci : ils doivent me voir faire tout ce dont je parle et je ne désire pas parler de schizophrènes si je n'ai pas de schizophrènes en traitement. L'apprentissage ressemble à celui de la chirurgie.

Carl Whitaker : Oui. Vous apprenez la chirurgie à la table d'anatomie. Je pense que c'est très vrai et depuis longtemps, j'ai décidé qu'il n'était pas possible de donner des cours sur la thérapie familiale sans avoir au préalable suivi des familles, et s'il n'ont pas travaillé avec des familles, il est futile d'en parler, n'est-ce pas ?

David Keith : Oui. Vous pouvez le faire comme une sorte de distraction. Mais s'ils viennent avec l'idée qu'ils vont apprendre comment aller de l'avant et vivre avec cela, ils seront toujours déçus. Je pense donc que l'enseignement devrait se faire à travers l'expérience.

Carl Whitaker : Je me souviens encore de ma première opération. Le chirurgien m'a dit : « Allez de l'autre côté » et j'ai dit : « Je n'ai même pas encore été votre assistant ». Et il a dit : « Cela ne fait aucune différence. Vous allez faire l'opération ». J'ai dit : « Je ne sais pas ce qu'il faut faire ». Et il a dit : « Je serais juste derrière vous, regardant au dessus de votre épaule ». Et ce qu'il voulait dire, c'est ceci : « Si vous ne faites pas ce qu'il faut, je vous aiderai. Mais vous ferez l'opération ; je ne veux pas que vous m'assistiez. Vous êtes le résident ». J'étais terrifié à l'idée que ceci représentait la formation de base. Ce qui est surprenant pour moi, c'est qu'il est rare que les résidents amènent des familles pour que nous les aidions. C'est comme si presque toute la formation se situe dans notre consultation privée où ils peuvent venir nous aider.

David Keith : Je suppose qu'il existe la préoccupation de devoir faire face à trop de choses.

Carl Whitaker : Ou le souci d'être trop critiqué.

David Keith : Peut-être. Je crois que cela a davantage à voir avec leur place dans la communauté thérapeutique.

Carl Whitaker : Ils sont censés être des médecins mais ils ne le sont pas ?

David Keith : Il y a quelqu'un de meilleur là, à l'arrière ?

Carl Whitaker : Il n'y a certainement rien de mal à ce qu'ils nous critiquent ! Mais si nous examinons leurs cas et que nous les critiquons ? Le système idéal est celui-ci : ils amènent leur famille et nous participons soit en étant consultant pour eux et leur famille ou en devenant leur co-thérapeute temporaire... ou bien en les regardant avoir un entretien et ensuite en parlant avec eux ainsi qu'avec leur famille.

TRAITEMENT DE FAMILLE ET TRAVAIL INSTITUTIONNEL : Au-delà de la triangulation ?

L. BARRELET, A. MENTHONNEX et M. ARCHINARD

La thérapie de famille ou les différentes approches familiales sont actuellement pratiquées dans des cadres fort divers. Ce sera une consultation, une structure intermédiaire tel un foyer, un hôpital de jour ou une unité hospitalière. Dans la plupart de ces cadres, l'approche familiale est généralement considérée comme secondaire (Benoît, 1982). Souvent, elle n'est que tolérée à côté d'une pratique institutionnelle ou de traitement individuel d'approche psychothérapeutique (Fivaz, 1981). Les descriptions d'institutions ayant mis l'approche familiale au centre de leur pratique sont relativement rares (Masson, 1981). L'articulation de l'approche familiale et d'un travail institutionnel a posé des problèmes théoriques (Haley, 1980, Benoît, 1984) et pratiques (Bonabesse, 1982, Seywert, 1984). C'est pourquoi il nous a paru utile de décrire notre activité au Centre de thérapie brève de Carouge (Genève). Dans cette institution et plus particulièrement dans son programme de traitement de jour (Barrelet, 1985), nous essayons avec tous les patients d'articuler un traitement institutionnel avec le patient désigné et une approche familiale régulière.

PRÉMISSSES

La famille est un système qui doit s'adapter aux exigences sans cesse mouvantes des différentes phases de son cycle de développement, afin d'assurer à ses membres aussi bien la continuité dont ils ont besoin pour enraciner leur histoire, que la possibilité d'une croissance psychosociale nécessaire pour assurer leur devenir individuel (Haley, 1984). Les problèmes perturbant l'un ou l'autre des membres qui composent le système au point de le(s) rendre symptomatique(s) sont par conséquent différents – et nécessitent des modes de traitements différents – suivant que le groupe familial est nouvellement constitué (famille avec de jeunes enfants par exemple) ou qu'il traverse une phase ultérieure du cycle de sa vie (par exemple famille avec des enfants adolescents ou jeunes adultes) ou encore qu'il est à nouveau réduit au seul couple, les enfants

ayant en principe quitté la maison et le foyer se présentant alors dans l'expérience de ce qui reste comme un « nid vide » (Minuchin, 1978).

Le plus souvent, les symptômes apparaissent lorsque l'individu et le groupe familial ne parviennent plus à modifier leurs rapports à l'intérieur et en fonction du contexte spatial et temporel qui change. Les symptômes apparaissent alors à la fois comme un signe de cette désorganisation et comme une tentative dysfonctionnelle d'adaptation aux nouvelles exigences sans qu'interviennent les changements structuraux qui permettraient aux membres et au groupe comme tel de leur faire face et de passer ainsi à un stade ultérieur de croissance et de développement (Minuchin, 1981). Dans cette optique — et en considérant aussi que la famille en tant que système est en interaction avec d'autres systèmes dans la société, ce qui nécessite également des adaptations réciproques constantes — nous acceptons la proposition des familles, selon laquelle un de leurs membres est malade et doit être soigné, mais nous faisons deux sortes de recadrages de cette proposition :

1. Entre nous, nous définissons

- soit la famille comme en crise. Il s'agira alors de diagnostiquer si la crise est à l'intérieur du système familial, entre certains sous-systèmes le composant ou dans l'interaction du système familial ou de ses sous-systèmes avec des systèmes extérieurs naturels ou thérapeutiques. Du point de vue interactionnel, on observe comment les règles anciennes de fonctionnement précédemment utiles à la famille continuent d'être employées pour solutionner des problèmes différents et nouveaux entraînant par là une dysfonctionnalité et des symptômes,
- soit nous définissons le patient et son groupe familial comme bloqués dans une phase de développement qui ne permet plus la croissance psycho-sociale rendue nécessaire par les exigences de l'étape ultérieure du cycle de la vie, par conséquent bloqué aussi dans des relations et des interactions devenues dysfonctionnelles, bien qu'elles représentent une tentative adaptative de lutter contre les menaces et les dangers du changement.

2. En présence du patient et de sa famille, nous reprenons la description des comportements « fous » qui nous a été présentée dans le premier entretien ; nous les retraduisons en termes aussi « normaux » que possible, dans le but notamment, d'ouvrir des perspectives sur les possibilités pour le patient de les changer avec l'aide de sa famille. Par exemple, le repli sur soi et le retrait à la maison d'un jeune psychotique de 22 ans qui ne travaille plus depuis six mois et ne participe plus activement ni à la vie familiale, ni à la vie sociale, ces comportements donc peuvent être redéfinis comme une fâcheuse habitude du jeune homme à douter

de soi et à se montrer paresseux devant les tâches que tout jeune homme de son âge est appelé à accomplir. A ce niveau, un tel recadrage vise essentiellement :

- à faire alliance avec chacun des membres de la famille et avec le groupe familial comme tel puisqu'est acceptée la définition apportée en séance par nos interlocuteurs, selon laquelle le patient *est* le problème ;
- à proposer cependant une perspective nouvelle pour la recherche de solutions au problème, dans la mesure même où celui-ci n'apparaît plus seulement comme une sorte de fatalité, une manifestation involontaire d'une maladie contre laquelle on ne peut rien, mais qui est présenté au contraire comme une habitude fâcheuse qui pourrait être changée. La famille et le patient ont une prise possible sur ce comportement indésirable, comme sur les autres comportements enfantins qui ont déjà été dépassés durant la croissance antérieure.

QUEL TRIANGLE ?

A l'entrée du CTB, lorsque le patient désigné est un jeune, souvent deux hiérarchies inverses s'opposent et s'annulent (Madanes, 1983) : le patient désigné est présenté par la famille et souvent par lui-même, comme incapable, débile, sans ressources ; et il doit être aidé, les professionnels doivent lui (re)donner des capacités et des aptitudes à vivre normalement ; parfois, les parents s'en déchargent et nous demandent de prendre la relève. Parents, professionnels, ont une position hiérarchique haute et le patient une position basse. Parallèlement, les parents et peu après eux les professionnels également, sont impuissants à provoquer le changement chez ce patient. Avec sa symptomatologie et ses comportements particuliers, il dicte à la famille son rythme de vie, ses intérêts, ses occupations principales (chercher des thérapies), il modère et tempère les conflits et les liens de la famille. Avec son impuissance à être aidé, le patient désigné développe un grand pouvoir sur la vie de famille et sous cet angle, il occupe une position hiérarchique élevée. Le jeu de ces hiérarchies opposées est toile de fond de la demande d'aide au CTB. De la capacité des thérapeutes et de l'équipe soignante à rétablir des hiérarchies permettant le changement et le développement de chacun dépendra l'évolution du traitement.

Trop souvent, les équipes thérapeutiques et les parents s'opposent quant aux mesures à prendre dans les traitements (Rey, 1983). Qui va être « triangulé » ? Jusqu'à un certain point, chacun à son tour ou suivant le sujet concerné aura à accepter une position intermédiaire. Suivant son choix, il devra accepter son alliance momentanée opposée au troisième. Mais au début, la famille, le patient désigné, l'institution et ses

thérapeutes de famille, ne peuvent pas se mouvoir dans cette danse avec la souplesse nécessaire. Les interactions sont souvent considérées comme trop rigides pour ce faire.

Dans cette première phase, nous voulons éviter de fixer le patient désigné dans une position triangulaire où il devrait choisir entre sa loyauté aux règles de sa famille et un mouvement dit « d'autonomie » soutenu par l'équipe thérapeutique. Pour cela, *l'équipe se met à la disposition de la famille*. Elle fait alliance avec les sous-groupes exécutifs et les soutient dans leur rôle organisateur. Elle aide les autres à faire avec cette nouvelle dimension de la dynamique familiale. L'institution est mise à disposition pour cela. Les thérapeutes et l'institution se mettent donc en position basse par rapport à la hiérarchie familiale, essayant par là de diminuer les triangulations.

LE PREMIER ENTRETIEN FAMILIAL

Le but du premier entretien est d'établir avec le patient et avec chacun des membres de sa famille, respectivement avec le système familial comme tel, les bases concrètes d'un contrat thérapeutique. Il est particulièrement important d'éviter que ne s'instaure une interaction de type symétrique qui aurait notamment pour danger la triangulation du patient désigné. Pour éviter cet écueil toujours possible, comme cela est décrit ci-dessus, nous avons établi comme règle de nous mettre au service de la famille pour déterminer la part du travail thérapeutique attendu de l'institution. Au cours du premier entretien, il s'agira donc que l'équipe institutionnelle — représentée ici par le thérapeute — se mette d'accord avec la famille sur les buts du traitement puis sur les moyens à utiliser et à respecter pour conduire ce traitement.

Il y a cependant des exceptions à l'adoption d'une telle pratique par négociation réciproque.

- Le système familial présente un dysfonctionnement si important que des limites doivent être imposées à certains agissements et à diverses requêtes ;
- l'équipe institutionnelle doit adapter sa disponibilité aux nécessités de son propre fonctionnement.

Hormis ces restrictions, l'équipe thérapeutique prendra à son compte les objectifs redéfinis avec la famille pour la résolution des problèmes posés par le patient désigné (Barrelet, 1983).

Redéfinition du problème en fonction du contexte dans lequel il apparaît

Après une phase de prise de contact puis de présentation du problème, largement inspirée par la description de J. Haley (1980), une grande attention est donnée au contexte. Le problème se manifeste-t-il

particulièrement à la maison, au travail, à l'occasion de la présence de tiers, dans certaines circonstances ? Le thérapeute invite les membres de la famille à discuter entre eux — et non plus chacun d'eux avec lui — du contexte dans lequel s'est développé le problème. Cette façon de faire est très utile pour observer les interactions, les accords et les désaccords dans les échanges, les alliances et les coalitions exprimées verbalement ou à travers les comportements, de même que pour détecter quels sont les membres les plus — respectivement les moins — impliqués vis-à-vis du problème ou encore pour mettre à jour le type et le degré d'engagement des personnes entre elles et par rapport au patient désigné. De telles informations sont moins liées au contenu de la communication qu'à ses aspects relationnels et interactionnels. L'espace est organisé différemment ; par exemple, un jeune fils aura moins de facilité à interroger sa mère du regard pendant qu'il s'entretient avec son père, surtout si ce dernier a été préalablement déclaré « souvent absent et peu intervenant dans la vie et l'éducation des enfants ». Pendant ces échanges, le thérapeute peut aider la mère à sortir de cette interaction en l'attirant dans une discussion avec ses autres enfants ou bien en lui demandant conseil, par exemple sur la meilleure façon de stimuler son fils à participer aux activités du CTB, malgré le fait qu'il se montrera fatigué et réticent. Ainsi, dès le début, le thérapeute influe sur les communications dans la famille, bloquant ce qui est trop dysfonctionnel et soutenant ce qui permet la croissance et le développement de chacun des membres et du groupe familial comme tel (Minuchin, 1981).

Grâce aux échanges qui ont eu lieu en sa présence, le thérapeute peut progressivement dégager avec la famille une nouvelle définition du problème. Par exemple, les difficultés « normales » d'un des fils à entrer sur le marché du travail et dans la vie adulte, ont pris la tournure d'une catastrophe face à laquelle les parents se sont trouvés démunis. La famille était en effet elle-même empêtrée dans des problèmes très angoissants dans la petite entreprise dont ils s'occupent.

Définition des objectifs de traitement et des critères qui permettront leur évaluation

Dans le même exemple, le but du traitement est considéré dans une perspective nouvelle. La réponse habituelle en termes de guérison du patient n'est plus guère compatible avec la reformulation du problème qui implique le contexte familial tout entier. Suivant les cas, la famille peut se montrer encouragée ou, au contraire, accablée, irritée de constater que « la balle est dans son camp », aussi faut-il lui transmettre, sur un mode verbal ou sur un mode analogique, qu'elle peut compter sur notre soutien.

Même s'il n'énonce pas clairement le rôle idiosyncrasique dont peut s'acquitter le patient désigné dans la constellation familiale, (par

exemple protection d'une mère déprimée), le thérapeute engagera la famille dans une série de mouvements impliquant des échanges alternatifs à ceux qui ont cours maintenant entre les membres et plus particulièrement entre certains membres, à l'intérieur du même sous-système et entre les sous-systèmes. Sensible par exemple à la déprime de la mère, il veillera à introduire le père dans une relation plus soutenante envers elle et suscitera des initiatives des uns et des autres pour favoriser diverses interactions susceptibles de modifier peu à peu l'organisation des rapports à l'intérieur de la famille et peut-être, d'élargir le réseau relationnel des membres à l'extérieur du cercle, etc. Ce faisant, le thérapeute signifiera, mais souvent de manière implicite, aux membres de la famille qu'ils auront à modifier leurs conduites habituelles qui entretiennent le statu quo en faveur d'autres comportements, à découvrir et expérimenter en cours de thérapie, qui entraîneront des changements dans leur mode de vie. Le message relatif au but de la thérapie doit être suffisamment clair pour que la famille et plus particulièrement les membres qui y occupent une position hiérarchique supérieure soient à même de choisir s'ils veulent s'y engager ou non, étant entendu que, même s'il est choisi, le traitement s'accompagnera des résistances habituelles à la croissance et à la découverte de nouvelles règles de fonctionnement.

Le plan de traitement découlera des souhaits exprimés par les parents et acceptés par le patient désigné. Dès lors, le thérapeute va travailler avec la famille à déterminer par quoi elle va commencer et en quoi le CTB peut lui être utile. Dans l'exemple ci-dessus sont mis en discussion des problèmes pratiques, tels prospection du marché du travail, prolongation éventuelle des études en vue d'une spécialisation dans le même métier, financement d'un recyclage, reprise de contact avec des amis et amies, occasions de renouer de nouvelles relations, sorties et sports, etc. Quand l'orientation générale du traitement est précisée, le thérapeute fait dégager des priorités et un accord sur les tâches qui seront du ressort du patient, de la famille, du CTB, pour réaliser les objectifs déterminés en commun. On s'entendra également sur le stade que devrait atteindre le fils dans les directions proposées pour que le but du traitement soit considéré comme accompli.

Les tâches des uns et des autres étant aussi bien délimitées que possible, le thérapeute et les infirmiers de référence du patient s'y référeront constamment dans leur travail avec le patient ; ils veilleront en outre à stimuler les échanges entre celui-ci et les autres patients, tant dans les groupes et les activités du Centre qu'à l'occasion de discussions durant la journée. Par ailleurs, au moment de l'accueil, chaque matin, des aspects spécifiques du programme sur lequel il sera travaillé durant la journée seront discutés. L'équipe thérapeutique s'efforce de faire le lien entre ces aspects quotidiens et le plan global du traitement planifié en famille (Barrelet, 1985).

Evidemment, les écueils sont encore nombreux entre la détermination des objectifs du traitement et leur réalisation, nous en citerons deux :

- L’alliance entre la famille et l’institution n’a pas été suffisante ou même, dans certains cas, n’a pas pu se faire du tout, aussi les énergies des uns sont-elles court-circuitées par les autres et réciproquement ou encore, le patient se trouve triangulé entre deux systèmes, etc.
- Une difficulté particulière doit être préparée dès le début : la possibilité d’aggravation ou de réapparition de la symptomatologie et des troubles comportementaux du patient. Cela est souvent lié soit à un conflit à débrouiller, soit à un rythme mal coordonné du traitement. Si la famille est bien avertie, elle pourra rétablir le rythme de l’évolution sans que le sentiment d’impuissance ne paralyse l’apparition d’une nouvelle amélioration. Dans ces situations de rechute, les parents sont à nouveau en position de mener le traitement. La résolution de tels écueils est importante pour développer la confiance en soi de chacun des membres de la famille et la reconnaissance des ressources positives de la famille.

EVALUATION DE LA PRATIQUE D’UN AN DU CTB (octobre 1982 - octobre 1983)

Dans cette seconde partie, nous avons analysé une année de fonctionnement du CTB, c’est-à-dire d’octobre 1982 à octobre 1983. En reprenant cette casuistique, nous nous sommes centrés sur 3 questions principales : des objectifs ont-ils pu être définis lors de l’entrée et quels domaines (familles, relations sociales, santé, travail, autres, etc.) ont-ils couverts ? Les objectifs posés ont-ils été atteints en cours de séjour ? La symptomatologie présentée à l’entrée a-t-elle évolué au cours du traitement au CTB ?

Méthode

Les situations ont été reprises une à une : en fonction des dossiers et des remarques des thérapeutes et des infirmiers de référence. Il a été déterminé le type d’objectifs posés au début du traitement au CTB avec le patient désigné et si possible sa famille. Les différents objectifs ont été réunis dans deux principaux groupes : les objectifs liés aux relations familiales et ceux liés aux relations sociales dans un sens large, c’est-à-dire incluant aussi bien les loisirs, le monde du travail, la capacité de maintenir des liens amicaux, etc.

Dans un groupe « autres objectifs », nous avons dénombré des objectifs plus particuliers ou spécifiques, tels chercher un logement,

reprendre contact avec son médecin ou son service social, régler une situation financière ou judiciaire, etc. ; ils sont liés à des relations sociales, certes, mais leur aspect souvent concret et limité nous a amenés à les dénombrer séparément.

Tous les objectifs posés ont été évalués en fin de séjour suivant qu'ils ont été complètement atteints, partiellement atteints avec une évolution favorable, partiellement atteints mais sans effet, pas atteints du tout. Dans certains cas, nous n'avons pas eu assez de renseignements pour décider où classer l'évolution des objectifs. Dans d'autres cas, le traitement a été interrompu prématurément et l'évolution des objectifs ne peut pas être estimée.

Enfin, nous avons classifié l'évolution de la symptomatologie suivant qu'elle était améliorée, partiellement améliorée ou soit stationnaire, soit préjorée en fin de traitement.

L'implication de la famille de manière régulière ou pas a également été relevée.

Résultats et discussion

Parmi les 84 patients envoyés au CTB, 67 fois des objectifs liés à la famille et 65 fois liés aux relations sociales ont été posés en début de traitement. Aucun traitement ne s'est engagé sans que des objectifs aient pu être définis. Un seul traitement n'a eu que des objectifs liés à la symptomatologie. Des objectifs particuliers et spécifiques ont été posés dans 13 cas. Dans 2 cas, nos renseignements ont été insuffisants pour dire si des objectifs ont été définis ou pas. Près de la moitié des objectifs posés en début de traitement sont soit atteints, soit partiellement atteints avec une évolution générale favorable. (39% des objectifs liés aux relations familiales, 55% de ceux liés aux relations sociales et 46% des objectifs «spécifiques»). Les détails de chaque groupe sont donnés dans le Tableau I. La symptomatologie a évolué favorablement dans plus de 60% des cas ; dans plus de 60% des cas également, des entretiens de famille réguliers ont eu lieu ; dans 20% des cas seulement, aucun entretien de famille n'a été possible (voir Tableau II).

Avec cette casuistique, il n'est pas possible de séparer le rôle de la famille comme groupe ou de ses différents sous-systèmes (parentaux, pairs, patient désigné) voire le rôle du système thérapeutique dans la définition de ces objectifs de traitement. Nous avons relevé les aboutissements de la formation et du fonctionnement du système thérapeutique, c'est-à-dire de l'interaction système familial et système institutionnel. Ce résultat confirme qu'il est largement possible de définir des objectifs de traitement non liés principalement à la symptomatologie. Le groupe de patients et de familles faisant appel au CTB s'est toujours adressé auparavant à une autre instance médicale, psychiatrique ou psy-

cho-sociale. Les situations où des réponses simples ont été possibles, n'aboutissent donc pas au CTB (Barrelet, 1984).

Dans la majorité des cas, le traitement au CTB est une alternative à une hospitalisation en clinique psychiatrique et essaie de prévenir celle-ci.

Le CTB est une structure institutionnelle intégrée dans un secteur psychiatrique.

Les références théoriques des autres unités du secteur (une consultation ambulatoire, trois unités hospitalières, un atelier et un foyer) ne sont pas l'approche systémique et leur pratique, sans l'exclure formellement, n'est pas liée aux rencontres avec les familles. La possibilité d'articuler une pratique systémique avec les familles au CTB et une pratique différente dans les autres unités du secteur est démontrée ici. En effet, dans la majorité des cas, des entretiens de famille réguliers ont eu lieu et dans un large % de cas, l'amélioration a été obtenue par rapport aux objectifs posés et par rapport à la symptomatologie. Après le traitement du CTB, la grande majorité des cas reprend un traitement ou au moins un contact thérapeutique auprès du médecin envoyant ou auprès d'un nouveau setting thérapeutique. Dans de rares cas, une indication de traitement de famille peut être négociée avec nos confrères. Puisque la phase du traitement avec la famille se termine avec le traitement au CTB, nous préparons la famille et le patient désigné à rester garants que le traitement à venir après la sortie continue à s'accompagner d'une amélioration en direction des objectifs de la famille et du patient et nous les incitons à rediscuter le problème de cadre thérapeutique en cas de stagnation. Ces aménagements sont utiles aux clients et nécessaires à une pratique de secteur. Avec notre casuistique, nous ne pouvons malheureusement pas savoir si les objectifs posés lors du traitement au CTB continuent d'être atteints dans les suites de traitement.

LE RETOUR DIFFICILE D'UNE MÈRE DE FAMILLE

Pour terminer, nous voulons illustrer l'évolution d'un traitement au CTB et son articulation avec les entretiens de famille réguliers. Mme G. est venue au CTB après un séjour à l'hôpital général pour une nouvelle tentative de suicide. Il s'agit d'une mère de famille âgée de 39 ans, décrite comme dépressive depuis l'adolescence. Elle est retournée à la maison il y a peu, après l'avoir quittée durant un an pour vivre avec un ami. La mère de son mari s'est occupée des enfants en son absence. Le couple se déclare prêt à divorcer. Madame se plaint des infidélités de son mari et de leur désaccord permanent sur l'éducation de leurs trois enfants. Lors du premier entretien, en présence de la mère de Monsieur, du couple et des enfants, la *crise actuelle* est définie comme la difficulté pour la famille de restituer à Mme G. sa place de mère de famille et pour le couple parental à assumer ses responsabilités éducatives, quelle que

soit l'intensité de son propre conflit. Pour faciliter l'évolution de ces problèmes, il est décidé que Mme G. fréquente le programme jour et que la famille ou le couple soit vu chaque semaine.

Les entretiens de famille

Dans un premier temps, ceux-ci ont visé à *conforter* la mère de M. G. dans son rôle grand-maternel en l'aidant à ne pas se charger d'une responsabilité éducative qui ne peut relever que de l'autorité des parents, au profit d'activités gratifiantes, de loisirs notamment auprès de ses petits-enfants. Par la suite, nous avons cherché à *soutenir* Mme G. dans son rôle de mère de famille, en lui offrant d'exercer concrètement son autorité dans les séances et en faisant, si nécessaire, obstacle aux intrusions répétées de sa belle-mère. Toutes ces manoeuvres ont chaque fois été exécutées après avoir recueilli le soutien et l'accord formels de M. G., associé à tous les actes « positifs » de sa femme. Nous avons également poussé le système familial dans son ensemble à développer et à diversifier les activités communes et individuelles, en matière domestique comme de loisirs ou d'études.

Traitement de Mme G. au CTB

Parallèlement aux entretiens de famille et de couple, la patiente a suivi un traitement de plusieurs mois au CTB. Elle y a été prise en charge par un thérapeute et deux infirmiers, les entretiens individuels alternant avec la participation aux groupes de patients. Dans le Centre, la patiente a rencontré des gens parvenus à des stades existentiels moins ou plus avancés, présentant des problèmes le plus souvent différents. Dans ses interactions avec les autres patients, elle a été amenée à confronter son vécu avec celui de ses partenaires. Elle a eu l'occasion, dans les groupes, mais aussi de manière informelle, à l'extérieur du Centre, d'être soumise à un flux inhabituellement intense d'informations, d'expériences, de difficultés, mais aussi de suggestions, de projets, de propositions et d'encouragements, émanant des autres participants. A l'inverse, elle a pu soutenir, aider, stimuler, directement ou par l'exemple de sa propre évolution, d'autres patients, mettant en valeur ses propres ressources.

Evolution de la patiente et du groupe familial

Sur le plan symptomatique, l'état thymique de la patiente s'est rapidement stabilisé, tout en restant par moments inquiétant, mais n'a plus donné lieu à de nouvelles tentatives suicidaires. La mère de M. G. s'est peu à peu retirée de la vie quotidienne de la famille, voyant régulièrement ses petits-enfants, sans plus intervenir de manière aussi catégori-

que et bruyante qu'autrefois. Ce résultat a pu être obtenu grâce à la collaboration et à l'entente de M. et Mme G., d'accord sur ce point. Peu à peu, Mme G. a repris en main les diverses responsabilités domestiques et éducatives qui lui incombent en tant que mère de famille, se faisant respecter des deux cadets, encore très jeunes.

Les objectifs définis initialement ont donc été atteints, dans la mesure où Mme G., retrouvant ses responsabilités de mère a pu renoncer à son comportement suicidaire et où le couple a poursuivi sa collaboration au sujet des enfants, malgré une procédure de séparation de facto sinon de jure. L'articulation des séances de famille ou de couple, des groupes de patients et du traitement individuel, nous est cependant apparu, dans ce cas, assez illustratif du fonctionnement habituel du CTB. Il a en effet existé, tout au long du traitement de Mme G. une circulation constante entre ces divers lieux thérapeutiques, avec des effets auto-stimulants et d'enrichissement réciproque. Tant la patiente que la famille ont probablement trouvé à se faire entendre et ont, dans une certaine mesure, retrouvé la capacité de collaborer ensemble.

Les liens du traitement de famille et du travail institutionnel ont permis : au niveau de la famille de redéfinir la problématique de Mme G. non pas actuellement comme le signe renouvelé d'une maladie, mais comme une partie de la problématique du groupe familial, au niveau de Mme G., de mettre à sa disposition une base de repos et de réentraînement progressif.

Lors d'un entretien catamnastique, 2 ans et demi après la fin du traitement au CTB, nous avons pu constater que la patiente souffrait toujours d'un état dépressif modéré, l'empêchant, selon elle, de reprendre une activité professionnelle, mais sans répercussions graves sur son activité ménagère, ni tentamen, M. et Mme G. vivent toujours ensemble, après une courte absence de M. G. Le projet vague d'un divorce, toujours reporté, subsiste de part et d'autre.

L. Barrelet

Médecin-adjoint

IUPG – Centre de thérapie brève

3, avenue Cardinal-Mermillod

CH-1227 Carouge (Genève)

RÉSUMÉ

L'articulation des traitements de famille et du travail avec le patient désigné lors d'une hospitalisation complète ou de jour pose des problèmes théoriques et pratiques. Pour prévenir le blocage de l'évolution par le jeu des triangulations, la famille va planifier aussi bien le traitement institu-

tionnel que les autres éléments de leur vie. La définition en commun d'objectifs est centrale dans ce processus. L'application dans un Centre de jour ¹ est présentée.

ABSTRACT

The coordination of family therapy with in-patient treatment programs during hospitalization of the designated patient has always posed theoretical and practical problems. Having the family participate in planning the in-patient treatment program offers one way to overcome obstacles to improvement created by the manipulation of triangulations. The collective definition of objectives is indispensable to this process. The author discusses clinical material based on this approach gathered at a Brief Therapy Day Center attached to the Department of Psychiatry of the University of Geneva (Switzerland).

Mots-clés

Définition collective des objectifs
Thérapie familiale
Programme de traitement
Triangulation
Hôpital de jour

Key-words :

Collective definition of objective
Family therapy
In-patient treatment program
Triangulation
Day hospital

BIBLIOGRAPHIE

1. BARRELET, L. : Nouvelle approche pour la prise en charge institutionnelle : l'exemple du Centre thérapeutique de jour de Carouge (Genève). *Médecine & Hygiène*, 41, 3156-3162, 1983.
2. BARRELET, L. : Le traitement des psychotiques et des schizophrènes dans une psychiatrie de secteur. *Schweiz. Rundschau Med. (Praxis)* 73, 1109-1112, 1984.
3. BARRELET, L. : Traitement institutionnel et traitement de famille : spécificité thérapeutique ou thérapeutique spécifique ? *Information Psychiatrique*, 61, 807-814, 1985.
4. BENOIT J.-C. : L'équipe dans la crise psychiatrique. Les Editions ESF, 1982.
5. BENOIT, J.-C. : La théorie systémique dans la pratique psychiatrique institutionnelle. *Thérapie familiale*, 5 : 383-393, 1984.
6. BONADESSE, M. et coll. : Introduction des modèles systémiques dans une pratique de secteur. *L'information Psychiatrique*, 58 : 31-42, 1982.
7. FIVAZ, E. et coll. : Thérapie et institutions : dimension et communication internes du système d'encadrement thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques*, 139, 853-868, 1981.

¹ Le centre de thérapie brève (CTB) de Carouge (Genève) – Secteur Jonction.

8. HALEY, J. : Nouvelles stratégies en thérapie familiale : le problème-Solving en psychothérapie familiale (trad.). Ed. Universitaire, J. Delage, Paris, 1979.
9. HALEY, J. : Leaving Home, Mc Graw Hill Book Co., New York, 1980.
10. HALEY, J. : Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Edition française : Desclée de Brouwer, Paris, 1984.
11. MADANES, C. : Strategic therapy of schizophrenia in family therapy of schizophrenia, 209-225. Brunner ed. New York, 1984.
12. MASSON, D. : Hôpital de jour et thérapie familiale. *Thérapie familiale*, 2 : 351-366, 1981.
13. MINUCHIN, S. : Familles en thérapie. Ed. Delarge, Paris, 1978.
14. MINUCHIN, S. et FISHMAN, H.C. : Family therapy techniques. Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1981.
15. REY, Y. : Système institutionnel, système thérapeutique. *Thérapie familiale*, 4, 171-177, 1983.
16. SEYWERT, F. : Urgences psychiatriques et pensées systémiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 142, 769-780, 1984.

Tableau I: Devenir des objectifs posés au début et évalués en fin de traitement au CTB.

| <u>Objectifs</u> | <u>Liés à la famille</u> | <u>Liés aux relations sociales</u> | <u>Liés à des domaines spécifiques</u> | <u>Total des objectifs</u> |
|--------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| Atteints | 8 (12 %) | 19 (29 %) | 5 (38 %) | 32 |
| Partiellement atteints avec effet positif | 18 (27 %) | 17 (26 %) | 1 (8 %) | 36 |
| Partiellement atteints sans effet positif | 13 (19 %) | 9 (14 %) | 4 (31 %) | 26 |
| Pas atteints | 20 (30 %) | 13 (20 %) | 2 (15 %) | 35 |
| Traitement interrompu | 3 (4 %) | 6 (9 %) | 1 (8 %) | 10 |
| Pas de renseignement | 5 (7 %) | 1 (2 %) | -- | 6 |
| Total des objectifs posés en début de traitement | 67 (100 %) | 65 (100 %) | 13 (100 %) | 145 |

Tableau II.

| <u>Evolution de la symptomatologie :</u> | | | | | |
|------------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------|
| | <u>Améliorée</u> | <u>Partiellement améliorée</u> | <u>Stationnaire ou péjorée</u> | <u>Pas de renseignement</u> | <u>Total</u> |
| Nombre de cas | 41 | 19 | 19 | 5 | 84 |
| % du nombre de cas | 49 | 23 | 23 | 6 | 100 |
| <u>Entretiens de famille</u> | | | | | |
| | <u>Réguliers</u> | <u>Rares ou irréguliers</u> | <u>Pas d'entretien</u> | <u>Pas de renseignement</u> | <u>Total</u> |
| Nombre de cas | 51 | 16 | 12 | 5 | 84 |
| % du nombre de cas | 61 | 19 | 14 | 6 | 100 |

Question :

LA THÉRAPIE FAMILIALE SYSTÉMIQUE A-T-ELLE UNE ÂME ? *

L. CORCHUAN

« Pourquoi une vérité mathématique indiscutable, qu'on pourrait dans le sens usuel du mot appeler éternelle, ne m'est-elle pas sacrée ? Parce qu'elle n'est pas révélée ; elle n'est point la révélation d'un être supérieur. Entendre uniquement par révélées les « vérités religieuses » serait absolument erroné. »

Max Stirner *« L'Unique et sa propriété »*.¹²

Nous proposerons cette citation : « L'approche systémique dans sa théorie et sa pratique perçue comme totalitaire »¹, pour formulation de la question récurrente à la thérapie familiale systémique. Pour nous, la thérapie familiale doit se laisser encore interpellé par cette critique itérative, la prendre en compte ; c'est dire s'autoriser des feed-back, système ouvert, il en va aussi de sa survie.

OLIEVENSTEIN S'INQUIÈTE...

...D'autres aussi, nous aussi. « Le deuxième type de réticences (en ce qui concerne la thérapie familiale) est lié à l'inquiétude éthique devant l'impérialisme d'un comportementalisme essentiellement normatif et réducteur ». C. Olievenstein¹⁰. Qu'en est-il du rapport de la thérapie familiale à la norme ? Peut-on être thérapeute familial sans être normatif ? Se proposer de désigner puis de traiter des « dysfonctionnements » familiaux requiert-il impérativement la référence à une norme de fonctionnement familial ? La tentation est grande et la littérature systémique allant dans ce sens déjà abondante. Minuchin⁹ écrit : « Cependant la thérapie familiale structurale doit partir d'un modèle de normalité par rapport auquel il sera possible de mesurer la déviance ». La tâche du thérapeute serait donc d'amener une famille en dysfonctionnement à changer pour parvenir à bien fonctionner, c'est-à-dire correspondre à ce modèle, inéluctablement culturel, de normalité. Famille-modèle où chacun satisferait de façon correcte à son rôle prescrit culturellement : père, mère, fille, fils ; où la communication serait « directe » et « fonctionnelle », etc...

* Reçu le 17 décembre 1984.

Question grave, essentielle, que celle du rapport de la thérapie familiale au contrôle social ; que celle de la liberté à la norme ; que celle de l'espace thérapeutique comme « plaine d'aventures » ou comme « camp de rééducation ». Mais question qui concerne toutes les approches thérapeutiques, aussi mais non spécifiquement l'approche systémique. Accepter que soit définie – par un patient, un système familial ou une instance sociale – une habitation du monde comme pathologique ou dysfonctionnelle, c'est aussi accepter à un niveau quelconque qu'une habitation du monde puisse ne pas être pathologique ou dysfonctionnelle, être normale ou fonctionnelle. Mais il ne nous semble pas que la thérapie familiale a plus que les autres à se préoccuper de cette habitation « normale » du monde qui n'a d'ailleurs probablement d'existence qu'abstraite. Minuchin⁹ lui-même, écrit aussi : « Puisqu'une famille normale ne peut se distinguer d'une famille anormale par son absence de problèmes, un thérapeute doit avoir un schéma conceptuel du fonctionnement de la famille qui l'aidera à analyser une famille ». Et pour ce qui concerne la communication, l'on évoquera bien sûr G. Bateson² : « Nous croyons plutôt que les paradoxes de la communication sont présents dans toute communication plus complexe que celle des signaux indicatifs d'humeur, et que sans ces paradoxes l'évolution de la communication atteindrait à son terme : la vie ne serait alors qu'un échange sans fin de messages stylisés, un jeu avec des règles rigides, jeu monotone dépourvu de surprise et d'humour ». Ce que doit être la finalité d'une thérapie familiale systémique est l'absence de rigidification, de répétition, d'ordre trop prégnant ; finalité qui inclut des modes de communication paradoxaux (ailleurs, parce qu'exclusifs, gravement dysfonctionnels), des rôles dont on peut s'écarter, des comportements déviants ; en quelque sorte le jeu, l'humour, l'inattendu, la créativité, rien moins que la vie.

Alors, dans sa spécificité à l'endroit de la systémique, l'on remarque que cette réprobation ne situe pas tant sur les plans de la pratique ou de la théorie proprement dites de cette approche mais bien plutôt dans un registre autre que nous qualifierons d'idéologique. En effet, en ce qui concerne la pratique, si l'on fait généralement du « Manoir de la systémique » la demeure du spectre du « Grand Manipulateur », il se dit maintenant qu'il serait doué d'ubiquité et que depuis toujours il affectionnerait bien aussi hanter le cabinet feutré de l'analyste : « Roustang, après avoir relevé que dans le travail de reconstruction beaucoup d'éléments étaient fournis par le médecin, va jusqu'à conclure que l'analyse pourrait n'être qu'une « suggestion » au long cours » Léon Chertok³. Et pour ce qui est de la théorie, contentons-nous de citer Daniel Durand⁴ : « Sur le court terme, en effet, les régimes autoritaires semblent mieux satisfaire aux critères d'efficacité et de sécurité. Mais, par contre, sur le long terme, le système démocratique offre une meilleure adaptabilité (...)

Ainsi la systémique nous indique, indépendamment de toute idéologie, les voies à suivre pour renforcer et développer la démocratie».

Ainsi, la question gagnerait en pertinence, nous semble-t-il, à être reformulée : l'idéologie qui va avec et sous-tend la systémique est-elle totalitaire ? Ou en termes plus anciens mais peut-être plus précis et clairs : la morale – (Olievenstein ¹⁰ parle d'« inquiétude éthique ») – de la thérapie familiale systémique est-elle humaniste ? S'occuper des systèmes, quand bien même ils seraient humains, familiaux, est-ce encore se préoccuper de l'homme ?

UNE AFFAIRE DE PONCTUATION

En matière de thérapie, l'approche systémique aurait-elle quelque chose de tout à fait différent, d'absolument original qui pourrait fonder la critique morale de totalitarisme qui lui est très spécifiquement attachée ? S'il était une rupture épistémologique introduite par la thérapie systémique ce serait la possibilité de penser un processus pathologique en dehors des catégories de la causalité linéaire. Pour le peu que nous en sachions, les autres méthodes thérapeutiques reposent, qu'elles soient traditionnelles (sorcellerie, par exemple) ou plus modernes (Psychanalyse, par exemple aussi), sur une conception causaliste – plutôt que déterministe d'ailleurs si l'on attribue au causalisme une connotation plus philosophique. Le procès thérapeutique de ces méthodes est toujours de l'ordre de la Révélation. Au malheur ou au mal-être de l'homme, une cause existe – conflit inconscient ou intention maligne d'un sorcier référant à la figure du Diable (ou dans le système religieux de la résignation sanctifiante à son pendant la volonté divine) – cause qui existe mais cachée, toujours dans un autre monde que celui de la réalité observable, monde secret, monde des ténèbres extérieures ou intérieures. Aussi, comme intrinsèquement dans toute forme de thérapie, par « l'introduction de l'inattendu et de l'improbable », pour reprendre les termes de Mara Selvini Palazzoli ¹¹, dans le désordre douloureux de l'analysé ou de l'ensorcelé la Révélation de la Cause serait thérapeutiquement opérante ; pour l'un désignation du caractère inconscient – et le fait même d'entrer puis d'être en analyse constitue cette désignation – pour l'autre celle du caractère magique de l'attaque de sorcellerie – et l'on sait le rôle majeur du personnage de l'annonciateur qui désigne nommément le maléfice ⁵. On le pressent « l'inattendu et l'improbable » de l'analyse et du désenvoûtement n'est vraisemblablement qu'une ponctuation « arbitraire », mais acceptée, d'une séquence d'événements.

Ce qu'apporte d'autre l'approche systémique est paradoxalement un renoncement. Renoncement à la ponctuation, à « l'histoire » ; se désintéressant du passé, elle s'occupe de ce qui est observable maintenant dont pour rendre compte elle introduit le concept de circularité en se gardant bien de réduire une réalité complexe à une succession linéaire

de « faits historiques ». Si la question du pourquoi parcourt et hante toutes les autres formes de thérapies, l'approche systémique ne s'intéresse qu'au comment. Si tout l'autre art thérapeutique consiste à donner un sens à la souffrance de l'homme en liant symptômes et cause : pourquoi tant de douleur ? L'approche systémique ne s'autorise qu'à s'efforcer de comprendre la fonction relationnelle de la souffrance : comment tant de douleur ?

Se préoccupant de la causalité et donc forcément de la cause désignée ultime, la psychothérapie non-systémique ne peut pas ne pas être plus « philosophique » que « scientifique », ne peut pas ne pas plus s'intéresser à ce qu'on ne peut voir qu'à ce que l'on voit.

LES PREUVES DE « L'EXISTENCE DE DIEU » EN PSYCHOTHÉRAPIE

Ce que l'on ne peut dénier à toutes (ou presque, il en est sans doute de plus efficaces selon le contexte culturel ou selon la nature des troubles) les méthodes et théories thérapeutiques est leur efficacité. Mais c'est cette efficacité commune même qui pose question quant aux thérapies fondées sur la Révélation. Précisément parce que c'est cette efficacité, quelle que soit la cause retenue et révélée, qui fonde pour chacune d'elle le caractère Vrai de leur cause respective. Ainsi si un désenvoûtement réussit, si la personne magiquement attaquée estime être parvenue à se déprendre de la répétition du malheur, puisque désenvoûtement il y a eu c'est qu'envoûtement il y avait et que la cause de l'inacceptable souffrance était bien une intention maléfique. Ainsi si une psychanalyse, — on n'ose plus dire — réussit, si la personne souffrante, névrosée, s'estime ne plus l'être, puisque analyse il y a eu c'est que processus inconscient il y avait et qu'Inconscient il y a. L'efficacité de la cure thérapeutique vient nécessairement comme preuve de l'hypothèse théorique qui fonde cette cure : « Et s'il s'avère de plus que nous pouvons fonder sur l'hypothèse de l'inconscient une pratique couronnée de succès, par laquelle nous influençons des processus conscients, nous aurons acquis, avec ce succès, une preuve incontestable de l'existence de ce dont nous avons fait l'hypothèse ». Sigmund Freud ⁶.

Mais alors, et l'on retrouve la ponctuation, pourquoi s'en tenir là, pourquoi s'arrêter à cette hypothèse ? Pourquoi l'inconscient ? Pourquoi le sorcier ? Winnicott ¹³ écrit : « Nous supposons ici que l'acceptation de la réalité est une tâche toujours inachevée, qu'aucun être humain n'est affranchi de l'effort que suscite la mise en rapport de la réalité intérieure et de la réalité extérieure ; enfin que cette tension peut être relâchée grâce à l'existence d'une zone intermédiaire d'expérience qui n'est pas mise en question (les arts, la religion etc...) ». Pour Winnicott, l'inconscient freudien comme entité n'est évidemment pas de cette zone... (L'on doit cependant reconnaître à la psychanalyse une attention particulière

voire une théorisation de ce qui est « ici et maintenant » observable, évidemment relié à l'hypothèse théorique fondamentale de l'Inconscient, dans la prise en compte et l'analyse du transfert et du contre-transfert. Et d'un point de vue systémique, l'on admettrait aisément, avec les analystes, que ce qui opère dans une cure c'est bien les phénomènes transférentiels et leur analyse).

LA QUESTION EST-ELLE LÀ ?

Ne s'intéressant pas tant au pourquoi qu'au comment des choses, la question essentielle que pose le symptôme à la thérapie systémique est non pas celle de son sens mais celle de sa fonction. En cela le concept d'hypothèse en systémique est sans doute plus « scientifique » que « philosophique » à la différence des autres approches thérapeutiques. Mara Selvini-Palazzoli ¹¹ l'exprime ainsi : « Le concept d'hypothèse ainsi spécifié saisit la signification fondamentale du terme à sa racine étymologique de supposition excluant sa justesse et sa fausseté » ou encore : « l'hypothèse, par conséquent, n'est ni vraie ni fausse mais plus ou moins utile ». Ce qui importe en systémique, ce qui fonde sa valeur, est la plus ou moins grande utilité de l'hypothèse par rapport à un processus thérapeutique à venir, à rendre compte de l'observable, du perceptible dans sa complexité même. La thérapie systémique ne reconnaît pas comme siennes les catégories philosophiques du Vrai, du Faux, de la Vérité. La vérité dont elle se préoccupe est tout juste une vérité fonctionnelle, « scientifique » et en rien une vérité métaphysique absolue. Jacques Lacan ⁸, par contre et par exemple, écrit : « Soyons catégoriques, il ne s'agit pas dans l'anamnèse psychanalytique de réalité mais de vérité ».

Ce qui essentiellement différencierait l'approche systémique des autres thérapies serait la scission radicale par elle introduite entre le « philosophique » et le « scientifique », elle pourrait être aussi la seule à permettre au thérapeute — et à ses patients — dans sa pratique professionnelle, l'économie d'une conception philosophique de l'Homme, de son destin et de son rapport au monde et aux autres. Nous pensons qu'elle dit quelque part que là n'est pas son domaine, que ce domaine-là est domaine privé. Peut-être est-il maintenant opportun de revenir à la citation de Daniel Durand ⁴ : « Ainsi la systémique nous indique, indépendamment de toute idéologie, les voies à suivre pour renforcer et développer la démocratie ». Ce que peut dire l'approche systémique des sociétés humaines c'est juste que la démocratie est à long terme la plus efficace et rien quant à la valeur pour l'homme du système démocratique (et rien non plus quant à la valeur des systèmes autoritaires) ; cela est une question morale qui ne regarde que chaque individu dans sa citoyenneté.

**PROPOSITION PLAGIAIRE POUR TITRE D'UNE CONCLUSION
POLÉMIQUE
« FAMILLES, JE VOUS HAIS »**

Ce qu'apprend l'approche systémique en psychothérapie est la violence du système lorsqu'il est dysfonctionnel à l'encontre de chacun de ses éléments : les individus ; l'aliénation que ces derniers en subissent. Sa démarche thérapeutique, même revendiquée stratégique et manipulatoire, violente aussi, ne vise non pas à la manipulation de l'individu mais à celle du système, sa finalité au niveau de l'individu-élément est de rendre à chacun souple et possibilité d'évolution. Penser qu'il soit possible à l'individu, y compris au niveau de ses choix idéologiques, une liberté plus grande sans passage obligé par quelque conception métaphysique imposée, constitue le pari fondamental qui sous-tend cette approche. Si l'abord systémique est effectivement « totalitaire », que le thérapeute y assume une position de pouvoir, ce totalitarisme-là concerne le système et non l'individu — c'est sans doute sur cette méprise que se fondent les critiques adressées à la systémique. Bien au contraire, si l'on s'en tient à l'unité élémentaire du système familial, la thérapie systémique est vraisemblablement de toutes la moins aliénante. « Plus il passe de temps avec le patient, plus les mois et les années s'écoulent, plus le patient est conduit à assimiler son idéologie » Jay Haley⁷ à propos des thérapeutes non systémiques. Thérapie sans « âme », sans « philosophie » parce que ne reposant que sur l'étude du système observable et non sur une hypothèse théorique préalable, la thérapie familiale laisse hors de son champ la question du pourquoi, du sens comme étant propriété des patients, de chaque patient. Et si paradoxalement, les « grands manipulateurs systémiques » — c'est-à-dire des systèmes — réhabilitant dans le registre de la thérapie un domaine privé individuel, se révélaient être les meilleurs défenseurs, non de l'Homme, entité métaphysique, mais des individus ?

RÉSUMÉ

L'objet de ce texte est une réflexion sur la relation de la thérapie familiale systémique à une conception philosophique de l'homme. L'idée que cet article défend est que cette approche ne nécessite pas chez le thérapeute en tant que professionnel une idéologie et qu'en conséquence le processus thérapeutique n'est en rien l'adhésion des membres de la famille à la conception « métapsychologique », « idéologique » du thérapeute, contrairement aux autres approches thérapeutiques.

SUMMARY

The purpose of that text is a thought about the connection of systemic family therapy in relation to a philosophical conception of Human Being.

The idea this article stands up for is that this approach doesn't require with the therapist as a professional an ideology and that consequently the therapeutic process is not at all the adherence of the family members to the «metapsychological» and «ideological» conception of the therapist, contrary to the other therapeutic approaches.

Mots-clés :

Idéologie
Révélation
Totalitaire
Hypothèse

Key words :

Ideology
Revelation
Totalitarian
Hypothesis

BIBLIOGRAPHIE

1. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, N° 1420 pp. 11-12, Paris, octobre 1984. Article «Compte-rendu des 33èmes journées de la Fédération Nationale des Associations Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale».
2. BATESON, G. : *Vers une écologie de l'esprit*, Ed. Le Seuil, Paris, 1977. Tome I, chapitre « Une théorie du jeu et du fantasme ».
3. CHERTOK, L. : « Un siècle de psychothérapie », in *Revue de Psychiatrie Française*, Année 1982, N° 5. (Citant Roustang, F. « Elle ne le lâche plus », Ed. de Minuit, Paris, 1981).
4. DURAND, D. : « La Systémique ». Ed. P.U.F., coll. *Que sais-je ?*, Paris, 1983.
5. FAVRET-SAADA, J. : « Les mots, la mort, les sorts ». Ed. Gallimard (N.R.F.), Paris, 1979.
6. FREUD, S. : « Métapsychologie ». Ed. Gallimard, coll. Idées, Paris, 1969.
7. HALEY, J. : « Nouvelles stratégies en thérapie familiale ». Ed. J.P. Delarge. Editions Universitaires, Paris, 1979.
8. LACAN, J. : « Ecrits ». Ed. Le Seuil, Paris, 1966.
9. MINUCHIN, S. : *Familles en Thérapie*. Ed. J.P. Delarge, Paris, 1979.
10. OLIEVENSTEIN, C. : « Avant Propos », in *Cahiers critiques de Thérapie familiale et de pratique de réseaux*, N° 6, p. 7.
11. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G.F. et PRATA, G. : « Hypothétisation – Circularité – Neutralité », in *Thérapie Familiale*, vol. 3, N° 3, pp. 117-132, Genève, 1982.
12. STIRNER, M. : « L'Unique et sa propriété ». Ed. Stock, Paris, 1899.
13. WINNICOTT, D.W. : « De la pédiatrie à la psychanalyse ». Ed. Payot, Paris, 1969.

Loïc Corchuan

Psychologue, psychothérapeute systémique
38, rue du Chanoine Bérenger
F-50300 Avranches

QUELQUES ASPECTS DU DÉLIRE ET DU SECRET DANS LE THÉÂTRE DE SHAKESPEARE *

F. SCHLEMMER

Polonius : « Bien que ce soit de la folie, voici qui ne manque pas de logique !... Quel à propos ont parfois ses répliques ! Une justesse, un bonheur d'expression, que souvent décroche la folie, et que raison et santé chercheraient vainement à si bien exprimer... »

(Hamlet, Act. II, scène II)

Examiner l'ensemble de l'oeuvre de Shakespeare pour en retenir les aspects particuliers de ce qu'on entend par « délire » et « secret » en termes de thérapie familiale, serait un travail trop considérable pour s'en tenir à la matière d'un article. Aussi aborderons-nous ce thème en nous bornant à relever quelques données en quatre tragédies du génial enfant de Stratford-on-Avon : Roméo et Juliette, Hamlet, le Roi Lear et Macbeth. Ces exemples sont déjà assez frappants pour constater que William Shakespeare avait l'intuition de choses qui furent confirmées par l'approche systémique. Il avait, notamment, comme une prescience du « message paradoxal ». Il savait par quels enchaînements l'homme peut se trouver condamné à perdre la raison. Il connaissait aussi ce que les « antipsychiâtres » ont redécouvert : la signification du langage de la folie. La scène du « Globe » — comme son nom l'indique — est la scène du monde. Shakespeare, dont l'imagination était hantée par le thème de la séparation entre l'être et le paraître, la fiction et la réalité, nous fait partager avec lui la présence mythique et lancinante des réalités imaginaires.

On retrouve en son oeuvre le souffle visionnaire et les mécanismes de la tragédie grecque. Le théâtre de Shakespeare est comme une clé au psychodrame de notre vie, et il nous interpelle, concernant les causes profondes de nos actes.

L'ordre dans lequel nous abordons ces quatre tragédies n'a d'autre choix que la chronologie selon laquelle, d'après les spécialistes, elles ont été, sans doute écrites, en tout cas jouées.

* Reçu le 4 janvier 1985.

I. ROMÉO ET JULIETTE (Délégation, hétérostase et quiproquo)

Roméo, tout son comportement le prouve, est un très jeune adulte, sans doute même un adolescent ; Juliette a 14 ans. Mais on ne saurait réduire cette tragédie au seul thème du malheur des amours juvéniles persécutées par l'incompréhension et les haines familiales.

Reprenant le thème d'une légende siennoise, Shakespeare situe l'action à Vérone ; Roméo et Juliette sont enfants de familles patriciennes. Mais rien, apparemment, ne les destine l'un à l'autre, puisque ces deux familles, Montaigu et Capulet, sont opposées par une haine tenace. Et pourtant :

*« From forth the fatal loins of these two foes
A pair of star-cross'd lovers take their life »*

*(Dans le sein fatal de ces deux ennemis
Deux amants prennent vie sous la mauvaise étoile).*

Dans la tradition des tragédies antiques, Shakespeare évoque ici « le sort funeste » : Roméo et Juliette sont « star crossed », donc mal aimés des dieux, constamment poursuivis par cette malveillance de leur destin funeste. En dépit des amitiés et des complicités qui veulent favoriser leur amour, les aider à réaliser leur tendre projet (et ils sont vraiment dévoués, les Mercurio, Benvolio, frère Laurent et la bonne nourrice de Juliette) rien ne se déroule comme prévu. Aucun « coup de pouce » de la providence : au contraire, les malentendus, les contretemps fâcheux, le hasard même, vont constamment contrecarrer leurs projets. Les Capulet et les Montaigu n'ont même pas à déchaîner les effets de leur tenace rivalité, le destin s'en charge pour eux.

Pourtant, ces querelles de familles comportent, en leur vindicte féroce, la même obscure déraison : on sait qu'il faut haïr « ceux d'en face » sans plus savoir pourquoi. Comme les Atrides ou les Labdacides, Montaigu et Capulet sont porteurs de messages et de malédictions trans-générationnels. Leur complicité, c'est cette haine qui ne connaît plus son sujet, mais connaît encore son objet ! Leur non dit, c'est cette forme de racisme sous-jacent qui veut toujours prouver, selon les propos de Tybalt, que « les autres » sont des couards méprisables : « L'épée tirée, parler de paix ? Ce mot je le hais comme je hais l'enfer, tous les Montaigu, et toi ! En garde, poltron ! ».

Mais ensuite, comment opère cet instrument du destin pour combattre la force de l'amour, pour brouiller les cartes, pour confirmer l'impossible réconciliation des deux familles ? On pourrait résumer cela par le titre d'une autre oeuvre du grand Willy : « La comédie des erreurs ». Il y aurait même un côté comique dans la façon catastrophique dont tout projet échoue, si le sort des jeunes amants n'était si émouvant. « Quid pro quod » est l'origine latine du mot quiproquo : prendre

ceci pour cela, le vrai pour le faux... et réciproquement, et ce ressort de vaudeville est ici tristement répété : c'est en tâchant d'éviter le duel, qui va tragiquement raffermir la haine des deux maisons rivales, que Mercurio est tué. Le stratagème imaginé par Frère Laurent, pour simuler la mort de Juliette afin que ses parents atterrés puis émerveillés par son retour à la vie consentent enfin au mariage (ou plutôt acceptent le fait accompli) se retourne contre Roméo qui n'a pas pu en être averti. C'est l'ignorance de ce mariage qui fait que le loyal comte Paris, outré de trouver Roméo devant la tombe de Juliette, le provoque en duel, et sera tué par lui. Et ce n'est qu'après l'avoir tué que Roméo comprend, trop tard, le sens des paroles de son page et le juste courroux de Paris. Enfin, c'est la certitude de la mort de Juliette qui le fait s'empoisonner et qui fait que Juliette, reprenant conscience, se poignarde pour ne pas lui survivre. Quel enchaînement de fatals malentendus, quelle obstination du sort dans l'imbroglia !

Mais finalement, pourquoi tant de méprises, sinon parce que Roméo et Juliette ont été élevés avec une « délégation » de haine héréditaire ? Or voici qu'ils refusent, parce que Cupidon les a frappés de sa flèche d'or, cette loi de leur clan ! Ce faisant, ils menacent la volonté de « non-changement » en osant prétendre que l'amour partagé sera plus fort que la haine héritée. Un brave prêtre espère, à son tour, que cet amour devienne le chemin de la réconciliation, et entend le sanctifier par la bénédiction nuptiale. Mais, comme il n'a pas l'audace, ou les moyens, d'assumer pleinement la clarté de ce projet, il imagine un stratagème. Ainsi, reproduisant les mêmes équivoques, aux chemins tortueux de la haine, cet apprenti Machiavel croit pouvoir opposer sa propre ruse... et tel est pris qui croyait prendre. En ce drame, le système des familles n'a même pas besoin des grandes orgues du destin pour maintenir le poids implacable d'un conservatisme mortifère. Et c'est peut-être l'aspect si dérisoire de cette destinée qui fait que :

*« Jamais il n'y eut plus douloureux récit
que celui de Juliette et de son Roméo. »*

II. LA TRAGÉDIE DE HAMLET (Le poids trop lourd de la délégation)

Hamlet est un jeune homme de 30 ans, fils de roi, prétendant au trône. C'est sa mère, veuve du feu roi, qui règne. Mais règne avec elle l'oncle de Hamlet, Claudius, qu'elle va épouser.

Hamlet ne semble d'ailleurs pas pressé de monter sur le trône : ce n'est pas le fait que sa mère règne qui le gêne, mais que son temps de veuvage ait été si court et qu'elle s'apprête à épouser Claudius, frère de son père, au moment même où l'on s'apprête à célébrer la cérémonie funèbre du feu roi.

Claudius et la reine, d'ailleurs, comblent le jeune prince d'attentions démonstratives. Car ils le trouvent inquiétant, ce fantasque héritier qui rappelle ce qu'on veut oublier. On verra bientôt que Claudius aimerait s'en débarrasser par n'importe quel moyen... Mais il est gêné par la reine, qui veut avoir son fils auprès d'elle. Remords ?... comme lady Macbeth, elle a dû connaître la passion et le crime. Envers son fils, ses sentiments semblent se résumer en un mélange de sollicitude et de crainte. Mais quand, enfin, Hamlet va laisser entendre qu'il « sait ce qu'il ne doit pas savoir », elle va laisser agir Claudius qui, par deux fois, tentera de le faire tuer.

On sait comment le spectre du feu roi est apparu à Hamlet et lui a révélé l'horrible meurtre dont il fut victime, perpétré par sa femme, et l'amant de celle-ci, Claudius, frère du souverain assassiné. Voilà Hamlet chargé d'un pesant secret ainsi que d'une vengeance, bien lourde à sa nature sensible. S'il peut haïr Claudius, il ne parvient pas à détester sa mère. Mais qu'il hésite, et le spectre paternel apparaît à nouveau, plus pressant...

Hamlet est d'autant plus déchiré qu'il n'a pas l'absolue certitude que « le spectre » est vraiment son père : n'a-t-on pas vu des sorcières et des esprits malins prendre cette sorte d'apparence pour égarer les malheureux mortels et les pousser au crime ? Mais si cette révélation horrible est bien réelle, alors il sait combien sa propre vie est en danger : il ne peut exercer sa vengeance qu'en calmant l'inquiétude vigilante de sa mère et de Claudius... et pourtant, il ne peut vérifier l'hypothèse qu'en étudiant comment ils réagissent devant l'accusation !

Devant un tel dilemme, Hamlet, sachant que son caractère étrange et tourmenté préoccupait déjà la reine et la cour, prend un parti « paradoxal » : il feint d'avoir l'esprit égaré pour vérifier ses soupçons sans éveiller ceux de son entourage. Dès cet instant, Hamlet est enfermé dans son rôle comme il est muré par le secret. Mais s'il choisit l'apparente folie comme moyen de couverture à son enquête, n'est-ce pas parce que, quelque part, il sait que la folie le guette ?

A la folie... simulée de Hamlet va répondre (après le meurtre de son propre père par celui qu'elle aime) la folie, bien réelle, de la pauvre Ophélie. Hamlet, privé du seul être qui le rattache à la vie, poursuit le cours de sa vengeance, mais sans passion, et comme sans y trouver d'intérêt... C'est presque en dehors de sa volonté que le châtement suit son cours. Hamlet accepte le duel avec Laërte (pour lequel il ne ressent aucune haine) et devine la trahison de ce combat piégé. Est-ce par hasard qu'on intervertit les épées, par hasard que la reine boit le vin empoisonné que Claudius destinait au prince ?

Lorsque Hamlet agonisant (victime autant de ses contradictions déchirantes que de l'épée empoisonnée de Laërte) voit son seul et fidèle ami, Horatio, s'apprêter à le suivre dans la mort, il l'adjure de rester en

vie : il faut que quelqu'un demeure le témoin de cet horrible drame, et puisse dire au monde le courage, la lutte, le calvaire du jeune prince danois, tué par un système familial monstrueux, et par le poids écrasant de la délégation paternelle.

III. LE ROI LEAR

Trois formes de folie

Voici une tragédie qui va conduire au paroxysme du délire et de la violence. C'est le vieux roi lui-même, qui par son orgueil et son aveuglement, déclenche le cataclysme. Et il faudra qu'il aille, dans le comble du dépouillement et de l'abjection, jusqu'à la folie, pour que le cycle délirant engendré par son aveuglement puisse enfin l'éclairer afin qu'il retrouve clairvoyance et paix au moment de mourir. En parallèle, la conduite du vieux Gloucester, père égaré, exilé et bafoué comme son souverain, accompagne le calvaire du roi comme le contrepoids dysharmonique de cette symphonie pathétique.

La tragédie débute par un des plus étonnant message en « double bind » que puisse donner un père à ses enfants : « *Dites-moi*, mes filles, quelle est celle de vous dont *nous* déciderons qu'elle nous chérit le plus ? »... Le prix en étant la plus grosse part de son royaume partagé ! Il s'agit donc, pour chacune, de *dire* son amour, avec l'équivoque « *Dites-moi...*, celle dont nous déciderons ». Mais comment dire son amour en vue de satisfaire ses intérêts, son orgueil, son ambition ? Comment exprimer l'amour filial, par essence véridique, profond, pudique, sans le trahir par l'hyperbole flatteuse induite par le roi ?

La suite est prévisible : Gonerille et Réjane vont enchanter les oreilles du vieux Lear, et Cordélia ne peut se résoudre à jouer cette comédie grotesque. Elle sait bien que « son amour est plus riche que sa langue » et qu'elle ne pourrait « hausser le coeur jusqu'à la bouche ». Et elle dit : « J'aime votre majesté comme le veulent nos liens sacrés ni plus, ni moins ». Cordélia est déshéritée ! De ses deux prétendants, le duc de Bourgogne, la voyant sans dot, se désiste, mais le roi de France l'épouse. Et le vieux Roi Lear partage son royaume entre ses deux filles aînées. Il pensait, avec une escorte de gardes et de nobles, résider chez l'une, puis chez l'autre. Mais il est dépouillé de ses biens et chassé comme un mendiant. Et le noble Kent (qui avait tout tenté pour le dissuader de prendre cette décision funeste et qu'à cause de sa courageuse franchise il avait banni) s'engage, sous un déguisement, à son service. Maintenant Lear est réduit à forlanger sans ressources et sans escorte, et se met à perdre tout à fait la raison, errant avec le fidèle Kent, qu'il ne reconnaît pas, et le « fou du roi » pour seuls compagnons.

Lear devient donc dément par douleur, après avoir été mené jusqu'à la déraison par l'orgueil. En chemin, le monarque devenu rôdeur rencontre un étrange personnage : il s'agit du fils aîné du Comte de

Gloucester, Edgar, chassé par son père, sur des accusations injustes de son ambitieux demi-frère Edmond. Edgar, accablé de douleur et menacé de mort, joue la folie sous les traits du « pauvre Tom », un mendiant misérable et repoussant.

Ainsi, trois « fous » se trouvent confrontés et vont illustrer chacun le thème de la folie dans la tragédie du Roi Lear. D'abord le roi lui-même, dont l'orgueil sénile, sous l'aiguillon de la douleur et de l'humiliation, devient cette aliénation qui refuse l'intolérable réalité. Accompagné de son bouffon, il rencontre « Tom » (qui est Edgar de Gloucester). La « folie » de Tom est caricaturale, extrême, on pourrait, paradoxalement, écrire : « démesurée ». En ce miroir déformant, Lear reconnaît sa propre disgrâce. De même que Hamlet « joue le fou » pour égarer les soupçons, « Tom » le fait pour échapper à ceux qui le recherchent. Après avoir rencontré Lear, c'est son père que Gloucester retrouve. En quel état ! Après lui avoir crevé les yeux, Réjane, fille de Lear et son complice Edmond, fils du vieux Gloucester, l'ont également chassé comme un mendiant. Et le comte de Gloucester est alors guidé par son fils aîné, Edgar, comme Oedipe l'était par Antigone : « Opulent, il était, et il est misérable, il s'en va sur la terre étrangère en tâtant le chemin avec son bâton ». Ce vers de Sophocle, dans Oedipe-Roi, a sans doute inspiré Shakespeare.

Le troisième personnage de cette rencontre est le bouffon, le Fou du roi. Fou du roi : c'est une trouvaille étonnante, dès le haut Moyen-Âge, que cette fonction ! Le pouvoir comporte deux pièges : la solitude qui déprime, et l'orgueil qui aveugle. Pour s'en protéger, le roi dispose d'un bouffon qui a pour rôle de l'amuser par ses pitreries : voici pour les risques de la tristesse. Mais le fou a une autre fonction, plus importante, et plus subtile : l'éclairer par ses saillies qui sont autant de vérités cachées sous la dérision.

Parce que le Fou est reconnu comme tel, parce que tout indique sa « folie » : son costume bicolore grotesque, son bonnet à grelots et son parler comique, ses propos « ne portent pas à conséquence ». Ce qui lui permet de s'adresser au roi avec une liberté que ne peut avoir aucun courtisan. Certes, il risque le fouet : c'est le prix à payer pour occuper, auprès du souverain, une place si intime, et pour être si souvent témoin des intrigues du pouvoir. Mais il est, lui-même, redoutable : un mot du Fou peut ruiner la carrière d'un grand seigneur, ridiculiser une courtisane ambitieuse, dévoiler un complot, parfois même révéler au roi ce que son aveuglement refuse de savoir. Si l'outrance des propos du Fou semble en disqualifier le réel message, il ne fait pas autre chose qu'employer, pour souligner « la réalité de la réalité » le discours paradoxal.

Mais pour ce Fou, resté fidèle au roi déchu, la mission est plus difficile ; certes il partage son exil, le froid, la faim et la misère, mais si le

roi a perdu la raison, quel peut être le rôle du « Fou »... sinon raison garder ? Il accompagnera son souverain jusqu'à ce que le fidèle Kent, puis sa fille Cordélia, devenue reine de France, puissent le recueillir. Le drame va vers sa conclusion : en une bataille opposant la justice à l'ambition, la félonie semble d'abord triompher, mais dans la souffrance et la mort, tenant en ses bras Cordélia assassinée, Lear va enfin trouver la paix en son royaume pacifié par le châtement de tous les traîtres.

La tragédie du Roi Lear semble résumer toutes nos peines et nos contradictions. Lear semble comme chargé du fardeau des souffrances humaines. C'est en quoi sa folie semble rassembler toutes les folies, celles qui sont apparentes et celles qui sont cachées. Chacun déraisonne, selon le jeu des circonstances et la pente de son tempérament. « Le monde entier est un théâtre, les hommes et les femmes n'en sont que les acteurs », écrit Shakespeare.

IV. MACBETH **(Un cas de délire induit ?)**

Lord Macbeth est brave : sa conduite héroïque dans la bataille lui vaut la gratitude de son cousin Duncan, roi d'Ecosse. Aussi la vie de Macbeth pourrait-elle être la simple histoire d'un homme servi par la fortune : déjà noble, seigneur habitant un château magnifique (devenu depuis, en Ecosse, résidence royale), le voici maintenant comblé par les faveurs du roi.

Mais le destin jaloux tend à Macbeth les pièges de l'ambition démesurée. Les trois sorcières ne sont que l'instrument de ce sort funeste, qui veut que l'homme rencontre si souvent en lui-même son pire ennemi. Elles emploient, pour le conduire en parjure et au meurtre, la méthode subtile de la prédiction, qui déjà égara Oedipe : elles révèlent une part de l'avenir, mais en gardant secrète une part importante de la révélation. Ces confidences « qui révèlent et qui cachent » éblouissent celui qui les reçoit au point de le faire aller vers son destin comme un papillon vers la flamme de la bougie.

Ainsi les sorcières apprennent à Macbeth qu'il est « thane of Cawdor »¹ alors qu'ignorant encore la trahison du porteur du titre, il ne peut encore croire à la prédiction. Mais bientôt un messenger du roi viendra la lui confirmer : les sorcières ont bien « ferré le poisson » ! Elles laissent entendre que la destinée de Macbeth ira plus loin : jusqu'au trône. Et celui-ci, ébloui, en fait part à sa femme. Les voici tous deux pris dans les fantasmes de l'ambition sans borne. Plus tard, lorsque Macbeth, devenu roi, sera préoccupé par d'autres aspects de la révélation et surtout par le fait qu'après lui, c'est Macduff qui règnera, il ira retrouver les sorcières. Et, à nouveau, la révélation du futur comportera

¹ Thane est un ancien titre écossais correspondant à celui de comte.

les pièges que l'on sait : « Tu ne seras vaincu que lorsque la forêt de Birnam marchera contre ton château » et « aucun homme né d'une femme ne peut te mettre à mort ». Double impossibilité, semble-t-il, et pourtant la chose se réalisera lorsque Macduff, pour attaquer le fief, camouflera ses troupes par les branchages de la forêt, et lorsqu'en combat singulier, il révélera à Macbeth qu'il est né d'une césarienne, sa mère étant déjà morte.

Macbeth est poussé au meurtre comme par la force du destin. Il connaît pourtant le poids du scrupule, comme il connaîtra celui du remords : il ne saurait parvenir à ses fins sans la terrible alliée qu'il trouve en son épouse. Elle n'hésite pas, lady Macbeth ! Et, reniant en elle « tout ce qui peut relever de la tendre femme » elle devient harpie poursuivant implacablement la quête du pouvoir, conseillère harcelante de son mari et complice. Après le meurtre de Duncan, cependant, le rôle de leader de la conjuration va devenir trop lourd pour elle. Le massacre des deux chambellans, auquel elle a directement participé, fait sur sa main meurtrière, cette tache de sang que rien ne saurait plus laver... Et après le meurtre de Banco, elle ne peut résister à tant de tension et sombre dans une folie qui la conduit à la mort. Macbeth resté seul, bientôt haï de tous, se méprisant lui-même, n'en poursuit pas moins sa dérisoire et tragique lutte pour garder le pouvoir ; mais comme un bateau ayant cargué les voiles continue sur son erre... L'élan n'y sera plus, et la nécessité de la lutte, il l'affronte en capitaine qui livre une bataille dont il connaît déjà l'issue fatale.

Revenons à lady Macbeth, sans qui rien, sans doute, ne se serait déclenché. N'est-elle pas également victime de quelque ancienne malédiction, et son comportement cruel et passionné ne s'expliquerait-il pas par quelque traumatisme antérieur ? Pourquoi prend-elle tant de soins à évoquer les puissances infernales afin qu'elles la « protègent » de la sensibilité de sa nature féminine ? Elle dit à Macbeth qui vient de tuer le roi : « Je l'aurais fait moi-même s'il n'avait ressemblé à mon père endormi ». On peut se demander si lady Macbeth n'agit pas « par délégation » en armant la main de son mari. Et si le fait que Duncan évoque en elle le souvenir de son père n'est pas un des éléments déterminants en sa résolution. Assouvir l'ambition par le crime et régler du même coup une rancune filiale implacable, ne serait-ce pas faire un beau coup double ?

Rien ne nous permet d'étayer cette supposition, car les éléments concernant l'histoire de la famille de lady Macbeth sont absents de la tragédie. Rien... si ce n'est qu'elle expliquerait les raisons de la ténacité, de la force, de la démesure de sa haine.

Macbeth est-il un héros ou un monstre ? Et ne se montre-t-il pas, en étant l'un et l'autre, tristement humain, jouet de forces maléfiques extérieures révélant ses propres noirceurs ? L.C. Knight voit en lui « la

vision la plus profonde que Shakespeare nous donne des forces diaboliques». Si Macbeth est victime des sorcières, c'est bien de celles de la lande mais aussi de celle du château... Et ce n'est pas réduire la tragédie à une pauvre querelle d'un drame conjugal ! Chacun des conjoints s'efforce d'y surpasser l'autre en horreur. Enfin le couple maudit va finir par révéler au monde ce qu'il voulait cacher : Macbeth, en évoquant au banquet le spectre de Banco assassiné, lady Macbeth pendant le délire où elle fait entendre à son entourage que sa main est criminelle.

C'est la démesure de leur sombre nature tourmentée, cruelle et conflictuelle, qui, après tant de souffrances et de massacres, va provoquer leur propre châtement. Le drame de Macbeth est celui des pensées démoniaques qui hantent ceux qui sont dominés par la soif du pouvoir.

Essayons de conclure :

Roméo et Juliette montrent la dérision des moyens humains face aux forces du « système ». Leur amour, même sanctifié par la bénédiction du brave frère Laurent, n'a pas la force de briser la chaîne de haine tissée par leurs familles. On ne se bat pas contre un mythe qui est, au niveau familial, l'image que la famille veut donner d'elle-même. Au temps de Shakespeare, on n'avait pas la notion (encore actuellement peu connue), des forces de l'homéostasie familiale, et leurs mécanismes prégnant semblaient le visage du destin, y rejoignant, en cette période de « christianisme sceptique », le fatalisme antique. « Essayer de lutter contre les maux envoyés par les dieux, c'est faire preuve de courage, mais c'est aussi folie », disait déjà Euripide.

La tragédie de Hamlet, nous l'avons nommée : le poids trop lourd du secret. Hamlet vit le même drame qu'Electre, chargée du poids de son intuition concernant le meurtre d'Agamemnon, son père. Mais Hamlet n'a pas la force d'âme de la princesse troyenne (et il ne dispose pas d'un Oreste pour agir en son nom !) A Electre l'héroïne, Shakespeare oppose Hamlet, l'anti-héros. C'est cette force et cette fragilité qui nous le rendent si attachant. Il porte le poids terrible d'être instrument de la justice. Mais le devoir de la vengeance s'assortit du risque de la « révélation du secret... » Ce n'est pas le pouvoir implacable des Harpies, c'est un pouvoir fragile et menacé. Hamlet peut se dire à lui-même ce que Juliette disait à Roméo : « C'est de ta propre peur que j'ai peur ».

Le Roi Lear, tragédie partant, comme les précédentes, d'un comportement familial aberrant, expose toute la symbolique des propos déliants, et la fragile frontière entre santé et maladie mentale. En cette épopée, les fous sont parfois sages, et ceux qui sont réputés sains d'esprit, victimes de leurs passions. Lear semble illustrer par avance la pensée de Chamfort : « Il y a plus de fous que de sages, et dans la sagesse même, il a plus de folie que de sagesse. »

Le drame de Macbeth illustre le combat, en nous-mêmes, entre ce que Jung a nommé notre « soleil » et notre « ombre ». C'est par l'intervention de forces extérieures que Macbeth est amené à libérer les forces les plus obscures de sa nature complexe. Il déchaîne les chiens de sa folie meurtrière : tel Ajax, il les portait en lui.

Le thème de la folie, comme celui du secret qui pèse et qui corrode, ont été constamment évoqués dans le théâtre shakespearien. L'étude trop sommaire que nous en faisons ici évoquera pour les familiers de l'oeuvre shakespearienne, d'autres folies, d'autres secrets, d'autres « systèmes » aliénants : de la folie douce et comique du songe d'une nuit d'été, à la folie sanguinaire de Richard III, ou « délire induit » de la jalousie meurtrière d'Othello.

Shakespeare, humaniste lettré, a dû lire Erasme, et ce passage de « L'Eloge de la folie » l'aura certainement frappé : « Suivant la définition du stoïcien, la sagesse consiste à prendre la raison pour guide, la folie au contraire à obéir à ses passions, mais pour que la vie des hommes ne soit pas tout à fait triste et maussade, Jupiter leur a donné bien plus de passion que de raison ».

François Schlemmer
5, rue du Village
CH-1294 Genthod (GE)

RÉSUMÉ

Cet article choisit quatre tragédies de Shakespeare pour en relever quelques aspects concernant les notions de délire et de secret, selon l'optique systémique. On peut ainsi constater la vision originale de Shakespeare sur ces thèmes :

- *vision « fataliste » dans l'esprit de la tragédie antique*
- *vision « dynamique » qui préfigure la compréhension d'un système familial et de mécanismes conduisant au délire et à la folie.*

SUMMARY

The themes of madness and of burdensome and corrosive secret appears frequently in Shakespear's plays. We hope that this cursory study may lead others to find further instances of them. Shakespeare had an awareness of what was to be proved later :

- *an innate intuition of « paradoxical message »*
- *and he knew the paths that lead a man to lose his reason...*

Mots-clés :
Délire
Folie
Message paradoxal
Secret

Key-words :
Delirium
Madness
Paradoxical message
Secret

BIBLIOGRAPHIE

- AUSLOOS G. : Système, modélisation, catastrophes. In *Thérapie familiale*, vol. II, 1981, N° 3, 187-205.
- CASSINELLI B. : « Histoire de la folie : le diagnostic de Shakespeare », p. 201. Bocca, Paris 1939.
- CAMUS A. : Le mythe de Sisyphe, 1942.
- EURIPIDE : Hercule furieux, Amphitryon.
- FLUCHERE H. : Introduction générale aux oeuvres de Shakespeare, Pléiade 1959 (p. 21).
- FLUCHERE H. : In *Encyclopedia universalis* : « Shakespeare ».
- MAURY Christiane : Le symbolisme de l'oiseau et du poisson chez Shakespeare, Le corps à vivre, bulletin N° 33, oct. 1980.
- JONES E. : Hamlet by Shakespeare, with a psycho-analytical study. Wilson press, 1947.
- KNIGHT L.-C. : The wheel of fire (p. 143) Metnen 1949.
- KNIGHT L.-C. : An approach to Hamlet : Chatto 1961.
- KOTT J. : Shakespeare, notre contemporain (Préface de Peter Brook) Juillard 1978.
- MAYOUX J.-J. : Willy Shakespeare, Aubier 1982.
- PARIS J. : Shakespeare, Editions du Seuil, 1954 : Introduction.
- ROWSE A.-L. : Shakespeare, the man. Mc Millan, 1963.
- SMIRNOFF V. : In *Nouvelle Revue de psychanalyse* N° 14 sur : « Du secret », Gallimard 1976 : Le squelette dans le placard, pp. 27 à 59.
- SOPHOCLE : Oedipe-Roi.
- STAROBINSKI J. : Trois Fureurs (Essai) NRF.
- Citations de Shakespeare : « Hamlet », II, 2. « Roméo et Juliette » I, 2 et II, 1. « Comme il vous plaira » II, 7. Macbeth I, 5 et II, 2. Othello IV, 2.

NOTES DE LECTURES

Formations et pratiques en thérapie familiale

Sous la direction de Mony Elkaïm

Editions ESF, Paris 1985

A l'occasion d'une rencontre internationale, convoquée à l'initiative de l'institut d'études de la famille et des systèmes humains de Bruxelles et de l'Ackerman Institute for Family Therapy de New York, les principaux thérapeutes et formateurs en thérapie dite familiale ont confronté leurs positions. Cet ouvrage redonne les communications et les échanges des participants de ce congrès dans leur forme originelle, ce qui en fait à la fois la saveur et l'intérêt. Le lecteur retrouvera avec plaisir les grands noms du continent nord-américain, tels que Minuchin, Sluzki et Whitaker à côté des Européens comme Caillé, Andolfi et Cecchin. Cet ouvrage complète de façon particulièrement intéressante le dossier consacré à la formation présentée dans les derniers numéros de notre revue. En outre, dans cet ouvrage se trouve la transcription du séminaire de Haley consacré à la thérapie stratégique, dont il est inutile de souligner l'intérêt.

Félicitons Elkaïm d'avoir rassemblé ces documents.

J.J.E.

La désaliénation systémique : les entretiens collectifs familiaux en institution

Jean-Claude Benoît et Denis Roume

Editions ESF, Paris 1986

Pour tous ceux qui s'intéressent à l'approche systémique en institution et en particulier dans l'hôpital psychiatrique, cet ouvrage représente un apport extrêmement intéressant et important. On retrouve à la fois la rigueur conceptuelle dans l'approche théorique et la richesse de l'expérience clinique dont bénéficient les auteurs.

L'ouvrage est articulé en 3 volets : loyauté, communication, négociation. La troisième partie débouche sur une approche plus globale à l'extérieur de l'établissement hospitalier. Le tout s'inscrit dans une

démarche visant à dépasser positivement une crise évolutive en cours, ou au moins à prévenir la catastrophe de l'aliénation majeure.

J.J.E.

Nous avons prévu de signaler à l'occasion certaines réalisations parues en langue allemande.

C'est ainsi que nous avons le plaisir de signaler la mise sur pied aux éditions DTV (Deutscher Taschenbuch Verlag, Munich) d'une nouvelle collection intitulée Dialog und Praxis. Cette collection présente à la fois des traductions d'ouvrages classiques et des publications originales en langue allemande. Nous avons relevé ainsi :

- Bruno Bettelheim : So können sie nicht leben.
Il s'agit de la traduction de l'ouvrage paru en 1955 sous le titre Truants from life. The Rehabilitation of Emotionally Disturbed Children. Il s'agit d'un ouvrage classique où l'auteur présente le résultat de ses travaux à l'école orthogénique de Chicago. L'histoire de quatre enfants profondément perturbés est présentée.
- Bruno Bettelheim : Kinder brauchen Bücher
soit la traduction de l'ouvrage paru en 1982 : On Learning to Read, The Child's Fascination with Meaning. L'auteur étudie la signification pour les enfants de ce qu'ils lisent, mettant en garde contre le risque d'un désinvestissement de la lecture, de perturbations comportementales liées à l'indigence du texte proposé.
- Deux ouvrages d'Erich Fromm sont également publiés aux éditions DTV en traduction allemande soit Psychoanalyse und Ethik (paru en 1947 en anglais sous le titre de Man for Himself. An Inquiry into the Psychology of Ethics ;
- ainsi que l'ouvrage traitant des relations entre la psychanalyse et la religion paru en 1950 sous le titre américain de Psychoanalysis and Religion que les éditions DTV présentent avec le titre de Psychoanalyse und Religion.
- L'ouvrage de Elise Freinet, l'épouse du célèbre pédagogue paru sous le titre de l'Itinéraire de Célestin Freinet. La libre expression dans la pédagogie Freinet, Payot 1977, traduite en allemand sous le titre Erziehung ohne Zwang.
- Un ouvrage intéressant, publication originale de Léo Navratil : Schizophrenie und Dichtkunst, paraît également aux éditions DTV. C'est un ouvrage important réalisé par le célèbre spécialiste de la psychopathologie de l'art qui nous avait en particulier offert des études très intéressantes sur la psychopathologie dans l'art pictural : il nous présente le fruit de ses études consacrées à la psychopathologie dans la poésie. Une partie importante de l'ouvrage est

- consacrée à Hölderlin ainsi qu'à d'autres poètes dans le but de mieux comprendre les relations entre la créativité et la psychose.
- Arnold Lazarus et Allen Fay : *Ich kann, wenn ich will* (traduction de l'ouvrage américain *I Can If I Want To*, 1975.) Il s'agit d'un ensemble de recettes qui semblent faire plaisir au grand public et il faut aussi le dire à nombre de professionnels, qu'ils soient psychologues ou psychiatres...
 - Jerome D. Frank : *Die Heiler* (traduction de l'ouvrage paru en 1961 sous le titre *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*, 1961). L'auteur, professeur de psychiatrie d'une des grandes universités américaines, essaie de déterminer ce qui, dans de nombreuses démarches, qu'il s'agisse du schamanisme ou des psychothérapies modernes, permet d'obtenir un résultat valable. A travers cet ouvrage, c'est le principe même de la psychothérapie, son essence, qui est discuté. Il s'agit d'un ouvrage intéressant, offert par un auteur compétent.
 - Katharina Zimmer : *Sie wollten nur mein Bestes. Eltern und Kinder blicken zurück auf ihre Erziehung.* C'est un ouvrage original paru en langue allemande analysant à partir d'un certain nombre de situations précises les relations entre parents et enfants adultes.
 - Walter Kempler : *Grundzüge der Gestalt-Familientherapie.* (Traduction de *Principles of Gestalt Family Therapy*, 1973). Présentation de l'approche familiale à partir de la Gestalt Therapie de Frederick S. Perls. Quelques notions élémentaires sont passées en revue.
 - Rudolf Dreikurs, Shirley Gould et Raymond J. Corsini : *Familienrat* (*Family Council*, 1974). Il s'agit d'un ouvrage essentiellement pragmatique visant à dénouer un certain nombre de conflits intra-familiaux. De larges extraits de séances sont présentés et discutés.

Dialogue – 92 – 2ème trimestre 1986

De l'Union libre.

Dossier préparé sous la responsabilité de S. Chalvon-Demersay et M.-N. Mathis avec des données statistiques et juridiques, la discussion de ce fait de société et sept portraits.

Le Groupe familial

« Nos enfants des autres ». Enfants placés, leurs familles, les structures d'accueil. 112. Juillet-septembre 1986. Nous avons retenu :

D. Rapoport : Les bébés hospitalisés ; J.-Cl. Benguigui : Parents et personnel des pouponnières ; Ch. Toscani-Merle : Clio de 15 à 17 ans, les incidences du placement dans un service de l'Education surveillée ;

M. Buisson et J.-Cl. Mermet : Des circulations d'enfants : de la famille à la familiarité ; R. Clément : Parentalité et dysparentalité ; M. Corbillon, J.-P. Assailly et M. Duyme : La reproduction du placement à l'Aide sociale à l'enfance ; M. Duyme : De l'abandon au don ; S. Hermine : L'internat ; J.-M. Guyon et J.-L. Léonard : A chacun sa place ? ; Th. Lambert : L'enfant et la machine institutionnelle ; J. Prochasson : Placements d'enfants : une histoire de, et à répétition.

INFORMATIONS

SYMPOSIUM SYSTEMISCHE THERAPIE: Reflexionen. Ce symposium est organisé par la Zeitschrift für systemische Therapie, Lüneburg, 23-25 avril 1987.

Informations : Hohe Strasse 39, D-4600 Dortmund 1.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THÉRAPIE FAMILIALE, Prague, 11-16 mai 1987.

Informations : Czechoslovak Medical Society, ICFT 1987, Vit. unora 31, P.O. Box 88, 120 26 Praha 2, Czechoslovakia.

I.F.E.R.T.: INTERGROUPE DE FORMATION ET D'ÉTUDES EN RELAXATION THÉRAPEUTIQUE: 1er colloque international de relaxation. Palais des Congrès, Paris 12 au 14 juin 1987. Présidence : Pr. Y. Pélicier.

Renseignements et inscriptions : J. Chêne, 34 rue du Laos, F-75015 Paris. Tél. : 45 66 43 58.

C.E.R.F.: CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE SUR LA FAMILLE: 7 mars 1987 de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 au 65-67 av. Gambetta, F-75020 Paris. rdc, Bât. C : journée de sensibilisation sur le thème : « Théorie de la communication et approche systémique de la famille ».

Responsables de la journée : Mmes M. Gross et A. Cordina

Participation aux frais : Fr. 250. —

Renseignements et inscriptions : M. Gross, CERF, Tél. : 30 64 65 47.

ISO: INSTITUTE FOR SYSTEMS SCIENCE, CH-3900 Brig, Case postale 523.

4ème Symposium International, 21-22 février 1987

Etats de conscience modifiés, avec J.E. Bogen, G.M. Bogen, A.J. Deikmann, P.T. Furst, R.H. Prince et G. Guntern.

5th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. WADP In Bern : Theme : Body, mind and soul : a holistic view of man, science and universe. Munchen, March 6th-10th 1987.

Information/Application : Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Wielandstrasse 27/28, D-1000 Berlin 15.

CENTRE GREGORY BATESON, F-69002 Lyon, 13 rue V. Hugo. Tél. : 78 42 77 08. Association Lyonnaise de Thérapie Familiale.

17-18 septembre 1987 : Approche systémique face à la plainte psychosomatique ; atelier avec E. Tilmans-Ostyn.

4-5 décembre 1987 : Thérapie des familles à problèmes multiples. Atelier avec O. Masson.

LA VIOLENCE DANS LA FAMILLE : Une théorie explicative. Dr R. Perrone, responsable de formations IFATC, St-Etienne (France). Psychiatre-thérapeute de famille, Membre de l'American Family Therapy Association.

22 janvier 1987 : Foyer St-Etienne, Ch. Primevère 1, CH-1700 Fribourg. Tél. 037/24 16 86.

Inscriptions : en nombre limité, décembre 1986.

Prix : Frs. 50. — (étudiants Frs. 25. —) CCP 17-7158-1.

7ème Journée psychanalyse et approche familiale systémique

**Dimanche 7 décembre 1986
(PARIS)**

Thème : « Jeux de la folie / Stratégies thérapeutiques »

Intervenants :

P. Caille — J.P. Dupuy — M. Elkaim — R. Neuburger — A.M. Nicolo
C. Schmidt

Inscription :

Auprès du Secrétariat du C.E.F.A., 31, rue d'Amsterdam, F-75008 Paris
Tél. : (1) 40 16 02 06

Frais de participation : Adhérent : Frs 180. —
Non adhérent : Frs 220. —
+ frs 50. — pour Euro-Chèque

Libeller les chèques à l'ordre du C.E.F.A.
Joindre le règlement à la demande d'inscription.

DEUXIÈMES JOURNÉES ROMANDES DE THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Lausanne, 6 et 7 mars 1987

1ère Journée : **Processus morphogénétique dans les
traitements au long cours**

2ème Journée : **L'organisation institutionnelle et ses effets sur
l'activité thérapeutique**

(avec la participation de Jacques Mèlèse, Paris)

Renseignements complémentaires et formulaires d'inscription :

Service Médico-Pédagogique, Unité César Roux, rue César Roux 29,
CH-1009 Lausanne.

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 : | | Développement national et économie mondialisée | 7,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Phénomène urbain | 5\$ | Éducation, économie et politique | 7,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Les systèmes d'enseignement | 7,50\$ | Réflexions sur la sociologie | 7,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Sémiologie et idéologie | 7,50\$ | Écologie sociale et mouvements écologiques | 7,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Femme/travail/syndicalisme | 7,50\$ | Les Femmes dans la sociologie | 7,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Domination et sous-développement | 7,50\$ | La Sociologie une question de méthodes ? | 8,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Science et structure sociale | 7,50\$ | Regards sur la théorie | 8,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Travaux et recherches sur le Québec | 7,50\$ | L'État et la société | 8,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Pour une sociologie du cinéma | 7,50\$ | Enjeux « ethniques » | 8,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi ? | 7,50\$ | L'informatisation : mutation technique, changement de société | 9,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| La Gestion de la santé | 7,50\$ | Sociétés et vieillissement | 9,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Psychologie/Sociologie/Intervention (réimpression) | 9,50\$ | Santé mentale et processus sociaux | 9,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Le développement des relations sociales chez l'enfant | 7,50\$ | Sociologie critique et création artistique | 9,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Changement social et rapports de classes | 7,50\$ | Droit et pouvoir. Pouvoirs du droit | 9,50\$ | <input type="checkbox"/> |
| Critique sociale et création culturelle | 7,50\$ | | | |

À paraître — • Travail, santé, prévention, Vol. XVIII, n° 2, réalisé par Marc Renaud et Marcel Simard • Sociologie des phénomènes démographiques, Vol. XIX, n° 1, réalisé par Victor Piché •

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 1986

Individus :
Canada : 16\$
Étudiants : 12\$
Pays étrangers : 19,50\$

Institutions :
Tous les pays : 32\$
Le numéro : 10\$

NOM

ADRESSE

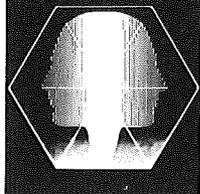
CODE POSTAL

Disponible en France : CHOPLIVRE, 8/10, rue Pierre Moulié, 94200, Ivry/s/Seine



**LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL**
C.P. 6128, succ. «A»
Montréal, Qué. H3C 3J7
2910, bd Edouard-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 80.— FF 335.—
 \$US 48.— \$CAN 67.— FB 2055.—

*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

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

..... ✂

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE

pour l'année 198.....

Abonnements individuels :

FRS 60.— / FF 250.—

Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs :

FRS 75.— / FF 315.—

EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P. 229 — CH-1211 GENÈVE 4 — C.C.P. 12-8677-8 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 Française 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.

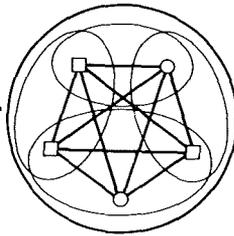
BIBLIOGRAPHIE

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° 4

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| M. ELKAÏM: Questionnaire sur la formation | 297 |
| L. BARRELET, A. MENTHONNEX et M. ARCHINARD: Traitement de famille et travail institutionnel: Au-delà de la triangulation ? | 347 |
| L. CORCHUAN: La thérapie familiale systémique a-t-elle une âme ? . | 363 |
| F. SCHLEMMER: Quelques aspects du délire et du secret dans le théâtre de Shakespeare | 371 |
| Notes de lecture | 383 |
| Informations | 385 |

CONTENTS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| M. ELKAÏM: Enquiry on training | 297 |
| L. BARRELET, A. MENTHONNEX et M. ARCHINARD: Beyond Triangulation: The Coordination of Family Therapy and In-Patient Treatment Programs ? | 347 |
| L. CORCHUAN: Has systemic family therapy got a « Soul » | 363 |
| F. SCHLEMMER: Some aspects of delirium and secret in Shakespearian theatre | 371 |
| Reading notes | 383 |
| Informations | 385 |