

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

PARADOXE ET CONTRE-PARADOXE

•

TYPOLOGIE DES FAMILLES, QUELS MODÈLES?

•

SCULPTURE FAMILIALE ET ANOREXIE MENTALE

•

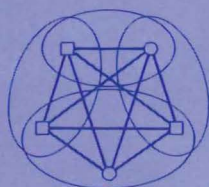
COLLABORATION THÉRAPEUTES-PARENTS

•

OBSERVATION À DOMICILE

•

CATAMNÈSE D'ADOLESCENTS



Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal – M. DEMANGEAT, Bordeaux – A. DESTANDEAU, Menton – J. DUSS von WERDT, Zurich – J. KELLERHALS, Genève – S. LEBOVICI, Paris – J.-G. LEMAIRE, Versailles – A. MENTHONNEX, Genève – † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer – Y. PELICIER, Paris – R.P. PERRONE, St-Etienne – F.X. PINA PRATA, Lisbonne – † J. RUDRAUF, Paris – J. SUTTER, Marseille – M. WAJEMAN, Paris – P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction: Guy AUSLOOS, Montréal – Jean-Claude BENOIT, Paris – Léon CASSIERS, Bruxelles – Yves COLAS, Lyon – † Jean-Jacques EISENRING, Marsens – Daniel MASSON, Lausanne – Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité de lecture: Ph. CAILLE, Oslo – M. ELKAÏM, Bruxelles – P. FONTAINE, Leuven – E. GOLDBETER, Bruxelles – C. GUITTON, Villejuif – L. KAUFMANN, Prilly – R. NEUBURGER, Paris – G. PRATA, Milano – J.C. PRUD'HOMME, Québec – C. ROJERO, Madrid – E. ROMANO, Paris – P. de SAINT-GEORGES, Namur – P. SEGOND, Paris – F. TULKENS, Bruxelles.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson
Centre de traitement psychiatrique de jour
Rte de Sauvablin 25
CH-1018 Lausanne
Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction: E. Terribilini

Recension de livre: B. Waternaux

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène
Case postale 456
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° C2-622.803.0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la B.U.O. (Banque de l'Union Occidentale à Paris) libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:

FS 60.– FF 264.– FB 1523.–

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

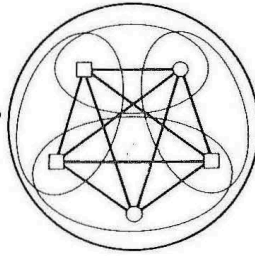
FS 110.– FF 458.– FB 2750.–

Numéro séparé:

FS 30.– FF 125.– FB 750.–

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1991 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.



THÉRAPIE FAMILIALE

Vol. XII - 1991 - No 3

SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| Présentation | 193 |
| J.P. GAILLARD: Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance | 195 |
| Commentaire de C. GUITTON: Paradoxe et contre-paradoxe, complexité et contre-complexité | 201 |
| C. MACQUET: Typologies de familles ou structurations des formes de socialisation? | 205 |
| Commentaire de P.J. FONTAINE, C. REYNAERT et P.JANNE: De la circularité dans le modèle circomplexe d'Olson | 211 |
| L. ONNIS: Thérapie familiale de l'anorexie mentale: un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales | 225 |
| G. AUSLOOS: Collaborer c'est travailler ensemble: des parents-clients aux parents-collaborateurs | 237 |
| F. ROCHAT: Des entretiens de famille aux observations à domicile et retour .. | 249 |
| C.L. CUENDET: Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapique | 257 |
| Informations | 273 |

CONTENTS

| | |
|---|-----|
| Presentation | 193 |
| J.P. GAILLARD: In defense of a concept in decline | 195 |
| C. GUITTON's commentary: Paradox and counter-paradox, complexity and counter-complexity | 201 |
| C. MACQUET: Family typology or structures of the forms of socialiation? | 205 |
| P.J. FONTAINE, C. REYNAERT and P. JANNE's commentary: On circularity in the Olson's circumplex model | 211 |
| L. ONNIS: Family therapy with anorectic patients. An intervention model using family sculptures | 225 |
| G. AUSLOOS: To collaborate means to work together: From the parents-clients to the parents-collaborators | 237 |
| F. ROCHAT: Using home observations in family therapy | 249 |
| C.L. CUENDET: Follow-up of 18 severely disturbed adolescents and their parents | 257 |
| Informations | 273 |

PRÉSENTATION

Les 7^{èmes} Journées de Thérapie Familiale de Lyon marquant le 10^e anniversaire de votre Revue seront derrière nous lors de la parution de ce fascicule. Si nous n'avons pas prévu d'en faire un numéro spécial, la rédaction compte publier un certain nombre de contributions à ces Journées dans l'un ou l'autre des prochains numéros.

Pour l'heure, nous sommes heureux d'innover en publiant les commentaires de lecteurs, ainsi que les réponses des auteurs, sur deux articles parus dans la Revue. Ce type de dialogue entre auteurs et lecteurs nous paraît enrichissant et stimulant et nous souhaitons vivement qu'il fasse école. Et pourquoi ne pas envisager aussi un courrier des lecteurs? Alors, si le cœur vous en dit, à vos plumes!

Restaurer le concept du contreparadoxe quelque peu malmené par la cybernétique de second ordre. C'est ce que propose **Jean-Paul Gaillard** pour qui le modèle contreparadoxal exerce dans la thérapie familiale systémique la même fonction que l'interprétation en psychanalyse: créer du sens, du nouveau, de la différence, bref de l'information. Dans son commentaire, **Catherine Guitton**, tout en redéfinissant le paradoxe, introduit le concept de la complexité qui en lui-même contient la notion de paradoxalité. Ces deux contributions contiennent en germe, me semble-t-il, l'ébauche d'une théorie générale du travail thérapeutique.

Avec le texte de **Claude Macquet** s'ouvre le dialogue à propos de la grille d'évaluation du fonctionnement familial selon le modèle circumplexe d'Olson. Il s'agit d'un commentaire critique de l'article de C. Reynaert et coll. paru dans les colonnes du n° 1/1991 de la Revue. Avec nuance, il commente le modèle d'Olson et en souligne l'apport méthodologique notamment en ce qui concerne l'intégration de la circularité. **Pierre Fontaine**, dans sa réponse fort documentée, reprecise la position des auteurs qui semble être proche de celle développée récemment par Olson.

L'article de **Luigi Onnis**, sur le traitement de l'anorexie mentale, illustre son approche de la «complexité». Partant des niveaux socio-culturel, familial et individuel impliqués dans le symptôme anorectique, il en analyse l'aspect «double message». Le problème thérapeutique est de savoir comment décoder ce double message s'exprimant au niveau corporel, en message clair (en information pertinente) permettant l'installation d'un processus de changement. Le sculpting familial utilisant, avant de passer au registre verbal de la description et des commentaires, la communication à travers le corps, s'avère pertinent avec le langage corporel du symptôme et facilite l'émergence du «message clair».

Partant de la difficulté à devenir et à être parent, **Guy Ausloos** aborde celle d'être un agent thérapeutique adéquat. Généralement imprégné du modèle médical, reflet d'une attitude fort répandue dans le monde occidental, l'intervenant est entraîné à rechercher et à voir ce qui ne va pas occultant les capacités de

la famille. L'auteur propose une approche avant tout centrée sur la reconnaissance des compétences de la famille favorisant ainsi l'émergence des changements autoréférentiels du système familial. Il en souligne les conséquences pratiques dans la conduite des interventions.

Si les visites à domicile — pratiquées en France dans le cadre de l'Observation en Milieu Ouvert — sont courantes dans le travail social, la conjonction systématique de séances de thérapie avec des visites à domicile est originale. **François Rochat** rapporte son expérience effectuée dans un contexte américain avec des familles en traitement sur ordonnance judiciaire. Les avantages de cette pratique sont notables: informations contextuelles plus larges, meilleure connaissance des interactions familiales courantes, mise en évidence de ressources et compétences de la famille sinon ignorées. Ces avantages permettent des interventions thérapeutiques mieux ajustées.

L'évaluation des thérapies systémiques — trop rare encore dans nos latitudes francophones — est indispensable pour l'amélioration de notre outil thérapeutique et préventif. **Claire-Lise Cuendet** présente une étude catamnétique portant sur dix-huit adolescents et leurs parents. Cette étude prend en compte le degré d'individuation de l'adolescent, les modalités d'organisation du couple parental et conjugal et enfin un indice de sévérité permettant de comparer l'état de la famille avant la thérapie et au moment de la catamnèse.

D.M.

PLAIDOYER POUR UN CONCEPT EN VOIE DE DÉCHÉANCE

J.-Paul GAILLARD*

Résumé: *Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance.* — L'auteur propose de restaurer l'ensemble «paradoxe/contre-paradoxe» dans les caractéristiques structurales qui sont les siennes au sein de la théorie systémique en thérapie. Il établit dans ce but un parallèle entre l'ensemble «paradoxe/contre-paradoxe» et le concept d'interprétation en psychanalyse, puis il tente de préciser la place, pour lui centrale, qu'ils occupent dans les processus de changement.

Summary: *In defence of a concept in decline.* — The author proposes to revive the pair «paradox/counterparadox» through the structural characteristics they possess within systemic therapy theory. To this end he establishes a parallel between the pair «paradox/counterparadox» and the concept of interpretation in psychoanalysis, and then attempts to specify the place (for him central) that they hold in the process of change.

Mots-clés: Paradoxe-contreparadoxe: thérapie familiale — Interprétation: psychanalyse — Conseil — Homme transparent — Homme opaque — Modèle — Structure — Changement — Apprentissages — «S'adosser au paradoxe».

Key words: Paradox/counterparadox: family therapy — Interpretation: psychoanalysis — Advice — Transparent man — Opaque man — Model — Structure — Change — Learning — «To fit over a paradox».

La prise en compte, par les praticiens, des apports de la deuxième cybernétique conduit certains d'entre eux à jeter pêle-mêle dans la charrette des condamnés tous les concepts suspects d'avoir entretenu de coupables relations avec la première cybernétique.

Le «contre-paradoxe» est du nombre, accusé de produire du changement «calculé» (entendez: fermeture), et non du «plus de choix» (entendez: ouverture)!

Je dois confesser avoir entretenu — et conserver la ferme intention d'entretenir encore — de coupables relations avec l'accusé.

En 1977, c'est lui, avec les premiers articles de Mara Selvini (traductions aussi approximatives que clandestines), qui fut le précieux détonateur dans l'explosion de mon univers conceptuel, et dans l'enrichissement de ma pratique... je me dois, en ces temps difficiles, de me commettre d'office son avocat.

* Psychanalyste, thérapeute familial formateur I.2E.P.H., 26, rue des Fontenottes, F-25000 Besançon.

Psychanalyste depuis vingt ans, j'ai appris, parfois durement pour mes patients et pour moi-même, que dans une cure on ne glisse pas impunément de l'or pur de l'interprétation au plomb vil du conseil.

L'interprétation (*Deutung*), qu'elle s'attache à briser un signifiant redondant (honnête: au/net; vipère, vit/père, etc.), ou qu'elle offre une hypothèse prudente (jusqu'à quel âge avez-vous dormi dans la chambre de vos parents? Est-ce que le présent événement que vous vivez si mal ne ressemble pas à un autre dont nous avons longuement parlé il y a quelques mois? etc.), ou encore qu'elle relève un lapsus-lingue... l'interprétation a régulièrement pour effet de ménager une ouverture dans une structure signifiante close, et à travers l'ouverture ainsi pratiquée de faire jaillir un autre signifiant dans un éclair de «vérité» (celle de l'Inconscient: pas celle du psychanalyste!).

Le conseil, qui le plus souvent est l'expression de la «bonne-volonté» du praticien (bonne-volonté liée à un glissement coupable de la place du «supposé-savoir» à celle du «croyant-savoir»), conduit régulièrement les patients à des états plus ou moins denses de perplexité, laquelle perplexité les rend peu aptes à profiter de cette louable sollicitude.

Dans ce cas, en effet, le conseil s'épanouit dans la «double-contrainte» (cf. Bateson):

- Le psychanalyste, en acceptant d'engager une cure avec un sujet, signifie au dit-sujet qu'il est suffisamment averti de par sa propre expérience et de par sa formation, quant à l'irréductibilité de l'Inconscient, et qu'il se sent le courage de ne pas céder sur le désir de l'analyste, à savoir entre autres, le courage de ne pas abuser, et, autant qu'il est possible de ne pas mésuser, des effets de la dépendance inhérente au Transfert du patient sur la personne de l'analyste. En des termes sans doute trop simples, l'analyste convient tacitement avec son patient de ce que:
 - si ce dernier inévitablement le confondra parfois avec son père, sa mère, son grand-père, son aïeule, sa sœur, son frère, son dieu, sa voiture, son placenta, son chien, etc.;
 - lui, jamais, autant qu'il est possible, ne se prendra au jeu de se fondre avec eux!
- Le même psychanalyste, en se laissant aller à un conseil (et si vous changiez de travail? Et si vous divorciez? etc.), trahit ce pacte au plan verbal, dans le même temps qu'au plan analogique — assis dans son fauteuil d'analyste — il l'affirme à son patient.

(Il arrive une fois ou l'autre qu'un psychanalyste estime que dans telle ou telle situation le risque vaille d'être couru, il arrive aussi qu'un conseil prennent valeur d'interprétation, ou même qu'une interprétation prenne sciemment la forme d'un conseil: ce n'est pas l'objet de notre présente réflexion.)

Dans la mesure où nous prétendons que psychanalyse et thérapie familiale systémique se fondent sur les mêmes objets: la Demande (cf. R. Neuberger), le Désir, le Transfert, l'Inconscient (fut-il rebaptisé «boîte noire» ou remodelisé hors

des cotes que lui a assignées la psychanalyse), il devient probable que ce glissement concerne tout autant le thérapeute familial systémique que le psychanalyste.

Il est en tout état de cause patent, pour l'un comme pour l'autre, que l'usage du conseil dans la séance conduit régulièrement à des effets pervers diluant la dynamique du travail, disqualifiant le thérapeute, et dont il n'est pas toujours facile de s'auto-excuser avec un: «ça m'a fourni des informations supplémentaires»!

L'hypothèse à partir de laquelle j'organise mon travail de thérapeute familial est celle-ci:

Le modèle contre-paradoxal exerce dans la thérapie familiale systémique la même fonction que l'interprétation dans la psychanalyse.

De même que l'interprétation, à travers le sujet (sujet défini dans l'individu), s'adresse à un «type logique», un registre, bien précis que l'analyste nomme «Inconscient», de même le contre-paradoxe, à travers le sujet (sujet défini par exemple dans le groupe familial), s'adresse à un registre qu'à tout le moins le thérapeute peut qualifier de «non-conscient».

Et dans les deux cas cela produit du «nouveau».

Il nous importe tout particulièrement ici de définir le type de ce «nouveau», puisque la logique du procès intenté au «contre-paradoxe» le ravale au rang de simple technique plus ou moins autoritaire, parmi d'autres possibles, et dont on peut de ce fait se passer.

Je soutiens que c'est là jeter le bébé avec l'eau du bain!

Mon hypothèse est en effet que prétendre, pour un thérapeute familial systémique, pouvoir se passer de l'usage du modèle «paradoxe/contre-paradoxe», est aussi peu sérieux que, pour un psychanalyste, prétendre œuvrer sans l'interprétation.

Le modèle contre-paradoxal — de même que le modèle interprétatif — ne se définit pas comme une simple technique.

Le concept d'interprétation se définit simultanément à deux niveaux:

- C'est le «dégagement par l'investigation analytique, du sens latent dans le dire et les conduites d'un sujet. L'interprétation (...) vise en dernier ressort le Désir qui se formule dans toute production de l'Inconscient». Appelons ce niveau: niveau structural.
- C'est la «communication faite au sujet et visant à le faire accéder à ce sens latent, selon les règles commandées par la direction et l'évolution de la cure». Ce niveau est le niveau clinique (cf. J. Laplanche/J.B. Pontalis).

En d'autres termes, l'interprétation est un sous-ensemble discret du système-psychanalyse, et dont l'usage sous-tend que soit reconnue la prévalence, dans l'organisation intra/inter-psychique, d'un registre structurellement inconscient.

A la rigueur, un psychanalyste pourrait se passer de divan, il pourrait peut-être faire peu de cas des rêves de son analysant... Probablement, ces soustractions ne provoqueraient-elles pas une révolution paradigmatique de la psychanalyse, une transformation d'identité.

En revanche, soustraire l'interprétation du corpus psychanalytique reviendrait à coup sûr à le dénaturer au point d'en faire une autre discipline, un autre corps théorico-pratique.

J'aurais aimé, pour le contre-paradoxe, extraire, comme je l'ai fait du «vocabulaire de la psychanalyse», une définition dans un dictionnaire de thérapie familiale; malheureusement, le seul dont je dispose («Dictionnaire des thérapies familiales, théories et pratiques», dir. J. Miermont) fait si peu de cas de ce concept qu'il ne lui accorde tout simplement aucune place dans ces termes!

Ce concept, il est vrai, nous engage dans des difficultés voisines de celles procurées par certains concepts psychanalytiques, comme le transfert, par exemple:

- Il est indispensable de considérer ce dernier dans le contexte particulier qui l'a mis à jour et qui l'a défini, et de n'en admettre la pertinence et la validité opératoire que dans ce contexte: celui de l'expérience psychanalytique.
- Il est malgré tout difficile de ne pas faire état de son universalité en tant que modèle fondamental de la relation interhumaine.
... En l'absence d'autres termes qui caractérisent proprement les deux processus eu égard à leurs contextes, nous continuerons, dans les deux cas, de parler de transfert.

Le paradoxe, en tant qu'il s'énonce comme «opinion contraire à l'opinion commune» (Litttré), est un processus manifestement dispensateur de **différence**. En cela, il est indéniablement constitutif de l'interaction discursive, c'est-à-dire aussi de la pensée. (Je crois même que nous pouvons le classer au rangs des «**fondamentaux**».)

Le transfert est l'un des modèles les plus généraux de l'interaction affective: il en est de même pour le paradoxe, avec la Pensée.

Le contre-paradoxe est assurément un processus paradoxal!

Le transfert est assurément un processus affectif!

Mais qui pourrait soutenir qu'ils ne sont que cela?

Ils sont des concepts, c'est-à-dire des éléments discrets de corpus théoriques, ainsi que des outils de corpus cliniques.

Il est acquis que le transfert — autant que l'interprétation — est, au cœur même du système analytique, un axe indissociable de ce système.

Quid du contre-paradoxe?

Il n'est pas impossible que le modèle contre-paradoxal constitue une ligne de démarcation entre deux conceptions (deux Ecoles) de l'Homme, à l'intérieur de l'univers Systémique en Sciences Humaines.

- D'un côté de la ligne, les «positivistes» et affinitaires: leur paradigme est: **l'homme transparent**. Il n'implique pas l'Inconscient comme Fondamental de l'humain, mais plutôt comme un état de fait auquel il est possible et utile de remédier.
- De l'autre côté, les «négativistes» et affinitaires: leur paradigme est: **l'homme opaque**. Il implique l'Inconscient comme Fondamental de l'Humain, comme élément discret du système «intelligence humaine»; sans l'Inconscient, pas de mémoire, pas de représentation, pas de langage, etc. (cf. Bateson).

Encore un détour, pour y venir plus vite, avec la technique dite de la sculpture familiale:

- Quels processus engage-t-elle?
- Quelles sont les voies de son efficience?

Un thérapeute demande par exemple à un membre de la famille-patient de mettre en scène sous la forme d'un tableau vivant «la famille comme le sculpteur la voit à ce moment» (Cecchin); à l'évidence, il postule que cette mise en scène constitue une projection (processus inconscient), qui figure de manière suffisamment pertinente la situation paradoxale dans laquelle le sculpteur se ressent (à son insu) au sein de sa famille.

Le thérapeute peut considérer, à la suite d'Andolfi, que cette prescription de «sculpturation» comprend en elle-même sa propre dynamique interprétative, sur le même modèle que celui de la prescription contre-paradoxale.

Le thérapeute peut interpréter par devers lui (avec le concours éventuel de son superviseur) cette mise en scène, pour ensuite proposer un recadrage qui, jamais, ne dévoile (ne traduit en clair) les termes inconscients de la mise en scène, par lui interprétés: il les transpose, les métaphorise, les déplace, les recombine, etc., mais jamais il n'en fait une «explication».

En cela, que fait le premier thérapeute, sinon ménager l'espace de l'interprétation, moment d'étonnement partagé ou de changement sans bruit?

Et que fait le second thérapeute, sinon que de s'adosser étroitement à une organisation paradoxale, y provoquant une ouverture génératrice d'organisation différente, dont c'est un fait d'observation qu'à chaque fois, elle est hiérarchiquement plus complexe et plus riche de choix?

Il semble bien qu'en fait toute pratique cohérente de thérapie — et pas seulement familiale — trouve son efficience:

- dans sa compréhension des processus paradoxaux;
- dans sa capacité à prendre appui, de mille manières, sur ces processus pour qu'en jaillisse la complexification.

Les processus paradoxaux sont la part vivante dans les modèles interactifs créés par un groupe familial, puisqu'ils sont créateurs de «différence» quand bien même ils viseraient l'annulation de la différence.

Il faut bien admettre, en outre, que le recours statistique au modèle scientifique de la répétitivité contrôlée, auquel nous pouvons nous adonner par le biais de telle ou telle prescription contre-paradoxale redondante, ne nous assure un peu de maîtrise qu'à un seul niveau logique: le niveau qui permet de savoir que, si je propose telle prescription paradoxale à tel type de famille, j'ai de fortes chances d'obtenir à chaque fois une complexification satisfaisante!

Prétendre que je maîtrise le contenu de ces résultats relève d'une illusion liée à un glissement logique.

Ainsi, j'ai pour ma part «guéri», en dix ans environ, quatorze anorexiques mentales, sur quatorze familles anorexigènes dont j'ai eu à m'occuper. (Aucune rechute, aucune transformation pathologique à ce jour.)

Et j'ai fait cela en appliquant aussi uniment que possible le même protocole à chacune de ces quatorze familles: dix séances, mêmes prescriptions aux mêmes séances, etc.

J'ai acquis de ce fait une certaine notoriété (locale) en matière d'anorexie mentale, mais en aucune façon je n'ai acquis une quelconque maîtrise sur les actes et les choix des familles concernées.

En termes batesoniens, je dirais avoir bénéficié en l'occurrence d'un deutéro-apprentissage (type 2), mais pas du tout un apprentissage de type 3...

Alors que mes patients, eux, ont bel et bien bénéficié de ce niveau 3! Pour ma part, je n'ai en effet rien supprimé, dans ma pratique, des **contraintes** inhérentes à l'apprentissage 2: je me borne à répéter.

Je n'ai été rien d'autre qu'**un agent** de la complexification. Je n'en ai pas été le **maître**.

De là à supposer que les parangons de la première cybernétique, ceux tout au moins qui se posaient en **maître du changement**, se collaient le doigt dans l'œil, il n'y a qu'un petit pas que je franchis allègrement...

Le changement n'a pas de maître: il n'a que des agents plus ou moins adroits, plus ou moins conscients, plus ou moins prétentieux, mais qui tous partagent **de fait** le modeste bénéfice d'un apprentissage 2 dans le même temps qu'ils procurent (quand ça marche) un apprentissage 3 à leurs familles-patients.

Des agents dont il est éminemment souhaitable qu'ils aient rencontré dans le décours de leur formation, la surprise, la brisure, l'éclair, l'allégresse, la chute et la remise sur pieds... qui sont la marque (non exhaustive) de l'apprentissage 3. Ils savent alors qu'on peut l'espérer, mais pas l'ordonner!

Ainsi n'avons-nous probablement jamais d'autre choix que celui de nous **adosser** aux paradoxes que nous avons appris à repérer pour, dans un «effet d'interprétation», en offrir aux familles une image sidérante dont nous savons par l'expérience de notre formation qu'elle peut briser ce qu'elle réfléchit, induire une rupture dans un modèle, et produire de la complexification.

A souligner que von Bertalanffy n'avait pas attendu l'avènement de la deuxième cybernétique pour associer clairement, dans sa «Théorie générale des systèmes»: «complexification dans un système ouvert» à «ouverture de l'éventail des choix».

J.-Paul Gaillard

Psychanalyste, thérapeute familial systémicien
26, rue des Fontenottes
F-25000 Besançon

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1977): *Vers une écologie de l'esprit*, tomes I et II, Seuil, Paris.
2. Laplanche J. et Pontalis J.B. (1967): *Vocabulaire sur la psychanalyse*, P.U.F., Paris.
3. Miermont J. (sous la direction de) (1987): *Dictionnaire des thérapies familiales*, Payot, Paris.
4. Neuburger R. (1988): *L'irrationnel dans le couple et la famille*, E.S.F., Paris.
5. Selvini-Palazzoli M. (1978): *Paradoxe et contre-paradoxe*, E.S.F., Paris.
6. von Bertalanffy L. (1973): *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris.

«PARADOXE ET CONTRE-PARADOXE COMPLEXITÉ ET CONTRE-COMPLEXITÉ»

En lisant ce texte, j'ai retrouvé avec plaisir certaines de mes interrogations. On suit avec intérêt le déroulement de la pensée du clinicien dans ce texte, mais je dois dire qu'il m'a semblé parfois difficile d'en saisir les articulations théoriques, particulièrement à propos de ce qui fonde la cohérence de la méthodologie systémique... et la conclusion arrive comme une provocation au lecteur!

Comme j'ai beaucoup apprécié l'effort de recherche et la subtilité qui émanent de ce texte, j'ose proposer ces quelques idées immédiatement inspirées par sa lecture, dans l'espoir d'élargir le débat en objectivant ce qui dans nos références appartient à l'épistémologie systémique: ne pas assez le reconnaître pourrait nous exposer à la tentation d'accepter le merveilleux et le magique sans limite.

Donc, l'auteur pose ici la question de l'émergence du sens et du nouveau, tant pour le psychanalyste que pour le thérapeute familial. Il s'agit de générer la découverte et non pas de fabriquer de la mécanique! En résumé et idéalement, si l'interprétation et sa dynamique dans le transfert est la voie royale pour le psychanalyste, le sculpting avec sa dynamique contre-paradoxe peut être celle du thérapeute familial. Le point important alors pour moi est de repérer comment procède le thérapeute systémicien, c'est-à-dire quelle logique sous-tend la méthode du sculpting et en quoi elle est cohérente avec l'épistémologie systémique.

Je souhaiterais donc ici amener quelques précisions: d'abord évoquer la définition du paradoxe selon Racamier (soit deux propositions contenues dans le même message et contradictoires, mais non opposables puisque pas situées au même niveau logique) et rappeler son texte sur la paradoxalité» des schizophrènes avec son analyse fonctionnelle des paradoxes dans l'économie intra-psychique individuelle.

Une fois précisée la notion de paradoxe, et ce qui fonde la nature paradoxale de certains événements, on peut envisager de travailler sur la notion de contre-paradoxe: la définition de Racamier indique selon quelle logique doit être construit le message contre-paradoxal.

Or il existe des situations concrètes paradoxales, le double-lien par exemple, mais aussi des situations naturelles, non définies comme pathologiques mais cependant à potentialité pathogène, à savoir les rencontres dans le vécu avec la réalité — polysémique et récurrente — de la complexité. Je m'explique en m'appuyant sur le texte et en prenant l'exemple du «conseil», donné par le thérapeute: dérive, trahison ou nécessité, quelle que soit l'épistémologie du thérapeute (systémique ou psychanalytique), ce conseil induit la perplexité chez les patients. D'un point de vue plus général, nous abordons alors ici le problème de la confusion des patients

* Institut de Recherches sur les Interactions Systémiques, 16bis, rue Oger, F-92340 Bourg-la-Reine.

en face des rétroactions de leur thérapeute, confusion soigneusement recherchée par certains grâce à la technique de «la provocation» bien connue des foules.

Cette perplexité témoigne à mon sens de la confrontation de l'esprit avec la réalité vécue de la complexité telle que la définissent J.L. Lemoigne et B. Paulré: à savoir la perception, non intégrale immédiatement, de plusieurs logiques contradictoires et paradoxales, interactives dans le même espace simultanément. Ainsi donc, les processus de la pensée rationnelle explosent et laissent le sujet dans une situation de crise psychique de confusion anxieuse. C'est la famille nécessaire pour ébranler les certitudes et permettre que soit vue l'évidence, enfin... tant sur un plan individuel que collectif.

Ainsi donc, en reprenant la définition de la systémie de B. Paulré au Premier Congrès international de systémie, à Lausanne, en octobre 1989, nous alignerons les six mots-clés qui fondent cette approche: complexité, modélisation, équifinalité, émergence, auto-référence, analogie (5).

Le concept de complexité contient en lui-même la notion de paradoxalité: l'issue, pour l'esprit, est la «traversée» de cette complexité en faisant appel à des fonctionnements psychiques qui ne se situent pas seulement dans la logique relationnelle mais aussi dans la logique analectique et dans le maniement du raisonnement par analogie: la complexité n'est pas symbolisable par un seul raisonnement car certains de ses composants ne sont même pas réductibles par le langage... Elle ne peut qu'être modélisée, au moyen d'une image, mise en scène comme dans le sculpting ou imaginée. Cette image est une invention spécifique générée à partir des processus auto-référentiels du sujet. La modélisation obéit forcément aux lois de la paradoxalité et elle contient en elle-même des messages polysémiques et contradictoires simultanément en interaction entre eux au moment où on la donne. Ainsi donc, la dimension contre-paradoxe du sculpting, qui est une application du procédé d'analogisation en direct avec la famille, est vérifiée. Cette modélisation permet l'émergence du sens et du nouveau, sa dynamique est inductive et sa finalité heuristique. Elle opère par les qualités propres de l'analogie: elle agit par un «effet de raison» (de type géométrique), par un «effet de sens» porté par le langage et ses potentialités transgressives, et enfin par un «effet d'image» (3).

Ainsi donc, nous pouvons rejoindre l'auteur dans son assertion que la dynamique contre-paradoxe est fondamentale dans les prises en charges systémiques. Nous ajouterons qu'elle formalise la méthodologie.

C. Guitton

BIBLIOGRAPHIE

1. Bompard A. (1987): *L'événement psychique collectif*, 2 tomes, Edition privée, Paris.
2. Giré A.: *Théorie ouverte des systèmes*, Edition L'Interdisciplinaire, Limonest.
3. Guitton C. (1988): *Instant et Processus*, E.S.F., Paris.
4. Lemoigne J.L.: *La Théorie du système général*, P.U.F., 3^e édition.
5. Paulré B. (1989): Introduction au Premier Congrès international de systémie. Cf. les *Actes du Congrès de Lausanne*, Edition AFCET, Paris.
6. Racamier P.C. (1978): «Les Paradoxes du Schizophrène». In: *Revue Française de Psychanalyse*, 42, pp. 877-969.

RÉPONSE DE JEAN-PAUL GAILLARD

Dans l'enseignement que je donne depuis quelques années, autour d'une approche constructiviste de la médecine, je ne « finis » aucune de mes interventions.

Je justifie à mes yeux cette paresse, en évoquant le souvenir d'un cours de Pierre Kaufmann qui, ce jour-là, il y a 25 ans, parlait de « l'effet Zeigarnick ».

Je ne sais pas si d'autres que Kaufmann ont jamais évoqué ce monsieur Zeigarnick, dont le mérite — pour moi immense — fut d'attirer notre attention sur un tout petit fait, que je me remémore en ces termes approximatifs :

— lorsqu'on met un sujet devant une tâche,

— qu'il se donne réellement à cette tâche,

— puis qu'on l'interrompt, qu'on l'empêche d'aller au bout,

... en lui, perdue un travail qui l'amène à construire « une fin » à la tâche interrompue.

L'aimable commentaire de Catherine Guitton vérifie une fois de plus la géniale trouvaille de Zeigarnick :

Selon ma déplorable habitude, j'ai donné un travail « pas fini », puis j'ai eu la chance qu'il intéresse Catherine Guitton... qui a conclu infiniment mieux que j'aurais pu le faire.

TYPOLOGIES DE FAMILLES OU STRUCTURATIONS DES FORMES DE SOCIATION?

C. MACQUET*

Résumé: *Typologies de familles ou structurations des formes de sociation?* — Ayant pris connaissance de l'article de M. Reynaert *et al.*, paru dans «Thérapie familiale» (vol. XII, 1, pp. 55-63) et consacré au circumflex de Olson, l'auteur propose de considérer différemment l'apport de ce modèle de causalité: le circumflex dû à Guttman permet d'établir des relations structurelles entre des variables dimensionnelles se trouvant dans une situation d'ambivalence.

Summary: *Family typology of structures of the forms of sociation?* — After the reading of the paper of Mr. Reynaert *et al.* appeared in «Thérapie familiale» (vol. XII, 1, pp. 55-63) about Olson's circumflex, the author emphasizes differently this model of causality: Guttman's circumflex makes possible to find structures between dimensions which are in an ambivalent situation.

Mots-clés: Circumflex — Ambivalence — Formes de sociation — Simmel.

Key words: Circumflex — Ambivalence — Forms of sociation — Simmel.

C'est avec un vif intérêt que j'ai pris connaissance de l'article de Reynaert *et al.* paru dans le numéro 1 (1991) de votre revue¹ et consacré aux travaux de Olson. Sa lecture a été pour moi à la source de quelques réflexions que je souhaiterais vous communiquer. Il me semble en effet qu'elles sont de nature à alimenter la discussion en regard de la définition de l'objet sur lequel peuvent intervenir les systémiciens.

En premier lieu, je partage entièrement le constat de départ des auteurs de l'article: il y a sans conteste une ambiguïté dans les travaux de Olson eux-mêmes. Olson hésitera parfois entre une représentation carrée (orthogonale et produisant donc l'effet d'une typologie; mais encore, cette typologie rassemblera soit seize, soit virtuellement soixante-quatre possibilités selon qu'il isolera quatre ou huit positions, comme il le fera à l'occasion, sur chacune des deux dimensions envisagées) du croisement des deux dimensions que sont la dimension «cohésion» et la dimension «adaptabilité» et une représentation qui devait mettre en évidence la

* Sociologue, thérapeute familial, boursier du Fonds national belge de la Recherche scientifique.

¹ C. Reynaert *et al.* (1991): *Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou comment la logique des contraires et aussi une logique des proximités*, *Thérapie familiale*, vol. XII, n° 1, pp. 55-63.

causalité de type circulaire qui les unit. Bien que la représentation graphique en trois zones circulaires et concentriques est antérieure à la présentation d'une typologie (et qu'elle a sa préférence intellectuelle ceci dit; la première date de 1979 et la seconde de 1982 si mes informations sont exactes), il semble que Olson n'a pas voulu trancher dans cette ambiguïté et à tout le moins, il semble s'être résolu à éditer ses deux représentations de manière connexe, voire de les faire se juxtaposer par surimpression comme avec l'exemple du graphique repris dans l'article de Reynaert et diffusé dans les manuels de l'Université du Minnesota.

Il y aurait peut-être à cela cette raison pratique ou plutôt stratégique même, à investiguer: une présentation sous la forme d'une typologie des variations d'un objet d'étude a très fréquemment et *quasi* automatiquement la préférence des chercheurs parce qu'elle a, consensuellement, un poids et une valeur scientifique supérieurs à d'autres présentations. La typologie et à l'inverse d'une collection de typifications toutes singulières par exemple ou encore à l'inverse de la présentation d'un cas idéal-typique, se présente donc comme étant l'ensemble des variations possibles de l'objet d'enquête qui, par ce biais, est ainsi totalement objectivé dans ces variations. Par contre (et je tenterai d'y revenir plus avant dans ce papier), une représentation circulaire, c'est-à-dire une représentation qui voudrait rendre compte de cette possibilité où une variable est à la fois corrélée et dépendante d'une autre qui lui est antérieure et aussi à l'occasion la cause de cette première variable, ne relève pas d'une telle capacité heuristique; mais — et très précisément — parce que cette circularité nous fait passer du registre d'une causalité de type fonctionnel (la corrélation positive entre deux variables indépendantes) à celui d'une causalité de nature structurale (et l'impossibilité empirique de discriminer laquelle des deux variables est antérieure à la seconde), nous sommes alors limités dans notre prétention à être exhaustifs et nous sommes contraints, en quelque sorte, à adopter une position plutôt relativiste dans le cadre de la production de connaissances scientifiques et qui consiste à opérer par la juxtaposition des cas types d'occurrence d'une telle possibilité circulaire ou structurale; une collection de typifications dans le sens que Simmel (1981), Max Weber ou encore Alfred Schutz (William, 1973) pouvaient donner à cette notion. En adoptant une telle procédure de travail donc, le risque encouru est celui d'apparaître comme moins scientifique que d'autres; de devoir se contenter de produire des «modélisations» en lieu et place de «lois» (Boudon, 1990). C'est là à tout le moins un questionnement et une hypothèse qui vaudraient sans doute la peine d'être soumis à Olson lui-même.

Ceci étant, il m'est difficile de suivre les auteurs dans leurs efforts afin de dépasser cette ambiguïté. Certes la critique d'un reliquat ou d'un risque de «linéarité» chez Olson est, sans guère de doute possible, fondée; mais la formule proposée dans l'article pose des questions et entr'autres parce que la circularité de Olson prend place entre les positions des deux dimensions et non pas au sein de chaque dimension prise isolément. En particulier, je pense que la tentative de se représenter les deux dimensions comme étant les baleines d'un parapluie (et les deux pôles d'une dimension était présentés comme pouvant, tendanciellement, se rejoindre sous la forme de courbure de l'arc de la baleine) est bien le fruit attendu de la réflexion de chercheurs et de praticiens systémiciens ou systémiques. Mais cet essai ne rend plus compte de la formule de causalité bien spécifique et dont permet de

traiter le modèle dit *circumplex*; et, à certains égards, il s'en écarte de façon franchement dommageable à mon sens.

Le modèle dit *circumplex* date de 1953. Et lorsqu'il le met au point, son auteur, Guttman, veut donc traiter d'une possibilité bien particulière de relation causale: celle où il est logiquement difficile, voire impossible, de discriminer *a priori* une variable dépendante d'une variable indépendante. Le modèle dit *circumplex* de Guttman est ainsi utile pour la recherche dès lors qu'il semble vain de vouloir utiliser un modèle de causalité de type fonctionnel comme on le ferait par exemple avec l'analyse multivariée. Autrement dit et en anticipant quelque peu les notions d'analyse factorielle, d'analyse dimensionnelle ou encore de champ vectoriel, l'avantage du *circumplex* dû à Guttman est de traiter de la causalité dans des situations d'enquête où les causes et les effets sont non discriminés (Boudon, 1970); dans des situations d'enquêtes donc où les effets se présentent aussi comme des causes renforçant leurs émergences. Ou encore et en suivant Granger (1967), dans des situations d'enquête où, de fonction, les effets prennent valeurs de causes; et cette circularité ou ces renforcements (virtuels) des causes par leurs effets prennent, dans ces cas d'occurrence, valeur de structure. Et c'est bien cette hypothèse d'un renforcement des causes par les effets dans le cas du dualisme permanence-changement ou de l'ambivalence continuité-altération des familles appartenant à l'horizon culturel nord-américain que vérifie Russel (1979) au bénéfice d'Olson. Mais en aucune façon, me semble-t-il, la circularité ou le bouclage sur eux-mêmes du «chaos» et de la «rigidité» ou encore le bouclage de la «fusion» et du «désengagement» (et autre chose serait peut-être d'envisager les structures types «chaos-désengagement» et «rigidité-fusion»).

J'aimerais aussi insister pour ma part sur ce qui pourrait être d'autres originalités de Olson.

Il me semble que le recours qu'il fait au modèle dit *circumflex* de Guttman se justifie en fait par l'attention qu'il porte à trois *a priori* au moins ou trois préoccupations intellectuelles majeures que sont le statut épistémologique de l'**ambivalence**, celui de la **cause** et enfin, celui de la **normalité**.

1. Le statut du **dualisme** permanence-changement, cohésion-adaptation et ainsi de suite dans le cas des familles et des couples nord-américains: au terme d'un recensement de la littérature sociologique, psychiatrique aussi bien qu'anthropologique, Olson (1979: 14) considère comme réelle la coexistence en ces deux dimensions et qui animent les interactions familiales. Toute la question, à ses yeux, consiste dès lors à se doter d'une pensée qui puisse faire de ces deux dimensions (repérées inductivement ceci dit en passant) une seule et unique réalité plutôt que deux dimensions indépendantes, corrélées ou mêmes antagonistes.

Une problématique de la socialisation de l'individu par sa famille ou de l'intégration sociale de l'individu par sa famille ne pourraient être travaillées selon lui qu'en tenant compte de ces deux dimensions considérées comme les deux facettes d'une seule et même réalité formale: ici, la famille.

Il en arrive ainsi à récuser l'hypothèse d'une intégration «totale» ou «linéaire». En clair : il met radicalement en doute la validité d'un classement des familles — une typologie — séparant des familles dites fonctionnelles ou saines (parce qu'elles réussiraient l'intégration de ses membres) et des familles dysfonctionnelles dans la mesure où ce type de classement repose sur une seule des deux dimensions — l'exigence culturelle de cohésion — mais ne tient pas compte de la seconde — l'exigence culturelle de changement; c'est-à-dire, pour l'individu singulier, l'exigence culturelle à s'individuer.

2. Le statut de la **cause**: l'objectif de Olson est d'utiliser un modèle de causalité faisant du dualisme une catégorie positive d'analyse plutôt qu'un problème à résoudre; évitant de tomber dans l'erreur, selon lui, de voir dans le dualisme de la contradiction ou une opposition terme à terme. Pour ce faire, il ne recourt pas à un modèle de causalité plus classique de type positiviste ou linéaire (c'est là le rejet de l'hypothèse d'une liaison univoque cause-effet) et il reste aussi très prudent en regard de la possibilité d'utiliser un modèle de causalité fonctionnelle (la notion d'une déviance positive, par exemple chez Lemert (1967), repose sur une telle modélisation: la déviance primaire ou négative comme étant au service, de manière latente, du couple ou de la famille et ce dans son exigence de permanence). C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre le recours au modèle dit *circumflex* de Guttman, je pense.

3. Le statut de la **normalité**: Olson tient pour acquis que les quatre positions plus centrales de son schéma de travail sont dynamiquement plus satisfaisantes que les quatre positions les plus excentriques; c'est-à-dire qu'elles génèrent moins d'inconforts tant dans la perspective de la famille ou du couple que dans celle d'un de ses membres en particulier. La notion de référence ou paradigmatique dans ce cas est moins celle de dysfonction ou celle de souffrance que celle de plainte relationnelle; celle d'un certain «confort» ou celle de l'absence d'une difficulté majeure pour les membres de la famille; également pour la structure elle-même et mise à l'épreuve des temps sociaux ou des cycles familiaux.

En ce qui concerne la question de la normalité (familiale ou du couple), la particularité de Olson est d'envisager la capacité de la formule du vivre-ensemble familial ou en couple, non pas à être saine ou malade mais bien à opérer des glissements latéraux d'une position vers une autre; glissement positionnel sur un des deux axes dimensionnels mais qui entraîne à sa suite un nouveau mixage de l'ambivalence et rend la plainte relationnelle incongrue en quelque sorte.

Sur cette question de la normalité, la position de Olson pourrait être comparée à cette distinction anglo-saxonne entre *desease* et *illness* (Moore, 1988); ou encore aux propositions de Pichot (1988) distinguant la souffrance organique ou fonctionnelle de la plainte relationnelle ou interactionnelle.

Quatre remarques plus générales pour finir et qui pourraient laisser comprendre l'apport éventuel de la sociologie aux interventions dites systémiques.

Les dimensions avec lesquelles travaille Olson sont, de son aveu propre, de nature culturelle; elles sont donc dégagées inductivement de la réalité sociale investiguée par lui et ses collaborateurs. Qu'en serait-il dans d'autres horizons sociaux ou d'autres styles de vie que celui de la famille *WASP* nord-américaine? Est-on bien certain que l'exigence d'individuation et de changement soit d'une même intensité au cœur du quartier des Marolles bruxelloises et au bord du lac Léman? Que l'exigence de permanence l'emporte avec une même évidence ou une même force au sein des classes moyennes et dans des milieux plus populaires? Et surtout que ces dimensions s'expriment partout et en tous les temps avec les mêmes dispositions attitudinales?

Seconde remarque: Olson, en utilisant le *circumplex* de Guttman, est aussi méthodologiquement contraint par lui. En particulier, il ne peut utiliser que deux dimensions au plus. Ne pourrait-on dégager d'autres dimensions, en plus des deux premières donc et les injecter dans les analyses faites; quitte à procéder de manière plus logique que statistique mais sans doute aussi en prenant le risque, positif cette fois, de gagner en «profondeur» dans la compréhension de la famille ou du couple.

En troisième lieu: il est assez clair, à mes yeux, que Olson s'est penché sur une forme bien particulière du vivre-ensemble, selon l'expression de Paul Ricœur (1990). Qu'en est-il des autres formes de sociation des individus telles que la bande, le compagnonnage ouvrier, l'amour-passion, le marché concurrentiel, la fédération et ainsi de suite? C'est là sans aucun doute tout un programme de travail pour la sociologie des formes de la sociation et d'inspiration simmelienne; programme dont j'ai la faiblesse de croire qu'il a une portée clinique comme le laissent d'ailleurs bien augurer Caplow (1971) ou divers courants de recherche (allemands principalement) dans le domaine de la sociologie des émotions (Nedelmann, 1988; Gerhards, 1986, 1988).

Enfin, une quatrième remarque portera sur la question du *dualisme*; question centrale tant chez Olson que chez un sociologue tel que Simmel. Si l'on suit Olson et ce en privilégiant sa perspective circulaire à celle d'une typologie et d'une hypothèse strictement orthogonale des dimensions (une construction ordinale des dimensions donc), pourquoi ne pas faire usage de cette autre possibilité: faire de la variation de l'ampleur du dualisme, c'est-à-dire de l'importance de la distance séparant empiriquement et à chaque fois les pôles des dimensions retenues dans le cas de telle ou telle forme de sociation, une «troisième» variable dimensionnelle? Il me semble qu'à cette condition, la représentation sphérique ou celle du parapluie de Reynaert laisserait la place à celle d'un ballon de rugby; mais elle permettrait peut-être de rendre compte, à l'aide d'un *circumplex* plus complexe donc, d'autres facettes de la réalité associative des individus.

C. Macquet
45, Chôdes
B-4960 Malmédy

BIBLIOGRAPHIE

1. Boudon R. (1970): *L'analyse mathématique des faits sociaux*, Plon, Paris.
2. Boudon R. (1990): *L'art de se persuader*, Fayard, Paris.

3. Caplow T. (1971): *Deux contre un*, Armand Colin, Paris.
4. Gerhards J. (1986): «Soziologie der Emotionen. Ein Literaturbericht», *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 38, pp. 760-771.
5. Gerhards J. (1988): *Soziologie der Emotionen: Fragestellung, Systematik und Perspektive*, Juventa Verlag.
6. Granger G.G. (1967): *Pensée formelle et science de l'homme*, Aubier-Montaigne, Paris.
7. Lemert E. (1967): *Human deviance, social problems and social control*, Prentice-Hall.
8. Moore J. (1988): «D. Locker: symptoms and illness». In: «Transformations des modes d'approche de la santé et de la maladie aujourd'hui», *Cahiers du centre de recherches sociologiques*, Université de Toulouse-le-Mirail, 9, pp. 79-87.
9. Nedelmann B. (1988): «'Psychologismus' oder Soziologie der Emotionen? Max Weber Kritik an der Soziologie Georg Simmel». In: *Simmel und die frühen Soziologen*, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, n° 736, pp. 131-148.
10. Olson D.H. *et al.* (1979): «Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications», *Family Process*, vol. 18, 1, pp. 3-28.
11. Olson D.H. *et al.* (1982): *Family Inventories*, Family Social Science, University of Minnesota, 159 p.
12. Pichot P. (1988): «Naissance et vicissitudes du concept de santé mentale», *Acta Psychiatrica Belgica*, 88, pp. 206-221.
13. Reynaert C. *et al.* (1991): «Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circumplexe de Olson: comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités», *Thérapie familiale*, vol. XII, 1, pp. 55-63.
14. Ricœur P. (1990): *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.
15. Russel C.S. *et al.* (1979): «Circumplex model of marital and family systems. III: Empirical evaluation with families», *Family Process*, vol. 18, 1, pp. 29-45.
16. Simmel G. (1981): *Sociologie et épistémologie*, P.U.F., Paris.
17. Williame R. (1973): *Les fondements phénoménologiques de la sociologie compréhensive: Alfred Schutz et Max Weber*, Martinus Nijhoff, La Haye.

COMMENTAIRE DE P.J. FONTAINE¹, C. REYNAERT² et P. JANNE^{1/2}

DE LA CIRCULARITÉ DANS LE MODÈLE CIRCOMPLEXE D'OLSON

Heureuse initiative que celle de Claude Macquet qui consiste à réagir à notre article (Reynaert, 1991) paru au premier fascicule de *Thérapie familiale* de cette année. Nous ne pouvons que le remercier d'inaugurer ainsi — avec l'accord de la rédaction — un espace de discussion et d'interaction «circulaire» au sein de notre revue.

Nous voudrions essayer de lui répondre et d'aller un peu plus loin concernant ce sujet qui nous interpelle en commun: la circularité, en livrant brièvement des idées gardées en réserve lors de la publication précédente.

Le carré et le cercle

Claude Macquet commence par attirer l'attention sur ces deux aspects du graphique d'Olson: la représentation graphique carrée avec 16 cases typologiques, et la représentation circulaire, circumplexe. Deux aspects qu'Olson *et al.* (1979) ont tâché de combiner dans leur modèle.

Le premier aspect se prête avec plus de facilité à des travaux scientifiques courants et nous l'avons aussi employé dans différentes recherches.

Le second aspect est davantage³ un modèle. Dans celui-ci, les différentes caractéristiques de la personne ou de l'interaction, faisant partie d'un même super-univers, sont circulairement juxtaposées selon leurs accointances ou facteurs communs.

Mis au point comme modèle mathématique par Guttman en 1954, le circumplexe⁴ a été utilisé dans quelques modèles connus de classification d'interactions ou de comportements interpersonnels comme le modèle de Leary (1957) ou celui de Schaefer (1959).

¹ Faculté de Psychologie de l'Université Catholique de Louvain, B-1348 Louvain-la-Neuve.

² Clinique Universitaire de Mont Godinne; Unité de Médecine Psychosomatique, B-5530 Yvoir.

³ Dans la représentation circulaire, certains outils tel le DFC (Distance from Center) (Olson *et al.*, 1965, p. 31) donnent une mesure du dysfonctionnement et facilitent certains calculs de corrélation, mais sont limités.

⁴ Circumplexe: de circum: autour, et de plectere: tresser, entrelacer.

Le premier, comme Olson, est parti d'un rangement conceptuel et a pu montrer une concordance statistique, le second a travaillé en sens inverse (Foa, 1961, p. 344).

Leary arrive à un rangement circulaire de comportements interpersonnels dans sa roue, dont nous donnons un modèle simplifié et réduit aux huit positions octanes et à deux niveaux. Nous y avons ajouté les axes (Fig. 1).

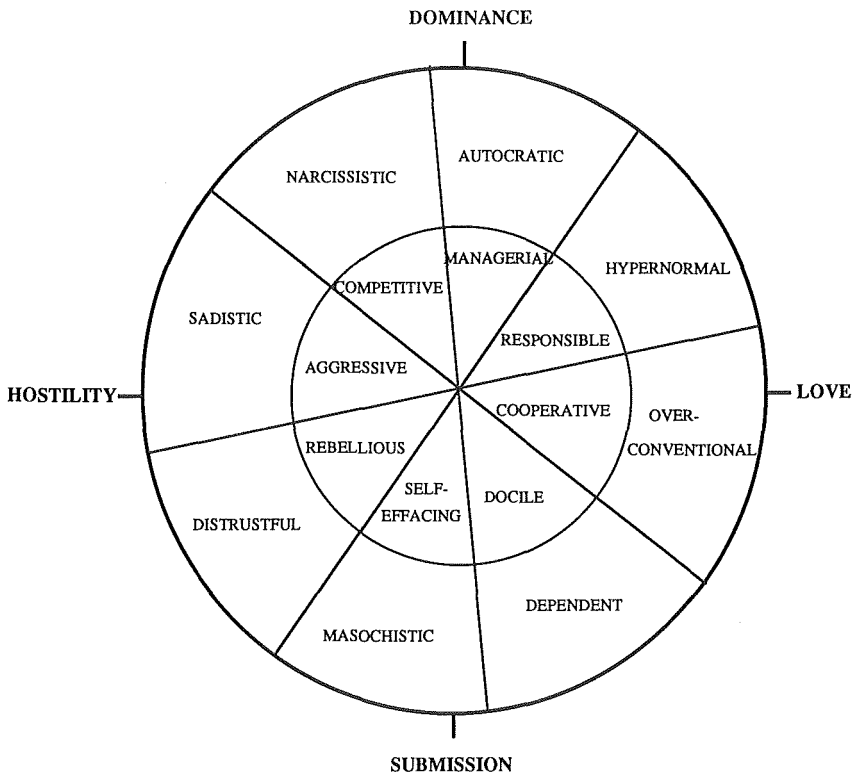
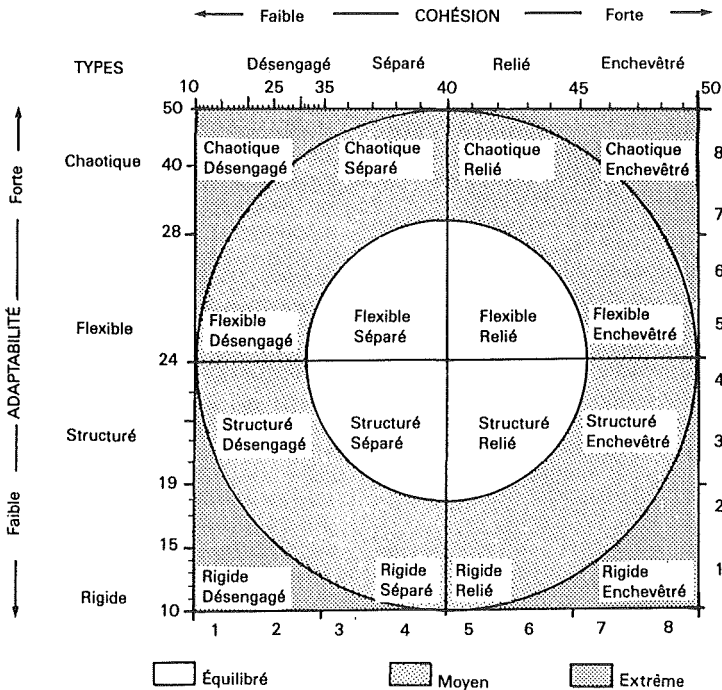


Figure 1: La roue de Leary (simplifié et adapté de Leary, 1957, p. 219).

Comparé au modèle d'Olson (Fig. 2), celui de Leary paraît en effet nettement plus circulaire comme rangement. Chez tous deux, la distance du centre indique le dysfonctionnement. Frappant est aussi l'analogie des axes: l'axe hostilité-amour de Leary se retrouve identique chez Schaefer et correspond à la cohésion d'Olson. Dominance-soumission est proche de contrôle-autonomie de Schaefer et de la formulation de Russell (1979, p. 39) de l'axe d'adaptabilité (changement) du modèle d'Olson: leadership autoritaire (morphostase extrême) — pas de leadership (morphogénèse extrême) — correspondant à rigide-chaotique.

MODÈLE CIRCUMPLEXE



Source : OLSON (D.H.) et col., *Family Inventories*, Family Social Science, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota, Revised Edition 1985, p. 37, Copyright D.H. Olson, 1986.

Figure 2: Le modèle circumplexe d'Olson.

Buurtmeyer et Hermans (1988), qui ont adapté le modèle circumplexe d'Olson aux Pays-Bas, ont laissé tomber le terme circumplexe dans leur GDS (Echelles de dimensions familiales) et n'inscrivent plus de cercle dans leur carré. Ils disent (1988, p. 26): «Le modèle d'Olson *et al.* n'est pas en fait un modèle circumplexe.» Après avoir expliqué leur opinion, leur conclusion est la suivante: «Le modèle d'Olson est ni plus ni moins qu'un modèle bi-dimensionnel avec 16 champs, basé sur la combinaison de deux — variables (théoriquement) indépendantes.»

Personnellement, nous continuons à pouvoir voir une similitude avec des modèles circumplexes plus parfaits, comme celui de Leary, tout en voyant le carré. Nous pensons qu'une dialectique de la forme et du processus (Keeney, 1983, p. 40) ou une double description (Bateson) ou vue binoculaire est possible. Comme dit Bateson: «Mes procédures de recherche sont ponctuées par une alternance de clas-

sification et de description du processus» (Bateson, 1979, p. 193 ou 1984, p. 199). Prenons alors la ponctuation de la vue du processus.

Causalité circulaire et modèle d'Olson

Tâchons donc de voir les problèmes de causalité circulaire dans ce modèle d'Olson. Nous nous permettrons d'utiliser aussi, dans la mesure où il facilite l'explication, notre propre modèle (Fontaine, 1985), qui est très proche de celui d'Olson.

1. Pour commencer, voyons cette circularité **sur chaque axe**.

Pour Olson, chaque axe, celui de l'adaptabilité qu'il appelle aussi depuis 1983, plus adéquatement, «changement» et celui de la cohésion, est dans un sens une mesure linéaire allant de valeurs basses à valeurs hautes et dans un autre sens elle est curvilinéaire par rapport à l'axe fonctionnement-dysfonctionnement (Fig. 3).

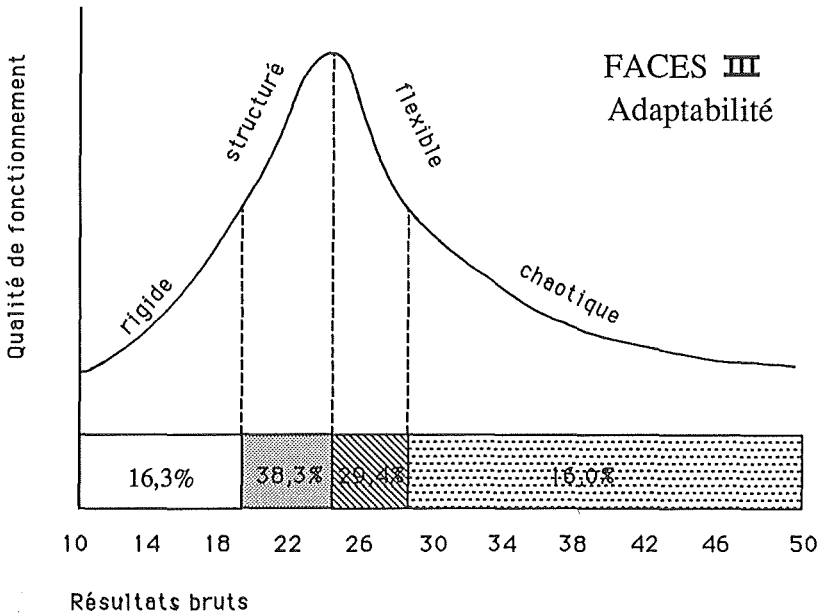


Figure 3: Représentation curvilinéaire de l'adaptabilité (changement) à l'échelle FACES III.

Nous-mêmes (Fontaine, 1985) avons élaboré un modèle de santé-pathologie de famille avec deux axes, un du temps: maintien-changement, et un de l'espace: individuation-socialisation⁵.

⁵ Vus comme processus familiaux.

La représentation en losange (Fig. 4) se situe entre la représentation de la Fig. 3 où les extrêmes divergent et celle d'un rangement plus refermé circulaire où les extrêmes se touchent. Nous croyons que cette double situation correspond à la réalité⁶.

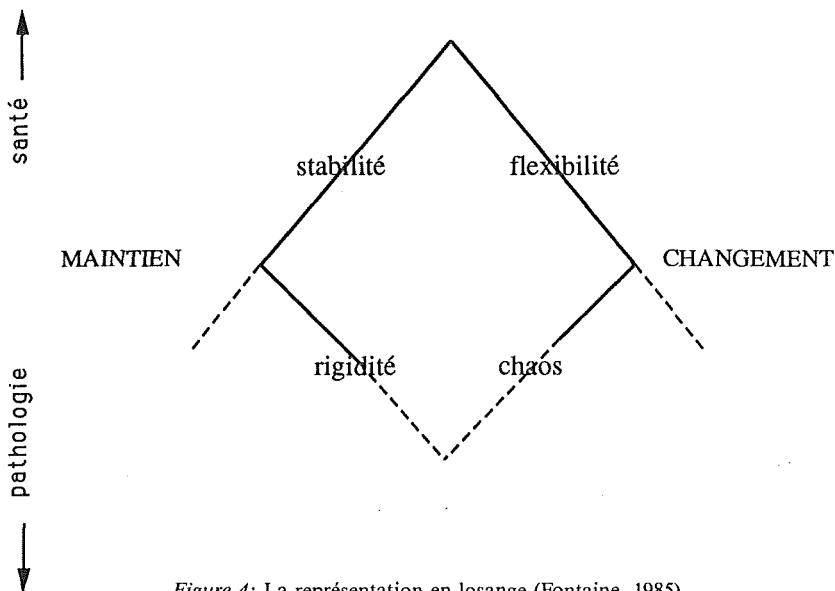


Figure 4: La représentation en losange (Fontaine, 1985).

Nous préférons représenter cette situation par une fronce de Thom (Fig. 5), qui indique à la fois la proximité et la distance entre une surface «chaotique» et une surface «rigide» et la tension qui existe là, qui fait que le saut de l'un à l'autre apparaît catastrophique. Comme dit Hampden-Turner (1981, p. 196): «La rencontre de pareilles contradictions est anxiogène parce que le noyau intégratif disparaît dans le pli de la ligne spinodale.»

Pour Keeney (1983, p. 94) reprenant Varela, il y a une *complémentarité cybernétique* entre stabilité et changement. En effet, nous dirions que c'est grâce au changement qu'une famille se maintient et c'est grâce à la stabilité qu'elle peut se risquer dans les changements. Et nous savons cela depuis plus longtemps: ainsi pour parler de l'axe de la cohésion d'Olson que j'ai appelé l'axe d'individuation-socialisation, Bénédicte avait décrit ce qu'elle appelait la *synergie* de «l'agir pour soi» et «l'agir

⁶ L'échelle d'évaluation de famille de Beavers-Timberlawn (Lewis, 1976, p. 235; voir aussi Fontaine, 1988, pp. 193-194) est nettement linéaire: elle va du trouble grave à la santé optimale. Elle met au bas de l'échelle à la suite l'un de l'autre: «1. chaos; 2. dominance marquée», ce dernier avec contrôle fort à absolu, sans négociation ce qui correspond donc à rigide. Dans sa version plus récente: le Beavers Systems Model (Beaver, 1983, p. 90), il indique «sauts du chaotique au tyrannique».

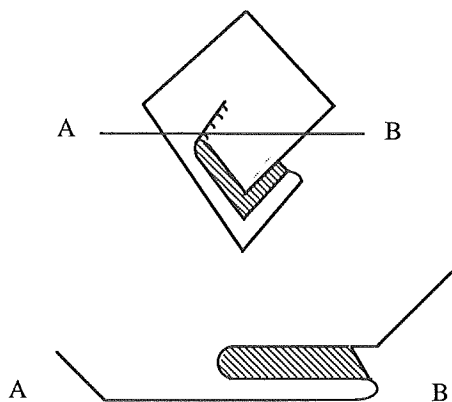


Figure 5: Losange de l'axe diachronique présentant une fronce de R. Thom dans sa partie pathologique.

pour la tribu» dans certaines tribus amérindiennes. Nous voyons ainsi une causalité circulaire sur les axes séparément.

2. Examinons maintenant l'espace **entre les axes**.

Les pointes au bout de baleines du modèle parapluie (Reynaert, 1991) (Fig. 6) représentent chacune une position avec des valeurs extrêmes pour les deux dimensions en même temps. Ils se trouvent aux 4 coins du modèle d'Olson. Olson même

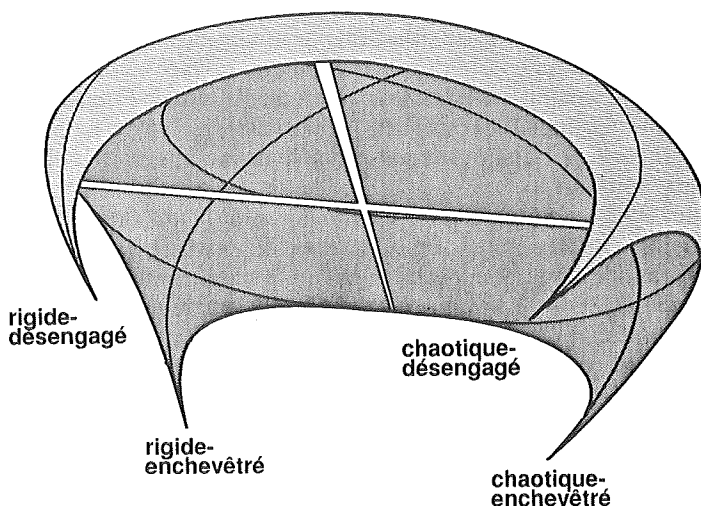


Figure 6: Le modèle dit du «parapluie» de Reynaert, Janne et Fontaine (première représentation).

écrivait (1979, p. 17) que les types extrêmes pour les deux axes sont plus communs que ceux sur un axe «parce que si un couple ou une famille est extrême pour une dimension, elle aura tendance à être extrême pour l'autre dimension».

Dans la pratique, nous constatons que les passages directs surtout entre rigide-désengagé et chaotique-enchevêtré sont fréquents, ce qui nous fait développer ce modèle en parapluie.

Olson a construit un modèle circulaire plan, mais se rend parfaitement compte que les extrêmes sont proches. Il décrit régulièrement les passages brusques d'un extrême à l'autre. «Les couples ou familles avec de sérieux problèmes, ou bien ne changeront pas leur cohésion et adaptabilité ou bien sauteront (flip) à l'extrémité opposée pour venir à bout d'une contrainte situationnelle et développementale» (1977, p. 20). «Si des changements trop brusques sont imposés au système, comme changer une famille chaotique en structurée, alors souvent la famille résiste ou fait un passage brusque (a dramatic shift) à la position extrême opposée» (1979, p. 23), et il cite Stierlin qui dit: «We see sudden reversals of positions.» A un autre endroit, Olson appelle ces familles «chaotic flippers» (1979, p. 5)⁷.

Ce sont ces phénomènes que notre représentation en parapluie veut rendre plus accessibles, tout comme une vue du monde sur le pôle nord peut montrer que la voie du pôle est logique pour aller à Tokyo. Ce qui ne veut pas dire qu'une projection cylindrique ne reste pas plus utile en général.

Macquet se pose la question d'une causalité circulaire entre les deux dimensions ou axes. Pour ce rapport d'axes, il est nécessaire de tenir compte de l'évolution du modèle circumplexe d'Olson en fonction entre autres des formes successives du FACES (Family Adaptability and Cohesion Scales).

«S'il y avait une corrélation importante entre la cohésion et l'adaptabilité au FACES II ($r = .65$), cette corrélation fut réduite à pratiquement à zéro au FACES III ($r = .03$). Ceci a abouti à deux dimensions clairement indépendantes. On a également obtenu une bonne distribution des résultats sur ces deux dimensions indépendantes comme le montre la répartition des fréquences des sujets classés dans les 16 types circumflexes» (Olson *et al.*, 1985a, p. 18).

Le modèle de santé pathologique de familles, que nous (Fontaine, 1985) avons développé, a son origine (Fontaine, 1979) dans la conception, que la santé des systèmes vivants est liée à un équilibre ouverture-fermeture du système et que ceci se retrouve sur les deux axes: fermeture sur soi-même — ouverture à l'autre pour la cohésion, et fermeture-ouverture adaptative dans le maintien et changement respectivement.

Cliniquement, nous dirions (Fig. 7) que souvent une famille rigide et autoritaire amène une tendance centrifuge. Et que vice-versa une famille centrifuge désengagée où les jeunes cherchent en dehors du foyer, amène plus souvent une réaction autoritaire rigide.

Si l'ouverture-fermeture se fait sur les deux axes en même temps, ceci expliquerait la corrélation importante qu'Olson trouvait au FACES II et le fait que les cases

⁷ Beavers (1983, p. 87) réagit en disant: «Ils ont utilisé le terme 'chaotic flippers' quand ils passent de 'cohésion haute' et vice versa. Ceci suggère que ce qui est considéré comme des pôles opposés dans le modèle circumplexe est en fait en relation proche.»

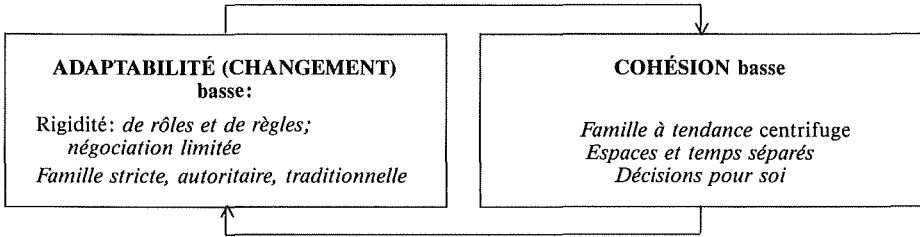


Fig. 7: Lien entre: Adaptabilité (changement) basse — Cohésion basse.

extrêmes rigide-désengagé et chaotique-enchevêtré étaient occupées par 8% et 7% des familles, selon les parents (N=2224), tandis que les cases chaotique-désengagé et rigide-enchevêtré restent vides avec 0% et 0% de la population des familles (Olson, 1985b, p. 90).

Actuellement, dans le FACES III, les axes sont orthogonaux et leur corrélation est négligeable ($r = .03$) et la répartition régulière sur les 16 types.

3. Voyons enfin les relations **entre des positions des membres d'une famille** dans le champ du modèle d'Olson.

Lors de recherches quantitatives, les résultats des différents membres d'une famille sont synthétisés dans une cote familiale (Olson, 1985a, p. 34). Les résultats individuels des membres indiquent où ils perçoivent la famille et où ils la souhaitent. Ces résultats donnent une dynamique qui se joue dans la famille et est utile dans la pratique clinique.

Dans la famille Leblanc⁸, dont nous présentons le graphique (Fig. 8), même sans en connaître l'histoire, nous voyons que, dans la perception de la famille (sur fond noir), tout le monde la range comme étant «désengagée», comme c'est plus fréquent à l'adolescence, mais les parents la voient «flexible» et les jeunes la voient structurée à «rigide». Entre ces deux positions, il y a naturellement une interaction circulaire.

De même, ces résultats doivent être vus en fonction de l'image idéale (sur fond blanc) que chacun se forme dans la famille. Les jeunes la désirent flexible et le père la désire rigide. De plus, les parents la désirent plus enchevêtrée et souffrent de la situation actuelle et du départ du nid des jeunes, tandis que les jeunes désirent beaucoup moins augmenter la cohésion familiale. Les positions des uns induisent naturellement les positions des autres et inversement.

⁸ Repris et adapté (graphique d'Olson) de F. Buurmeyer et D. Hermans (1985). Nous l'avons publié avec l'histoire de la famille et l'intervention (Fontaine, 1987, espagnol).

Famille LEBLANC

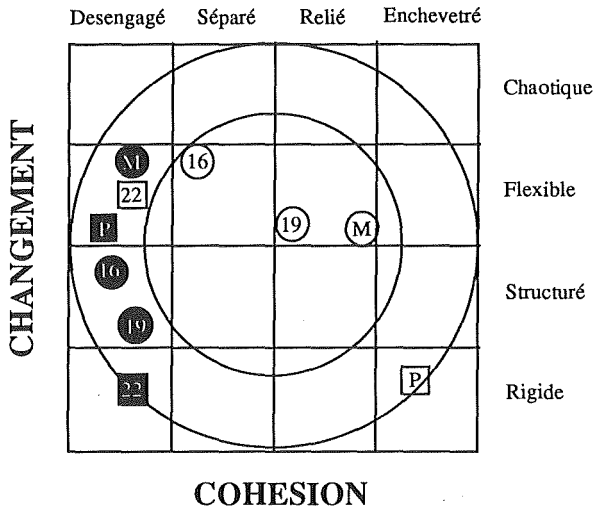


Figure 8: Modèle circumplexe des membres de la famille Leblanc
(sur fond noir: situation perçue — sur fond blanc: situation souhaitée).

Les remarques générales

Claude Macquet donne pour finir trois remarques plus générales auxquelles nous tâcherons de répondre.

1. La nature culturelle de l'épreuve d'Olson.

Si nous pensons que les deux dimensions cohésion et adaptabilité (change-ment) sont assez universelles — du moins dans notre univers occidental — il paraît certain que les valeurs données à ces dimensions vont différer selon les cultures ou sous-cultures. Ainsi les familles sous-prolétaires semblent plus chaotiques. Il est donc nécessaire d'établir des «normes» selon les population, ce que nous essayons de faire en Belgique, de même que d'adapter certaines questions.

Olson (1985a), qui a étalonné son échelle FACES sur des membres de la Aid Association for Lutherans, est conscient que les groupes amish, juifs ou portoricens peuvent donner des résultats différents et il a fait l'hypothèse: «Si les attentes normatives des familles mènent à un comportement extrême dans une ou dans deux dimensions, les familles fonctionnent bien aussi longtemps que tous les membres de la famille sont satisfaits de ces attentes» (Olson, 1985a, p. 13 repris 1986, p. 341). D'où l'importance attachée les dernières années avec le FACES III à «l'évaluation de la façon dont les individus **perçoivent** leur famille et leur description **idéale** de celle-ci. (...) La divergence entre perçu et idéal est une mesure indirecte de la **satisfaction** familiale» (Olson, 1986, p. 344).

Olson (1985b, p. 196) attire l'attention sur les déplacements de la position satisfaisante dans le modèle circumplexe en fonction de quatre stades du cycle de vie des familles, qui commence avec le jeune couple par être plus enchevêtré-chaotique, pour évoluer vers rigide-désengagé chez les couples âgés.

2. La question de la 3^e dimension

Plusieurs auteurs ont essayé d'ajouter une troisième dimension. Dans l'esprit d'Olson et Russell, ces variables sont linéaires. Plus elles sont élevées, plus elles facilitent un résultat moyen dans les deux premières dimensions, et donc un niveau élevé de fonctionnement de la famille.

C'est ce que Russell (1979, p. 29) prévoyait en ajoutant au modèle «les variables de soutien et créativité».

Kog (1984, p. 15) considère les deux premières dimensions, cohésion et adaptabilité (changement), comme essentielles et communes à divers auteurs, mais désire ajouter une troisième dimension: la capacité de résoudre des problèmes.

Olson (1986, p. 342) a finalement introduit la dimension *communication* pour laquelle dans la CRS (échelle d'évaluation clinique par professionnels), il a ajouté une échelle linéaire, et qui s'évalue en auto-évaluation par une échelle de l'ENRICH et par la Parent Adolescent Communication.

3. Les autres formes de sociation

Claude Macquet souligne avec pertinence qu'il existe sous l'égide du «vivre ensemble» d'autres réseaux d'interactions que celui de la famille. Prenons, à titre indicatif, un exemple parfois rencontré, celui de la communauté religieuse.

Il nous est arrivé, dans le décours de notre pratique clinique, d'entreprendre un travail de type systémique avec les membres d'un couvent, pour lequel le recours au modèle de Olson s'est avéré précieux. Ainsi avons-nous mieux pu nous représenter comment les logiques de proximité et de distance relationnelles s'accroissent d'un système régi par des règles, une organisation et des mécanismes homéostatiques qui lui sont propres.

Conclusions⁹

Nous croyons qu'avec *le modèle circumplexe d'Olson* et avec les outils qui y sont rattachés (e.a. FACES et CRS), on peut faire de la classification typologique et on peut décrire des processus circulaires. Nous savons que ce modèle a connu une évolution et qu'il n'est pas ou plus tout à fait circumplexe, mais pour l'instant nous le préférons à d'autres modèles. Quand nous l'avons transformé en toile de parapluie ou froncé avec Thom, peut-être devons-nous dire «ceci n'est qu'un jeu»: jeu et espace intermédiaire dont nous aurions besoin pour assimiler la réalité. Nous

⁹ Nous nous permettons dans ces conclusions de ne plus indiquer de références bibliographiques.

ne croyons pas avoir trahi Olson¹⁰ mais donné une autre vue — vue polaire — de son travail.

Nous avons ici traité de la *circULARITÉ*. Circularité entre les pôles d'un axe en complémentarité cybernétique, pôles qui se rejoignent mais avec une fronce et un saut.

Circularité entre les axes quand les cotes sont plus fréquemment extrêmes pour les deux dimensions ou axes en même temps.

Circularité enfin entre les positions des différents membres d'une famille sur le modèle circumplexe.

Nous avons ainsi défendu une circularité. C'est un terme sacré, un de ceux qui permettent de distinguer les systémiciens des «autres», de ceux qui penseraient «encore» trop de façon «linéaire» ou mieux «linéale». Nous, nous savons que la circularité n'est qu'un modèle, une qualité, que certains parlent de pseudo-circularité, que le temps intervient, que tout ne serait pas circulaire en cybernétique, ...

Y a-t-il un bon systémicien parmi les lecteurs pour traiter de la circularité?

P.Y. Fontaine
Herestraat 21
B-3000 Leuven

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1979): *Mind and Nature. A necessary unity*, Dutton, New York. Trad.: *La nature et la pensée*, Seuil, Paris, 1984.
2. Beavers R.W. and Voeller M.N. (1983): «Family models: comparing and contrasting the Olson circumplex model with the Beavers system model», *Family Process*, 22, pp. 85-98.
3. Buurmeyer F. en Hermans D. (1985): «De Gezins-Dimensie-Schalen als hulpmiddel bij gezinsdiagnostiek», *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, pp. 336-346.
4. Buurmeyer F. en Hermans D. (1988): *Gezins functioneren en individuele stoornissen*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
5. Foa U.G. (1961): «Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior», *Psychological Review*, 68 (5), pp. 341-353.
6. Fontaine P.J. (1979): «L'enfant et la famille. I: Qu'est-ce qu'une famille saine», *Santé Mentale* (Bruxelles), 1979, (2), numéro spécial: «Enfant et Hygiène Mentale», pp. 9-13.
7. Fontaine P.J. (1985): «Familles saines. I: Esquisse conceptuelle générale», *Thérapie familiale* (Genève), 6 (3), pp. 267-282.
8. Fontaine P.J. (1987): «Evaluacion de la familia sana y patologica», pp. 65-105. In: Ortega Bevia F. (Ed.), *Terapia familiar sistemica*, Publ. Universidad de Sevilla, Sevilla.
9. Fontaine P.J. (1988): «Evaluation de familles: modèles et échelles», pp. 189-195. In: Benoit J.C. et al., *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
10. Guttman L. (1954): «A new approach to factor analysis: the Radex», pp. 258-348. In: Lazarsfeld P. (Ed.), *Mathematical thinking in social sciences*, Free Press, Glencoe (Ill.).
11. Hampden-Turner C. (1981): *De geest in kaart gebracht* (trad. *Maps of the mind*), Rostrum, Haarlem.
12. Keeney B.P. (1983): *A esthetics of change*, Guilford, New York.
13. Kog E. (1984): «Onderzoek», pp. 1-29. In: Boeckhorst F. et al., *Handboek Gezinstherapie*, Van Loghum-Slaterus, Deventer.
14. Leary T. (1957): *Interpersonal diagnosis. A functional theory and methodology for personality evaluation*, Ronald, New York.

¹⁰ Nous ne lui avons pas encore demandé. Cet article a été écrit rapidement en réponse.

15. Lewis J. and Beavers R.W. *et al.* (1976): *No single thread. Psychological health in family systems*, Brunner-Mazel, New York.
16. Macquet C. (1991): «Typologies de familles ou structurations des formes de sociation?», *Thérapie familiale* (Genève), 12 (3), pp. 205-210.
17. Olson D.V., Sprenkle D.H. and Russell C.S. (1979): «Circumplex model of marital and family systems. I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications», *Family Process*, 18 (1), pp. 3-28.
18. Olson D.H., McCubbin H. *et al.* (1985a): *Family inventories*, Univ. Minnesota, St-Paul, MN revised Ed.
19. Olson D.H., McCubbin H. *et al.* (1985b): *Families. What makes them work*, Sage, Beverly Hills, 3rd print.
20. Olson D.H. (1986): «Circumplexe Model VII: validation studies and FACES III», *Family Process*, 25, pp. 337-351.
21. Reynaert C., Janne P., Fontaine P. *et al.* (1991): «Éléments pour une reconsidération circulaire du modèle circumplexe de Olson ou comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités», *Thérapie familiale* (Genève), 12 (1), pp. 55-63.
22. Russell C.S. (1979): «Circumplex model of marital and family system. III: Empirical evaluation with families», *Family Process*, 18 (1), pp. 29-45.

P.S. — Le numéro de mars 1991 de *Family Process*, que nous venons de lire, publie trois articles intéressants concernant le Modèle circumplexe.

Green *et al.* (1991a et b) ont voulu tester l'hypothèse de la curvilinéarité avec un grand nombre (4000) de personnes. Celles-ci ont rempli le FACES III et des échelles de satisfaction conjugale (KMSS) et générale (GCS).

Le rapport entre FACES et satisfaction se confirme curvilinéaire, ($p = .0001$) pour la classification en trois groupes de types équilibrés, moyens et extrêmes. Mais il y a un rapport linéaire ($p = .0001$) entre satisfaction et cohésion (l'enchevêtrement est le plus satisfaisant) et pas de rapport avec l'adaptabilité.

Olson (1991) répond qu'en effet les résultats du FACES III vont dans le sens de rapport linéaire. Mais que ceci ne serait pas le cas dans la comparaison de populations cliniques et non-cliniques au FACES, de même que lors des évaluations avec le CRS (hétéro-évaluation). Il annonce qu'il travaille à un FACES IV qui serait curvilinéaire, entre autres grâce à une modification de la réponse aux questions pour y intégrer, je dirais, la satisfaction: 1 = pas assez souvent, 3 = juste bien, 5 = trop souvent. Ceci reposera la question de la satisfaction comme mesure de santé (cf. Macquet, 1991).

On introduit un modèle circumplexe tridimensionnel (3D) qui intègre une dimension linéaire de capacité de changement 2. Les trois groupes de types (équilibrés, modérés, extrêmes) se trouvent à trois niveaux différents par rapport à cet axe de changement 2. Une grande capacité de changement correspond au groupe des 4 types équilibrés. Une capacité moyenne au groupe de types moyens et une basse capacité de changement 2 avec le groupe des 4 types extrêmes. Il pose ceux-ci côte à côte car ils «sont du point de vue dynamique plus similaires les uns aux autres qu'aux types équilibrés».

Si le changement 2 n'indique pas seulement la capacité d'une famille de passer d'un type à un autre type mais une capacité de réaliser un changement 2 nécessaire au passage d'un stade de développement à un autre, alors il représente aussi la capacité de croissance, ou néguentropie, et alors ce modèle est assez proche de notre modèle parapluie.

Green R.G. *et al.* (1991): «Evaluating FACES III and the circumplex model: 2440 families», *Family Process*, 30, pp. 55-73.

Green R.G. *et al.* (1991): «The wives data and FACES IV: Making things appear simple», *Family Process*, 30, pp. 79-83.

Olson D.H. (1991): «Commentary: Three dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III», *Family Process*, 30, pp. 74-79.

THÉRAPIE FAMILIALE DE L'ANOREXIE MENTALE

Un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales

Luigi ONNIS*

Résumé: *Thérapie familiale de l'anorexie mentale. Un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales.* — L'auteur présente un modèle d'intervention utilisé dans la thérapie des familles avec des patientes anorexiques. Ce modèle est basé sur un usage particulier des sculptures familiales: à chaque membre de la famille on demande de faire deux sculptures: une du «présent» et l'autre du «future», de la situation familiale. Le choix de ce modèle se justifie pour deux raisons: a) il utilise en thérapie un langage analogique plus homogène au langage du symptôme (qui s'exprime à travers le corps); b) il met en évidence, dans la comparaison entre le présent et le futur, l'arrêt évolutif, qui est le problème de ces familles, et qui se fonde sur des mythes et des fantasmes non résolus. La présentation d'un cas clinique permet de mieux éclairer ces concepts.

Summary: *Family therapy with anorectic patients. An intervention model using family sculptures.* — The author presents an intervention model in the family therapy with anorectic patients. This model is based on a particular use of family sculpting: each family member is requested to do two sculptures, one of the «present», the second of the «future», of the family situation. The choice of this model is justified by two reasons: a) it uses in therapy an analogical language more homogeneous to the symptom (which express itself through the body); b) it shows, in the comparison between the present and future, the evolutionary block, which is the problem of these families and is founded on persistent myths and unresolved phantoms. A case example points out these concepts more practically.

Mots-clés: Thérapie familiale — Anorexie — Sculpture du présent — Sculpture du future — Mythe d'unité — Fantasme de rupture.

Key words: Family therapy — Anorexia — Sculpture of the present — Sculpture of the future — Myth of unity — Phantom of break up.

1. Anorexie mentale: un phénomène complexe

A chaque fois qu'on affronte le problème de l'anorexie, on se heurte inévitablement à la complexité du phénomène, à cause de la multiplicité des facteurs en jeu et de l'articulation des niveaux qui y sont impliqués. C'est là une considération qui peut être valable certainement pour tout phénomène humain, mais il devient particulièrement évident pour les formes de malaise qui, comme l'anorexie, s'expriment

* Istituto di Psichiatria dell'Università «La Sapienza» di Roma, Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale, via Falloppio 2, Roma.

à travers le corps et intéressent en même temps, donc, de façon claire et évidente, la triade fondamentale soma-psyché-milieu, où il faut donner au terme «milieu» son sens le plus large. Il est indubitable en effet que, dans l'anorexie, le niveau *socio-culturel* est impliqué, vu que, comme le démontrent des recherches d'anthropologie culturelle et comme le souligne une des spécialistes les plus fines de ce phénomène, Mara Selvini Palazzoli (1988), l'anorexie prédomine nettement dans les sociétés où il y a un bien-être économique et dans les classes sociales aisées, alors qu'elle est presque inconnue dans les pays du Tiers-Monde; le niveau *familial* est à considérer, parce que les familles dont les patients anorexiques font partie, présentent des caractéristiques particulières et récurrentes sur lesquelles je m'étendrai plus loin, soit sur le plan des modèles interactifs que sur celui des valeurs et des «mythes» partagés; il y a une implication du niveau psycho-biologique *individuel*, puisque l'anorexie intéresse surtout une tranche d'âge en profonde transformation psychique et somatique comme l'adolescence et prédomine en grande part (dans un rapport de 10 sur 1) chez les sujets de sexe féminin plutôt que chez les sujets de sexe masculin.

Mais dans le cas de l'anorexie, la reconnaissance de cette multiplicité des niveaux, n'est pas un simple exercice théorique, sous le signe du concept de la «complexité»; il naît au contraire d'exigences cliniques précises et d'interprétations étio-pathogéniques parce que les recherches, et particulièrement celles d'inspiration systémique, démontrent désormais qu'aucun des facteurs n'est suffisant pour «produire» *tout seul* l'anorexie, et que l'apparition du phénomène naît, plutôt, d'un co-intéressement concomitant, d'une *intersection* des différents niveaux impliqués simultanément.

A chacun de ces niveaux, comme le fait remarquer subtilement Philippe Caillé (1988a), le symptôme anorexique offre la signification d'un «double-message»: par conséquent la modalité communicative est provocatoire mais aussi douloureuse, parce que c'est justement dans cette ambivalence que souvent, à partir du symptôme s'amorcent les cercles vicieux qui portent à sa perpétuation.

Au niveau socio-culturel, l'anorexie se présente comme un refus, dans la culture de l'abondance, de ce qui représente symboliquement le bien de consommation le plus important, la nourriture, mais en même temps cependant, elle adhère, sur le plan de l'image du corps, à certains idéals esthétiques féminins que cette culture propose ou, plus généralement, à un rapport avec le corps et avec les autres dans lequel la valeur dominante est l'efficacité plus que le désir de séduire.

Au niveau familial, le comportement anorexique introduit une différence et une protestation dans une famille où, comme nous verrons plus en détail par la suite, toute différenciation semble interdite mais, en même temps, la situe dans une aire, celle de l'alimentation, où ne peuvent se définir que des relations de type infantile.

Au niveau individuel enfin, l'anorexie apparaît comme une tentative d'autonomie et d'individuation, mais paradoxalement, à travers la négation (ou la difficulté d'assumer) des traits spécifiques d'identité personnelle ou sexuelle. Une approche systémique de l'anorexie devrait, par conséquent, décoder le «double-message» et le transformer en «message», un message clair, pouvant introduire dans le système une nouvelle information, dans le sens de Bateson (1976) et mettre en marche des processus de changement. Mais cette même approche systémique se trouve

ici, devant une contradiction: celle de reconnaître, au plan conceptuel, la corrélation circulaire des nombreux niveaux intéressés, mais de devoir nécessairement, au plan pratique, procéder à une démarcation du champ d'intervention, en posant des limites, même si elles peuvent sembler arbitraires, tout autour d'un système qui se considère accessible et utile à l'investigation et au travail thérapeutique. Conscient de cet artifice opérationnel inévitable, je choisirai de m'occuper, dans cet article, du système familial de la patiente anorexique et de proposer une hypothèse de modèle thérapeutique qui implique la famille de l'anorexique et ses caractéristiques.

Mais j'essaierai de développer mon discours autour d'un point qui est commun, de toute manière, à tous les niveaux considérés, et qui représente un élément de spécificité du problème: le fait que chez l'anorexique, la «forme» du malaise ou, sous l'aspect communicatif, le «langage» que le symptôme utilise, comme double-message, s'exprime à travers le *corps*, un corps qui, par ailleurs, ne présente aucune altération biologique primaire. J'essaierai donc de mettre en évidence comment, dans le modèle d'intervention envisagé, même le langage de la thérapie cherche à être pertinent avec le langage corporel du symptôme.

2. Le système familial de l'anorexique

Sur le système familial des patients ayant des troubles anorexiques, de nombreuses études ont été faites désormais. Une recherche récente, réalisée par notre groupe de l'Institut de Psychiatrie de l'Université de Rome, sur une série de cas des troubles psychosomatiques de différentes natures, (voir entre autre L. Onnis et autres, 1985) a mis en évidence, au plan de la structure familiale des caractéristiques semblables à celles que soulignaient Minuchin et coll. (1978), mais elle a essayé aussi (et cette phase de la recherche est encore en cours) de mettre en relation les données interactives que l'on peut observer du point de vue phénoménologique, avec des éléments de l'histoire familiale et surtout avec les niveaux, beaucoup plus cachés et secrets, que Caillé (1985) appellerait niveaux «mythiques».

Il s'agit-là de systèmes qui, du point de vue structural, se présentent fortement enchevêtrés; la démarcation des limites entre les générations et les membres de la famille étant peu marquée, on a une intrusion continue des «espaces» non seulement physiques mais aussi psycho-émotionnels de chacun; du point de vue individuel, cela comporte de graves difficultés dans le processus d'identification et d'autonomisation, surtout dans la phase pubérale, quand l'adolescent et le noyau familial doivent être en mesure de supporter une expérience de distance réciproque, qui ne doit pas être accompagnée de vécus de «perte», mais de «transformation» des liens affectifs.

Mais, parmi ces modalités interactives qui se répètent dans le temps, de façon rigide et redondante, comme si le système avait perdu ses propres potentialités évolutives et créatives, celle qui joue un rôle absolument central et spécifique, pour notre discours, est l'«évitement du conflit». Il s'agit-là, comme on sait, d'un seuil particulièrement bas de tolérance aux tensions conflictuelles qui, dans ces systèmes, finit par empêcher toute explicitation de différence et, par la suite, même du point de vue individuel, tout processus de différenciation. Tout est gelé dans un

consensus unanime apparent, qui coïncide avec l'image d'harmonie que cette famille a tendance à donner d'elle; une harmonie qui mène, d'une part, à la négation de n'importe quel autre problème qui concerne le symptôme de la patiente; et qui, d'autre part, crée parfois une atmosphère manifestement détendue qui contraste avec la dramaticité même du symptôme. Ou alors, c'est justement l'aire du symptôme qui catalyse toute tension éventuelle: ainsi, si un désaccord se manifeste entre les parents, c'est seulement pour affronter le problème alimentaire de la patiente; ainsi, la compétition qui oppose l'anorexique aux parents, surtout à l'un des deux avec l'accord tacite de l'autre, reste entièrement focalisée sur le domaine de la nourriture. Ici apparaît, dans toute son évidence, le paradoxe du symptôme anorexique: tentative tourmentée d'introduire des tensions conflictuelles et des diversités provocatrices dans un contexte qui semble l'éviter de manière rigide, il finit lui-même par les renfermer justement dans l'aire plus rassurante pour tous, celle de la nutrition, qui arrête le temps au monde de l'enfance. Et c'est là que devient évident alors, la manière dont le symptôme anorexique, dans son ambivalence, a *aussi* une fonction protectrice de l'homéostasie systémique.

Mais si nous nous déplaçons du plan de la structure familiale et des modèles interactifs observables, vers une reconstruction de l'*histoire* du système, nous découvrons que des telles modalités communicatives se sont organisées progressivement dans le temps; nous trouvons des aires conflictuelles irrésolues qui n'ont pas été affrontées, concernant la relation conjugale et coïncidant avec ce que Mara Selvini (1988), dans ses études les plus récentes, a appelé «impasse du couple».

Ce sont justement ces éléments historiques, d'habitude entièrement cachés, qui sont à la base de la construction des *mythes* et des *fantasmes* qu'il arrive de retrouver dans ces familles. Comme il ressort de notre recherche, encore en cours actuellement, ce n'est pas par hasard qu'il s'agit de mythes d'«unité familiale», en tant que bien suprême à défendre à tout prix; mythe d'autant plus solide et fortement partagé, que l'unité familiale se rend compte d'être potentiellement menacée. Et la menace est représentée par les conflits irrésolus, vécus comme étant trop dangereusement explosifs, mais elle est aussi réévoquée par toute manifestation de diversité ou de dissentiment, par toute tentative de différenciation ou de détachement. Voilà pourquoi le mythe de l'unité s'accompagne, de façon spéculaire, du «fantasme de la rupture»; c'est pourquoi chaque processus d'autonomie déchaîne des peurs de désagrégation et de fin, chaque signe de séparation s'associe à des vécus de perte irréparable.

Et au niveau du mythe aussi, l'anorexique se propose à nouveau dans son ambivalence paradoxale: héroïne de la transgression du mythe parce que sa «grève de la faim» est une protestation implicite et violente; héroïne de la défense du mythe parce que la force des liens, ceux que Stierlin (1977) appelle les «liens de loyauté», l'empêche de rendre sa protestation explicite, en laissant prédominer les aspects implicitement protecteurs.

Ici, nous trouvons un élément absolument essentiel pour notre discours: l'impossibilité d'«explicitation» de la protestation, qui signifie aussi l'*impossibilité de «donner parole»* aux instances conflictuelles, étant donné la nécessité, dont on a déjà parlé, de maintenir l'ambivalence à l'égard du mythe: transgression du mythe / fidélité au mythe. Impossibilité, donc, de «verbaliser» les tensions émo-

tionnelles. C'est peut-être cette impossibilité, ou cette difficulté dans la verbalisation de certains vécus émotifs qui justifie la forme entièrement non-verbale et analogique sous laquelle se manifeste le malaise, le choix donc, d'une voie somatique, d'un «langage du corps»? Cette hypothèse a sa tradition dans le domaine de la psychothérapie individuelle à l'orientation psychodynamique et elle a été utilisée pour expliquer certains processus de somatisation, sous différents noms: de l'«alexithymie» (qui étymologiquement signifie «manque de parole pour exprimer les émotions») de Sifnéos (1973), à la «pensée opératoire» (ou «pensée concrète») de Marty et coll. (1968).

Mais tous ces auteurs qui avaient une orientation individuelle pensèrent que de telles difficultés, étaient le résultat d'une altération dans la structure de la personnalité du patient, une pauvreté intrinsèque de sa vie fantasmatique ou une «contrainte de sa fonctionnalité émotionnelle»; c'est pour cette raison, entre autres, que la difficulté à verbaliser les émotions finit rapidement par se confondre avec le «manque d'émotions».

Les données qui ressortent de nos recherches semblent proposer une révision de ce concept (voir en particulier Onnis et Di Gennaro, 1987). En effet, si on observe le patient dans un contexte plus ample comme le système familial, on peut s'apercevoir que la «contrainte de la fonctionnalité émotionnelle» attribuée au patient, plutôt qu'une caractéristique de sa personnalité, est un «état d'émergence subjectif» (Cancrini, 1987) d'une «qualité» du système: c'est-à-dire que c'est l'expression phénoménologiquement «plus» évidente chez le membre symptomatique, des modèles interactifs et des mythes partagés que nous avons mentionnés plus haut et auxquels le patient est «obligé» de se conformer.

La manifestation somatique ou psychosomatique du malaise est alors effectivement en rapport avec la difficulté à verbaliser les vécus émotifs, *non pas* comme conséquence d'une «absence» de vie fantasmatique ou émotionnelle, *mais plutôt* du fait que les émotions sont soigneusement filtrées de façon à éviter les tensions conflictuelles et à maintenir l'harmonie apparente du système familial.

C'est comme si tout le «corps» familial, et non seulement le corps souffrant du patient, préférerait utiliser un langage, le langage de l'«implicite», le langage du «non-dit», qui rassure et protège la cohésion familiale.

C'est sur la base de ces réflexions que nous avons commencé à expérimenter un modèle d'intervention thérapeutique où le langage du corps est réintroduit et repris comme langage de la thérapie.

3. Un modèle de travail thérapeutique basé sur les «sculptures» familiales

On a donc essayé d'adopter un langage thérapeutique qui soit homogène par rapport au langage du symptôme, qui se module selon les significations implicites et métaphoriques du langage du corps (qui est en réalité le langage «prédominant» dans ces familles, comme il a déjà été dit) en utilisant, lui-même, les métaphores de la corporité et de la spatialité.

C'est pour cette raison que nous avons commencé à expérimenter l'usage de la *sculpture familiale*.

Ce modèle est encore dans une phase tout à fait expérimentale, c'est l'objet d'une recherche encore en cours.

Mais il n'y a pas de doute que les données obtenues jusqu'ici sont extrêmement réconfortantes du point de vue de l'utilité de la méthode, vu la richesse des informations qu'elle permet de recueillir et les potentialités qu'elle offre à l'intervention thérapeutique même (voir Onnis, 1991). On sait que les «sculptures» furent introduites dans la thérapie familiale par Peggy Papp (1976). Par rapport à la méthode originale de P. Papp, des variations ont été apportées dans notre modèle.

A chaque membre de la famille, on demande de faire deux sculptures: la première représente la façon dont le «sculpteur» voit la famille actuellement, dans le *présent*, la seconde, par contre représente comment sera la famille à *l'avenir*, selon le «sculpteur», la façon dont il l'imagine après un certain temps, dix ans d'histoire future, par exemple.

Dans la méthode de P. Papp, par contre, la seconde sculpture est une représentation du désir et du «changement»: comme chaque membre «voudrait» que la famille soit.

Nous avons introduit ces variations importantes dans notre modèle des sculptures, à cause des caractéristiques spécifiques de ces familles ayant des troubles psychosomatiques et, en particulier, anorexiques.

Ce qu'il arrive fréquemment d'observer en effet, dans les situations où il y a un symptôme anorexique, est que la seconde sculpture que nous proposons, bien qu'elle soit projetée vers le futur, n'exprime pas un désir de changement mais plutôt *une résistance et une peur du changement*.

C'est comme si l'évolution possible de la famille était perçue non pas comme une expérience de maturation collective, mais plutôt comme une menace, un danger, un risque de désagrégation et de fin.

Mais c'est justement à travers ces représentations métaphoriques qu'alors, dans un langage entièrement implicite, analogique, les émotions sont exprimées. Ce sont des émotions qui traduisent la peur que l'autonomisation et l'individuation des membres puissent désagréger l'unité familiale; des fantasmes de rupture irréversibles si le détachement des enfants et la chute de toute médiation, amènent une confrontation entre les parents; des peurs de toute transformation qui mette en danger l'unité, douloureusement garantie, mais rassurante du système familial.

Les sculptures offrent donc au thérapeute une extraordinaire richesse d'informations qui consentent soit de proposer une nouvelle lecture du symptôme et de la situation, soit d'élaborer des stratégies d'intervention plus appropriées. J'essaierai maintenant d'illustrer dans les grandes lignes, à titre d'exemple, un cas clinique d'anorexie où dans notre travail avec la famille, nous avons eu l'occasion d'utiliser la méthode des sculptures.

4. Un exemple clinique: la thérapie avec la famille de Tiziana

Tiziana est une adolescente de 15 ans, qui depuis environ cinq mois a commencé à perdre du poids de façon inquiétante; en effet, elle est passée rapidement de son poids habituel de 45-46 kg à 37 kg. En outre, depuis deux mois à peu près,

elle a une aménorrhée, due au refus de s'alimenter. C'est pour ce problème que la mère nous demande une thérapie familiale qui lui a été conseillée et par l'enseignante de Tiziana, figure très proche de la jeune fille, et par le pédiatre, qui n'a trouvé aucune altération biologique justifiant le refus de se nourrir de la part de Tiziana et a formulé le diagnostic d'anorexie mentale.

La famille est composée du père et de la mère, tous deux de 50 ans à peu près, d'une classe moyenne inférieure, de Tiziana et de son frère cadet Massimo, de 15 ans qui, des années durant, a souffert d'asthme allergique; il est intéressant de souligner que l'anorexie de Tiziana a commencé à créer des inquiétudes juste pendant la période où l'asthme de Massimo était en train d'améliorer. Dès les premières séances, on s'aperçoit qu'il s'agit-là d'une structure familiale typique, où les démarcations des limites générationnelles et individuelles sont rares et où il y a évitement des conflits. Chaque tension est déviée et polarisée sur le problème alimentaire de Tiziana, terrain sur lequel se manifeste une forte compétition, avec une tendance à l'escalade, entre Tiziana et la mère qui, elle, voudrait tout de suite imposer un régime nourrissant à sa fille, alors que le père paraît plus tolérant et plus permissif. Les désaccords occasionnels entre les parents concernent toujours et exclusivement le problème de l'alimentation de Tiziana. Il en ressort donc une configuration structurale de type rigidement triangulaire, où le problème alimentaire de Tiziana et le lien privilégié que Tiziana a avec son père, servent apparemment de médiateurs dans le conflit latent entre les parents, en l'occultant et en le laissant irrésolu.

Un conflit latent qui se trahit, malgré l'atmosphère apparemment harmonieuse de la famille, par une absence presque totale d'interactions directes, verbales ou non-verbales, entre les époux. Par quelques interventions structurales qui ont tendance à favoriser une plus grande collaboration éducative dans le couple parental, en défocalisant, en même temps, l'«aire-alimentation» de l'«aire-problème» et en déplaçant le défi de l'adolescente sur une aire de comportements plus utiles à la maturation de Tiziana, on obtient quelques résultats positifs qui permettent à Tiziana de commencer à reprendre du poids. Au fur et à mesure que le problème alimentaire ne domine plus la scène, d'autres difficultés apparaissent chez Tiziana: pauvreté du réseau de socialisation, manque de rapports avec les compagnons de classe, malgré un excellent rendement scolaire: on arrive même à une véritable «peur» de sortir de la maison.

Mais nous nous rendons compte tout de suite combien il est ardu d'obtenir des informations significatives sur les aires qui touchent certainement de plus près la difficulté du détachement de l'adolescente et mettent implicitement en cause les difficultés du couple parental.

Nous décidons alors d'utiliser les sculptures familiales.

Il n'est possible ici que de donner quelques indications sur la foison d'informations précieuses, qui ressortent de façon étonnamment immédiates des sculptures, au point de permettre un véritable tournant dans la thérapie.

Je me limiterai à rapporter ici l'essentiel de deux des «sculptures du futur», de celle du père et de celle de Tiziana.

Le *père* représente la famille ainsi: il place ses enfants debout, le regard tourné vers la fenêtre qui représente l'extérieur; «ils commencent à prendre leur propre chemin», dit-il. Puis, derrière eux, il se place, lui et sa femme, assis à distance

l'un de l'autre: «nous sommes dans la maison». Sa femme regarde par terre, absorbée, silencieuse, absente: «Elle est en train de penser aux enfants — dit le père en donnant les instructions pour la sculpture — elle se demande ce qu'ils font, s'ils ont mangé!» Lui, assis dans l'autre coin de la pièce, aperçoit sa femme absorbée dans ses pensées et se plonge dans la lecture d'un journal. La «sculpture» ainsi réalisée est déjà, en elle-même, très riche de significations analogiques; les vécus émotifs qui, maintenant, peuvent être exprimés par les différents membres, sont particulièrement intéressants.

Le père: «Je me sentais comme un chien errant... seul et triste en voyant ce qui était resté de l'unité familiale... Je me sentais complètement seul... plutôt à moitié seul (et il jette un coup d'œil à sa femme) puisqu'elle était là» (mais le ton de la voix semblait signifier: «c'était comme si elle n'était pas là.»).

La mère (d'un ton très mélancolique): «Je me sentais seule moi-même; sans les enfants, on ne sera pas bien!»

Tiziana (d'une voix hésitante): «J'étais bien, je pensais que j'étais plus libre et que j'avais mes amis; mais j'aurais préféré que papa et maman ne restent pas à la maison, mais soient dehors, en promenade... ensemble. J'étais contente pour moi, mais inquiète pour eux, pour tous les deux, de les savoir seuls et enfermés à la maison.»

Massimo (qui pendant toute la «sculpture» n'a pas réussi à suivre les instructions du père, mais s'est retourné continuellement, pour voir ce que ses parents faisaient derrière son dos): «Je me sentais bien et mal! Pour moi, je me sentais bien; mais pour eux, je me sentais mal parce qu'ils étaient seuls. Je pensais... (ajoute-t-il presque à mi-voix) que je reviendrais, que j'irais les trouver!»

«La sculpture du futur» de Tiziana est l'image spéculaire de celle du père. Tiziana se place à côté de la fenêtre, son regard est dirigé vers l'extérieur et, en même temps, elle regarde autour d'elle. Massimo est sur un cyclomoteur et se trouve avec des amis. Les parents se promènent dans la rue, mais se tiennent un peu à distance et s'arrêtent (et c'est sur cet aspect que Tiziana «fixe» la sculpture) pour regarder des vitrines différentes.

Les sens métaphriques dans cette sculpture encore sont très évidents et les vécus émotifs de chaque membre les confirment:

Tiziana (toujours d'une voix un peu incertaine): «J'allais bien, mais je regrettais qu'eux (les parents) soient un peu distants... J'aurais préféré qu'ils regardent la même vitrine.»

Le père (le ton déprimé): «Je me sentais vieux, comme les vieux que l'on voit dans la rue et je la (sa femme) sentais vieille aussi et elle me suivait.»

La mère: «Si, moi aussi, je me sentais vieille aussi; vieille et fatiguée. Et j'étais inquiète pour eux (les enfants) qui étaient dehors.»

Massimo: «C'était bien d'être sur mon vélomoteur, mais je pensais à eux, je me demandais où allaient mon père et ma mère et ce qu'ils faisaient!»

Il me semble que ces deux sculptures suffisent à elles seules pour faire comprendre comment les «mythes d'unité» et les «fantasmes de rupture» sont tous là, représentés dans ces scènes, presque matérialisés dans la salle de thérapie, sous les yeux de tous.

Le décor de la solitude, les sentiments de distance conjugale, les vécus de fin, proposés par le père comme conséquence inéluctable de la rupture de l'unité familiale, sont accompagnés spéculairement dans la scène représentée par Tiziana et dans ses émotions, d'un profond sens d'inquiétude pour le destin de ses parents, un sentiment qui «lie» et contraste par des exigences, là aussi présentes et exprimées, d'autonomisation et de maturation.

Comment Tiziana peut-elle effectivement se détacher et s'ouvrir vers le monde, comment Massimo peut-il prendre les «rênes» de sa vie, si ce qui reste derrière eux sont les ruines d'un mythe auquel ils ne peuvent renoncer? Voilà, à travers la sculpture, il semble que tout ce tumulte contradictoire des émotions contrastantes qui n'arrive pas à prendre directement la parole, puisse être *représenté*; c'est comme si les mythes et les fantasmes prenaient *corps*, en se séparant finalement du corps du patient et en donnant, en même temps à sa souffrance, une nouvelle compréhensibilité et une signification.

Comme ils sont désormais évidents et ne peuvent plus être occultés, ils peuvent devenir le terrain privilégié d'un travail thérapeutique.

A partir des sculptures, il est possible, en effet, de donner un sens à la «peur» de Tiziana. Et sa crainte de sortir de la maison peut être redéfinie avec une connotation positive, comme la «préoccupation affectueuse que dans une famille si unie, les enfants ont envers leurs parents, en pensant que leur détachement et leur maturation peuvent être pour les parents une source de tristesse et de solitude».

Mais, en même temps, on se sert de la tonalité émotionnelle dominante dans la famille, celle de l'unité et de la disponibilité réciproque, en soulignant que «les parents qui ont toujours été si sensibles et attentifs au bien-être de leurs enfants, sauront prouver qu'ils ont les ressources pour les rassurer».

La phase conclusive de la thérapie, qu'il n'est pas possible ici de ne tracer qu'à grands traits est, donc, fondamentalement centrée sur le sous-système parental. Et, bien que le travail thérapeutique les engage explicitement à retrouver surtout une meilleure cohésion en tant que parents (en acceptant les canaux émotionnels qui sont les plus utilisables dans le système), la relation du couple aussi, implicitement, se transforme, en permettant à une nouvelles solidarité et à des manifestations affectives plus intenses de s'exprimer. Nous assistons à une amélioration de l'atmosphère, entre les parents et, parallèlement, on constate non seulement la remission totale du symptôme anorexique, mais aussi un développement net de l'adolescence de Tiziana et de Massimo.

Et à la dernière séance de thérapie, c'est le père qui justement a reconnu les résultats obtenus, lui qui, au début, était le membre de la famille apparemment plus sceptique et plus difficile à impliquer dans la thérapie. Et c'est lui qui nous salue en utilisant, à son tour, une métaphore qui ne pourrait pas mieux résumer le

sens du processus thérapeutique: «Dans une phase de notre vie, dit-il, nous nous sommes trouvés devant un mur. En venant en thérapie, nous avons trouvé une porte. Avec vous, nous avons construit une clé.»

Et, comme la mère nous a demandé à la sortie si nous pourrions nous revoir, au cas où il y aurait d'autres difficultés, nous lui avons manifesté notre disponibilité, mais nous exprimons aussi notre confiance dans leurs ressources parce que «même si la porte devait se refermer, nous savons que maintenant ils en ont la clé».

5. Conclusions

Comme j'ai eu l'occasion de souligner plus en détail ailleurs (voir Onnis, 1991b), il me semble que ce modèle d'intervention, basé sur les sculptures familiales, rentre bien dans le cadre de la profonde transformation épistémologique qui concerne la thérapie familiale (voir Onnis, 1989) caractérisée d'un côté, par l'importance attribuée aux «modèles évolutifs» et, d'un autre côté, par une conception du processus thérapeutique que nous pourrions définir «co-constructiviste», où le thérapeute, une fois abandonnée son «étrangeté» présumée, contribue à «construire», à chaque instant, avec le système familial, la réalité thérapeutique (selon une orientation qu'avec Von Foerster, 1982, nous pourrions définir «Cybernétique de second ordre», mais qui a déjà en Bateson, 1968, un précurseur important).

Les sculpteurs du «présent» et du «futur» semble répondre à ces deux exigences. D'une part, elles réintroduisent la dimension du temps dans un système familial qui semble l'avoir perdue, elles confrontent la famille à son propre potentiel évolutif, elles en explorent les difficultés, elles activent les recherches de solutions.

D'autre part, en même temps, elles mettent en marche, entre famille et thérapeute, un processus continuellement récursif qui a les formes du «dialogue» ou de la «co-construction» (voir Caillé, 1988b; Onnis, 1989, 1991a). La famille est en effet invitée avec la «sculpture du futur» à donner d'elle-même une représentation libre et créative, mais cette image enrichit de nouvelles informations l'image du présent aussi (si l'on pense que, dans les sculptures de la famille de Tiziana, ce sont justement les sculptures du futur qui aident à formuler des hypothèses sur ce qui est en train d'arriver dans le présent!); le thérapeute peut ainsi proposer de nouvelles hypothèses alternatives, auxquelles la famille, à son tour, répond par des solutions, à nouveau imprévisibles. Il s'établit de cette manière, à partir des sculptures, un jeu d'images réfléchies circulairement qui devient un véritable processus de co-création, entre thérapeute et famille. Le fait d'assumer le langage du corps, dans le langage de la thérapie, finit alors par se dilater jusqu'à co-créer une *langue commune* de ce nouveau corps que constitue le système thérapeutique. Et, pour reprendre la métaphore anorexique, c'est cette langue commune qui peut devenir la langue de la nouvelle nourriture et du développement.

Luigi Onnis

Centro Studi di Terapia Familiare e Relazione,
2, via Fallopio
I-00161 Roma

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. and Ruesch D. (1968): *The social matrix of psychiatry*, Norton, New York.
2. Bateson G. (1972): *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York.
3. Caillé P. (1985): *Familles et thérapeutes*, E.S.F., Paris.
4. Caillé P. (1988a): «Il disordine del comportamento alimentare come 'doppio-messaggio'». In L. Onnis (a cura di), *Famiglia e malattia psicomatrica: l'orientamento sistemico*, N.I.S., Roma.
5. Caillé P. (1988b): «Sur le chemin d'une thérapie familiale constructiviste: 'Du contre-paradoxe au dialogue' ou 'D'une réflexion à l'autre'». In Caillé P. et Rey Y., *Il était une fois*, E.S.F., Paris.
6. Cancrini L. (1987): *Psocoterapia: grammatica e sintassi*, NIS, Roma.
7. Marty P., De Muzan M. et David C. (1966): *L'investigation psychosomatique*, P.U.F., Paris.
8. Minuchin S., Rosman B. and Baker C. (1978): *Psychosomatic Families*, Harvard University Press, Cambridge (Ma.).
9. Onnis L., Tortolani D., Di Gennaro A., Marinozzi P., Petralito G. e Roggi D. (1985): *Il bambino con disturbi psicosomatici: la famiglia, la domanda, il servizio*, Quad. doc. CNR n. 19, Pensiero scientifico Ed., Roma.
10. Onnis L. e Di Gennaro A. (1987): «Alexitimia: une révision critique», *Medicina Psicosomatica*, 32, pp. 45-64.
11. Onnis L. (1989): «Psicoterapia sistemica, epistemologia e complessità», *Psicoterapia e Scienze umane*, n. 3, pp. 29-42.
12. Onnis L. (1991a): «Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique. Influences actuelles sur la théorie et sur la pratique», *Thérapie familiale*, vol. 12. n. 2, pp. 99-109.
13. Onnis L. (1991b): «Langage du corps et langage de la thérapie: La «sculpture du futur» comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques», *Cahiers critiques de thérapie familiale et des pratiques de réseaux*, à paraître dans le n. 14.
14. Papp P. (1976): «Family choreography». In Guerin P. (ed.), *Family therapy: theory and practice*, Gardner Press, New York.
15. Selvini Palazzoli M. (1988a): *Giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
16. Selvini Palazzoli M. (1988b): «L'anoressia mentale: una sindrome della società dei consumi». In L. Onnis (a cura di), *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*, NIS, Roma.
17. Sifneos F.E. (1973): «The prevalence of 'alexithimic' characteristics in psychosomatics», *Psychother. Psychosom.*, 22, pp. 255-262.
18. Stierlin H., Wirsching M. and Knauss W. (1977): «Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence», *Psychother. Psychosom.*, 28, pp. 243-251.
19. Von Foerster H. (1982): *Observing Systems*, Intersystems Publ., Seaside, Cal.

Calendrier de formation aux applications cliniques de l'hypnose ericksonienne

— **Formation à l'hypnose ericksonienne:**

14 jours: 28, 29 septembre; 19, 20 octobre; 22, 23, 24 novembre 1991;
18, 19 janvier; 28, 29 mars; 29, 30, 31 mai 1992.

Coût: FF 5600.— *Lieu:* I.F.A.T.C.

Animateur: Ana M. Luco et formateurs invités.

*— Trois jours avec **Bill O'Hanlon**: «Psychosomatique et Boulimie»,
22 et 23 novembre 1991 *Prix:* FF 1200.—

«Possibility land: la création de buts thérapeutiques»: 24 novembre
1991 *Prix:* FF 600.— Les trois jours: FF 1650.—

— **Initiation à l'hypnose ericksonienne** (1 week-end). *Animateur:* Ana
M. Luco *Dates:* 8 et 9 février 1992 ou 10 et 11 octobre 1992.

Lieu: I.F.A.T.C. et Extra-muros.

*— Trois jours avec **Stephen Gilligan**: «Le traitement du traumatisme»,
29, 30 et 31 mai 1992 *Prix:* FF 1650.—

— **Hypnose et thérapie brève stratégique** (6 week-ends) 72 heures.

Co-animé par: Ana M. Luco, hypnothérapeute et thérapeute
familiale formée en France et aux Etats-Unis; Dr R. Perrone, psychia-
tre, psychothérapeute, thérapeute familial, membre de l'American
Family Therapy Association.

Dates: 6 week-ends étalés d'octobre 1992 à juin 1993.

Conditions d'inscription: stagiaire ayant suivi la formation aux appli-
cations cliniques de l'hypnose ericksonienne (ou formation équiva-
lente) et professionnels de la santé ayant déjà une pratique de
l'hypnose.

I.F.A.T.C., 3 rue de la République, F-42000 Saint-Etienne

Tél.: 77.32.98.58 Coordination: Ana M. Luco, Tél.: 77.33.69.13

* *Attention:* Ces deux ateliers pourront être décommandés si un mois avant leur date nous
n'avons pas un nombre suffisant d'inscriptions. Ainsi, nous vous invitons à
envoyer votre inscription à l'avance, étant entendu que les chèques ne seront
encaissés qu'à la date de chaque stage.

Programmes détaillés sur demande.

COLLABORER C'EST TRAVAILLER ENSEMBLE

Des parents-clients aux parents-collaborateurs

Guy AUSLOOS*

Résumé: *Collaborer c'est travailler ensemble. Des parents-clients aux parents-collaborateurs.* — Cet article est le texte d'une conférence présentée lors d'un colloque organisé par le Centre d'accueil «Les Quatre-Vents» à St-Donat, Québec. La particularité de cette rencontre tient au fait que, outre les professionnels participants, les parents étaient également invités et ont activement participé. Ceci a imposé sa forme au texte: les idées présentées s'adressent tant aux parents qu'aux autres professionnels. Quant au contenu, il présente les idées actuelles de l'auteur sur la nécessaire collaboration institution-famille.

Summary: *To collaborate means to work together. From the parents-clients to the parents-collaborators.*

This paper is the text of a presentation at a meeting organized at the Centre d'accueil «Les Quatre-Vents» at St-Donat, Québec. The peculiarity of this meeting was that, in addition to the professional participants, the parents were also invited and actively participated. This gave a form to this text: the ideas address as well to the parents as to the other professionals. As regards the content, it presents the actual ideas of the author concerning the necessary collaboration between family and the institution.

Mots-Clés: Education — Famille — Institution — Parents — Placement.

Key words: Education — Family — Institution — Parents — Placement.

Quelqu'un a dit: «Un des métiers les plus difficiles c'est celui de parent, et c'est le seul pour lequel il n'y a pas de formation.» C'est de cette citation que je voudrais partir pour introduire cette journée, et de ma propre expérience en tant que parent et avec des parents. (...)

1. Etre parent: un métier difficile...

Quand j'enseignais à l'Université de Genève, j'ai entrepris une recherche portant sur les couples qui attendaient leur premier enfant. Mon hypothèse de départ était que la naissance représentait un moment de crise pour le couple. Je reviendrai

* Psychiatre, systémicien, professeur agrégé à l'Université de Montréal et à l'Université McGill, professeur invité à l'Université de Louvain.

sur cette notion de crise, mais laissez-moi juste souligner que j'entends par le mot crise «un moment où des changements sont en train de se produire». Heureusement ou malheureusement, mon hypothèse s'est trouvée amplement confirmée. Tous les couples que j'ai étudiés estimaient que pendant les six mois qui suivaient l'accouchement, ils étaient passés par une période de crise personnelle et de couple qui s'était révélée enrichissante une fois traversée, mais qui aurait pu être réellement problématique.

Une des premières conclusions que l'on peut en tirer, c'est qu'actuellement, et de moins en moins, personne n'est vraiment préparé à élever un enfant, même lorsque cet enfant a réellement été voulu et désiré. Sociologues, sexologues et psychologues s'accordent à dire qu'on est moins bien préparé maintenant qu'auparavant à cette fonction tout à fait essentielle. Auparavant en effet, à la campagne, on vivait en grande famille dans laquelle les aînés apprenaient à élever les plus jeunes et les plus jeunes s'occupaient des enfants des aînés. Ce n'est qu'en ville que l'on connaissait la petite famille mononucléaire.

Dans cette petite famille et actuellement, il n'y a que peu ou pas de possibilités pour les futurs parents de faire en quelque sorte leur apprentissage de parent, et de plus ceux-ci sont confrontés la plupart du temps à un grand isolement social et relationnel. Parents et grands-parents sont loin; les amis sont eux-mêmes pris par leurs propres tâches et l'on ne peut pratiquement pas compter sur eux pour recevoir du soutien dans ces moments difficiles qui suivent la naissance. Mais surtout, il y a une sorte de consensus social pour imposer un message officiel selon lequel le couple ne peut être que parfaitement heureux après la naissance d'un enfant, alors que la réalité pour la majorité des couples est faite de difficultés, de fatigues, de tensions qui sont d'autant plus lourdes à supporter que l'on ne peut en parler autour de soi.

Quand tout va pour le mieux, c'est une période difficile pour la mère qui est à la fois comblée d'avoir son propre bébé et complètement dépassée par cette toute nouvelle tâche pour laquelle elle se sent si peu préparée, à la fois gratifiée par tout ce qu'elle peut recevoir comme caresses et tendresse de la part du bébé et envahie par cette petite chose qui a un besoin énorme d'elle; c'est difficile pour le père qui se sent malhabile avec ce bébé qu'il ne sait comment manipuler et qui se sent en même temps indispensable afin de maintenir un équilibre minimum, qui s'efforce d'être attentif à satisfaire les besoins de l'enfant comme de la mère, et en même temps s'entend reprocher en permanence son insuffisance; c'est difficile pour le couple qui vit un accomplissement dans cette naissance et en même temps risque un éloignement et éventuellement une rupture dans l'avenir, précisément à la suite de cette naissance.

Le duo du couple a donné naissance à une triade dans laquelle de nouvelles dyades problématiques risquent d'apparaître. Ceci m'avait amené à présenter cette recherche en disant: «Les couples font les bébés et les bébés font les parents.» Malheureusement, dans un certain nombre de cas, les couples disparaissent en cédant la place aux parents. Couples sans amour ou familles monoparentales sont là pour en témoigner.

J'ai accordé beaucoup d'importance à cette étape parce que ce n'est là que le début d'une carrière de parents qui vont avoir à affronter d'autres étapes qui seront

autant de crises. La naissance d'autres enfants représentera la première épreuve; l'entrée à l'école marquera la première vraie séparation d'avec l'enfant et le début des préoccupations de réussite; la puberté verra l'apparition de la sexualité dans le sous-système des enfants et le début d'un certain retrait affectif que les parents vivent souvent très mal; l'adolescence amènera un changement dans les règles familiales autour de l'argent, des sorties, de la sexualité et le début de confrontations et de questionnements qui ne seront pas toujours faciles à aborder; enfin l'autonomisation et le départ des enfants pour aller à leur tour fonder leur propre famille et devenir éventuellement parents seront autant de périodes difficiles pour les parents, d'autant plus que ceux-ci voient s'approcher à grands pas l'âge d'une retraite à laquelle ils sont souvent mal préparés. Ce n'est pas pour rien qu'on a parlé à ce propos de «syndrome du nid vide» (empty nest syndrome).

Tout ceci pour dire qu'il ne me semble pas étonnant que les parents éprouvent des difficultés au cours d'une carrière de parents, qu'il me semble normal et inévitable qu'ils passent par des périodes de crises, qu'il est prévisible qu'à certains moments certains ne se sentent plus capables de continuer et qu'il est même normal que certains en arrivent à refuser de jouer ce rôle. On a trop accusé les parents de se retirer, de refuser leurs responsabilités, et on n'a peut-être pas suffisamment essayé de se mettre à leur place. J'y reviendrai plus loin.

2. ... pour lequel il n'y a pas de formation

En écrivant cette affirmation, je me rends compte qu'elle n'est vraie qu'en partie. En effet, il n'y a pas d'école ou très peu où l'on peut apprendre le métier de parents et il n'existe pas vraiment de cours et encore moins de diplômes qui puissent vous garantir que vous serez de bons parents et que vous saurez vous y prendre pour affronter les différentes crises inévitables. Et cependant, nous avons tous été à l'école de nos propres parents. Consciemment et inconsciemment, nous avons hérité d'un certain nombre de valeurs que nous avons envie de transmettre et de contre-valeurs que nous avons décidé de ne pas transmettre. On connaît tous ces grandes déclarations que l'on fait comme jeune parent: «Avec mes enfants, je ne ferai jamais cela comme le faisaient mes parents.»

Ce qui est paradoxal, et en même temps comique si l'on veut bien ne pas le considérer comme tragique, c'est qu'en fin de compte on ne pourra pas s'empêcher de répéter ce que nos parents faisaient avec nous, et même qu'on se trouve d'excellentes justifications pour le faire. Les modèles familiaux que l'on hérite se transmettent de génération en génération. La question qui se pose dès lors est celle-ci: dans quelle mesure est-on responsable de cet héritage que l'on a reçu, que l'on n'a pas choisi, mais que l'on transmet inévitablement?

Ce qui ne simplifie rien, c'est que chacun des partenaires amène son bagage familial et que la seule chose sûre, c'est qu'il y aura des différences, voire même des incompatibilités. Ce que j'ai appelé la «négociation constitutive» du couple devra être reprise à la naissance de l'enfant.

Ce que je viens de dire est vrai pour les parents mais est vrai également pour n'importe qui, donc pour les éducateurs et les autres intervenants, ainsi que pour

les équipes. Ils ont également hérité de modèles familiaux, ils ont également hérité de valeurs et de contre-valeurs, et le fait qu'ils viennent de leur famille, de leur milieu, de leur culture ne fait pas que ces modèles sont meilleurs ou moins bons que les autres, ils sont cependant différents. On a trop eu tendance à considérer que le modèle de certaines classes ou de certaines cultures était le bon et qu'il fallait donc s'efforcer de le vendre à des familles provenant d'autres milieux culturels et d'autres classes.

Si l'on tient compte de ce que je viens de dire, cela nous amène à être contraint d'effectuer un certain nombre de changements dans les positions que nous avons adoptées comme intervenants jusqu'à présent.

3. Changer notre vision: de la faute à la compétence

Sans doute, depuis que le monde est monde, a-t-on considéré les parents comme responsables de tous les défauts de leurs enfants. Étonnamment, le courant psychologisant du XX^e siècle a contribué à accentuer cette tendance. Il suffit de regarder le vocabulaire utilisé par la psychopathologie pour se rendre compte que l'on y parle de mères hyperprotectrices, rejetantes, castratrices; de pères absents, autoritaires, castrateurs également; de couples inversés, fusionnels, conflictuels; de parents non-collaborants, inadéquats, rejetants; de familles rigides, chaotiques, incestueuses et l'on pourrait continuer cette liste pendant longtemps.

Je pense que si l'on mettait au défi les parents ou les couples les plus adéquats de satisfaire à un examen psychologique où l'on essaierait de mettre en évidence qu'ils ont des problèmes de couple ou de famille, bien peu réussiraient l'épreuve. S'ils disent qu'ils n'ont pas de problèmes, c'est peut-être qu'ils cachent quelque chose; s'ils disent qu'ils en ont, l'hypothèse est confirmée; s'ils se montrent réservés, c'est sans doute qu'ils sont non-collaborants; s'ils sont trop confiants, c'est qu'ils ont tendance à être dépendants; s'ils sont participants, ne faut-il pas craindre qu'ils soient trop envahissants; s'ils sont conscients de leurs difficultés, cela confirme bien qu'ils sont inadéquats... Bien sûr, ceci est un peu parodique, mais il est vrai que la majorité des intervenants a été formée à chercher ce qui ne va pas et que nous avons tous tendance à trouver ce que nous cherchons, même si la réalité est différente.

Je citerai cet exemple d'amis psychologues qui avaient décidé après avoir eu deux enfants d'en adopter un troisième. Ils avaient été soumis à une évaluation pour savoir s'ils étaient admissibles pour adopter des enfants. Cette expérience a été très difficile et pénible pour eux, parce qu'à la suite de cette évaluation, ils étaient presque persuadés qu'ils ne seraient pas capables d'adopter un enfant alors qu'ils en avaient déjà deux qui étaient issus de leur couple. Je m'empresse de dire qu'il s'agissait de gens tout à fait capables d'élever leurs enfants et que l'adoption, en fin de compte, a été une réussite.

Tout cela m'a amené à me demander d'où venait cette tendance à chercher ce qui va mal. Bien sûr, le modèle médical qui a été adopté par la psychiatrie, et dans la foulée par la psychologie, est responsable de bien des maux. S'il est adéquat pour la médecine somatique, il recèle bien des effets pervers lorsqu'on l'applique

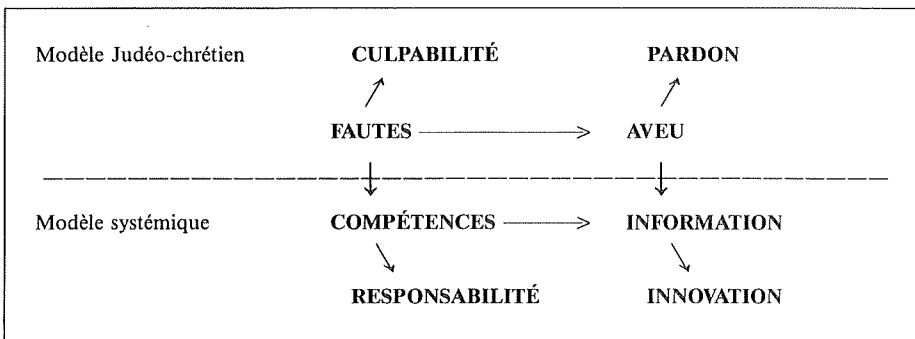
aux troubles psychiques. Quand nous allons voir un médecin parce que nous souffrons physiquement, nous nous attendons à ce qu'il s'intéresse à ce qui ne va pas, et nous avons bien raison. Si le médecin peut identifier la **lésion**, il pourra sans doute nous soulager, voire nous guérir. Mais pour celui qui souffre psychologiquement, il n'y a pas de lésion, il y a essentiellement des difficultés de **relation**, et une difficulté de relation ne peut être plâtrée ou extirpée. Au lieu de la combattre, ne vaut-il pas mieux utiliser ce qu'elle a de constructif? Mais cette référence au modèle médical n'explique pas tout. D'ailleurs, si ce modèle s'est imposé, c'est qu'il rencontrait une culture qui avait en quelque sorte les mêmes valeurs et les mêmes prémisses.

J'ai trouvé une première réponse dans l'ouvrage d'un historien, Jean Delumeau, qui s'intitule «Le péché et la peur». Sa thèse principale montre que, dans la civilisation judéo-chrétienne, c'est la faute, le péché qui est à la base du système éducatif, au moyen de la culpabilisation. C'est quelque chose que nous avons tous pu expérimenter: en famille, lorsque l'on fait bien les choses c'est normal, mais lorsque l'on fait des fautes, les parents sont là pour les souligner. A l'école, on retrouve le même mécanisme: on apprend aux élèves en soulignant leurs erreurs plutôt qu'en amplifiant leurs compétences ou en valorisant leurs réussites.

J'ai trouvé une deuxième réponse complémentaire dans le livre de Michel Foucault: «La volonté de savoir». Il y insiste sur l'importance de l'aveu dans notre culture, de dire ce que nous avons fait de mal comme moyen de trouver la rédemption. Et il est vrai qu'un proverbe bien connu dit que «faute avouée est à moitié pardonnée». La confession était un sacrement qui se basait sur l'aveu de cette faute, et c'est comme si la majorité des intervenants en psychologie et en éducation avaient repris le rôle des confesseurs. Dans beaucoup d'entretiens encore, on essaie de faire dire à l'individu ou à la famille ce qui ne va pas plutôt que de chercher à voir ce qui va encore bien.

Passer de ce modèle judéo-chrétien au modèle systémique, c'est chercher les compétences, les capacités, ce qu'ils savent faire, plutôt que de s'apesantir sur les fautes, les difficultés, les échecs; c'est circulariser l'information qui permettra les innovations, plutôt que de chercher l'aveu des traumatismes qui ancre dans un passé stérile. Ceci m'a amené à faire le tableau suivant.

Tableau I: Du modèle judéo-chrétien au modèle systémique.



On voit qu'aux extrémités de gauche de ce tableau, on trouve en haut culpabilité et en bas responsabilité. Et bien souvent ces deux termes sont confondus: si on est responsable, c'est qu'on est coupable. Cette confusion est bien regrettable parce qu'il est certain que responsabilité ne signifie pas culpabilité. Au contraire, je dirais qu'il nous faut passer de la famille coupable à la famille **responsable**. Que faut-il entendre par là?

Une famille responsable signifie une famille qui a des responsabilités et qui est capable de les prendre. Cela ne signifie pas que la façon dont elle exerce ses responsabilités sera toujours la meilleure mais cela ne signifie pas non plus qu'elle soit coupable de manques graves.

De cette notion de famille responsable, je passerai à la notion de famille **compétente**. Là encore, cela ne signifie pas que cette famille sait tout faire mais qu'elle a des compétences. Pour moi, toutes les familles ont des compétences, mais dans certaines situations, soit elles ne savent pas les utiliser actuellement, soit elles ne savent pas qu'elles en ont, soit elles sont empêchées de les utiliser, soit elles s'empêchent elles-mêmes de les utiliser pour différentes raisons.

Si une famille est compétente et responsable et pourtant se trouve parfois confrontée à des difficultés qu'elle ne peut arriver à résoudre, c'est qu'elle ne dispose pas toujours de l'**information** nécessaire pour fonctionner de façon satisfaisante. J'entends ici information au sens où Bateson l'a définie: «Une différence qui fait la différence», quelque chose qui fait que l'on ne voit plus les choses comme avant, qui fait que l'on s'étonne, qui fait dire «je n'avais jamais vu les choses comme cela» ou encore «je ne m'étais encore jamais posé cette question».

Quand je parle de faire circuler l'information, je ne veux pas dire qu'il faut recueillir des informations, cette fameuse cueillette ou récolte de données dont on parle dans les milieux socio-professionnels. Je ne veux pas dire non plus qu'il faut donner des informations, parce que pour moi les conseils ne sont pas de l'information mais bien plutôt du bruit qui empêche de penser. Quand je recueille des données comme intervenant, je me rends service à moi-même mais je fais perdre son temps à la famille. Quand je leur donne des conseils, je les empêche de trouver les solutions qui leur convienne.

Pour moi, circulariser l'information, c'est aller chercher dans la famille l'information **pertinente**. Et je définirais cette information pertinente comme «celle qui vient du système et qui va y retourner pour informer le système de son propre fonctionnement». En d'autres termes, je dirais que les familles savent, mais qu'elles ne savent pas qu'elles savent et qu'elles ne savent pas ce qu'elles savent. Ces considérations impliquent de modifier le rôle de l'intervenant.

4. **Changer l'intervenant: de la récolte des données à la circularisation de l'information**

En fonction de ce qui vient d'être dit, le rôle de l'intervenant n'est plus de conseiller la famille, d'identifier ce qui ne va pas pour elle, mais au contraire de travailler à aider la famille à retrouver ou à découvrir ce qu'elle sait, à réinventer les solutions, à résoudre ses problèmes et cela peut se faire par un questionnement

circulaire. Ce n'est pas ici le lieu de développer cette technique élaborée par l'école de Milan mais je me contenterai de dire que le travail de l'intervenant systémique, consiste à s'arranger pour qu'en fin d'entretien les différents membres de la famille se soient communiqués entre eux suffisamment d'informations pour qu'ils se connaissent mieux et comprennent mieux leur propre fonctionnement, ce qu'ils traduisent souvent en fin d'entretien par : «on n'a jamais pu se parler comme cela auparavant» ou «on a dit des choses qu'on avait jamais dites».

La cybernétique a eu une influence importante sur la façon de concevoir les interventions de type systémique. Pendant longtemps cependant, la thérapie a été influencée par la première cybernétique dans laquelle on considérait que l'observateur était extérieur au système qu'il observait. Dans la ligne du principe d'incertitude de Heisenberg et à la suite des travaux de Prigogine en physique et en chimie, de Maturana et de Varela en biologie et de Von Foerster en cybernétique, on a réalisé que cette façon de voir les choses était très limitative. En fait, l'observateur est toujours impliqué dans le système qu'il observe et son attitude influence le fonctionnement des phénomènes qu'il considère. A partir de là, il faut bien considérer que l'intervenant n'est pas quelqu'un qui est extérieur à la famille avec laquelle il travaille mais au contraire qui est immergé dans sa problématique et dont le fonctionnement influencera très directement cette problématique.

Je reviens à cette notion de famille compétente pour dire qu'elle n'est pas compétente pour tout et qu'il ne suffit pas d'écouter les membres de la famille pour trouver les solutions. Chaque famille a des compétences suffisantes pour affronter ses propres problèmes à condition de disposer de l'information suffisante. C'est donc le rôle de l'intervenant d'activer la circulation de l'information dans la famille pour que les solutions émergent. Ceci m'amène à formuler un axiome :

*un système ne peut se poser de problème
tel qu'il ne soit capable de le résoudre.*

Changer l'intervenant, c'est changer l'intervention pour en faire une intervention qui active le système en faisant circuler l'information, afin que le système lui-même puisse trouver ou retrouver ses propres compétences pour résoudre les problèmes qu'il s'est posé à lui-même. Dans cette perspective, on est bien loin des interventions où on allait chercher ce qui ne va pas dans la famille pour comprendre la raison des échecs et montrer ce qu'il faut faire pour que tout aille mieux.

Sur le plan pratique, il est évident que ceci implique de considérer la famille comme partenaire dans l'intervention, comme collaborateur. Le titre que j'ai donné à ma conférence est lié à l'étymologie : collaborer en latin veut dire travailler avec, travailler ensemble ; c'est de là que nous est venu le mot *laboureur* qui était de fait le travailleur de base au moyen âge.

Collaborer avec les familles, ce n'est donc pas faire de la thérapie, ce n'est pas aller chercher les problèmes que les familles ou les couples peuvent présenter mais c'est bien travailler avec eux. Collaborer, c'est travailler ensemble avec nos compétences, nos valeurs, nos responsabilités respectives et aussi nos insuffisances, en sachant qu'il n'y a pas de vérité en éducation mais seulement un processus d'essais et erreurs dans lequel on peut cheminer et grandir.

Ceci m'amène à quelques conseils pratiques :

- a) Que vous travailliez avec une famille ou avec une personne, efforcez-vous de remplacer le vous et le tu par le je. Un exemple me fera comprendre: fréquemment comme intervenants, nous sommes portés à dire par exemple: «**vous** ne vous occupez pas assez de votre fils»; ne vaut-il pas mieux remplacer cette formulation par «**je** suis touché quand **je** vois combien il a besoin de vous». Le sens fondamental de l'intervention est le même mais lorsqu'on parle de vous ou de tu on se met dans la position supérieure de quelqu'un qui sait et qui a le droit de juger alors que lorsqu'on parle du je, on parle de ses propres émotions et on se met dans la situation de dire quelque chose qui nous concerne avant de concerner l'autre, on accepte de se livrer et éventuellement d'être vulnérable.
- b) Un deuxième moyen qui me semble fondamental est d'abandonner les notions de résistance, de manque de collaboration, de non-motivation pour les familles. Ces notions ont été inventées par les thérapeutes pour justifier leur incapacité à entrer en relation avec leurs clients. Toute personne ou famille qui consulte ou qui sent que cela va mal a envie de changer; encore faut-il que les thérapeutes soient capables de les accueillir, de leur inspirer confiance, de leur montrer ce qui les attend, de vaincre leurs peurs et leurs habitudes, en un mot de les rejoindre vraiment... Pour moi, il n'y a pas de familles résistantes, il y a seulement des familles qui manquent d'informations.
- c) Troisième point, supprimons également de notre vocabulaire le terme de manipulation pour le remplacer par celui de stratégie. Ne trouvez-vous pas étonnant que lorsque les intervenants parlent de ce que font les jeunes ou les familles, ils ont tendance à se poser la question des manipulations dont ils risquent d'être la victime? Par contre, quand eux font des interventions, ils ont des stratégies. Je pense que pas plus les familles que les intervenants ne manipulent, ou en d'autres termes que tant les familles que les intervenants ont des stratégies et qu'il est tout à fait légitime d'en avoir. Supprimons ce terme de manipulation qui nous amène à une vision péjorative du fonctionnement des familles et donc à une attitude de mise à distance de notre part.

Ce qui précède nous amène à voir qu'il était nécessaire de changer notre vision de la famille et donc notre mode d'intervention et puisque nous sommes dans une institution, cela implique également de changer le fonctionnement de l'institution.

5. Changer l'institution: de la supervision à la collaboration

Pendant longtemps, on a présenté l'institution comme étant la bonne solution pour les mauvaises familles. En réalité, le placement apparaissait comme un désaveu des parents et comme une punition de l'enfant. Il ne fallait donc pas s'étonner de ce qui a été bien décrit, à savoir les rivalités parents-institutions qui le plus

souvent étaient en fin de compte arbitrées par l'enfant. Lorsque l'institution estimait les parents inadéquats, cela retombait sur l'enfant qui avait le choix soit de collaborer avec l'institution en disqualifiant ses parents, soit de collaborer avec ses parents en disqualifiant l'institution. Quoiqu'il fasse, il se trouvait toujours dans la situation qu'au moins un des deux finissait par dire que c'était l'enfant qui n'était pas correct et souvent même cela se terminait après quelques années d'affrontements par un accord entre les parents et l'institution pour dire qu'en fin de compte si personne ne réussissait, c'était bien que l'enfant avait un problème et que ni les parents ni les éducateurs n'étaient responsables de ce qui se passait.

On a tellement véhiculé cette image de la bonne institution que dans l'institution on a fini par y croire et par s'accrocher à ce que j'appelle le mythe de la bonne institution. Pour corriger cela, au mieux, on s'est mis à faire de la thérapie familiale. Le message véhiculé était cependant le plus souvent celui-ci: on s'adressait aux parents en leur disant: «Il faut que vous changiez pour que nous puissions faire notre travail.» A nouveau, subtilement, les parents étaient mis en accusation, disqualifiés devant leur enfant puisqu'on disait qu'ils avaient des problèmes et qu'il fallait qu'ils changent; subtilement, ils étaient forcés à parler de choses dont ils n'avaient peut-être pas envie de parler ou dont ils n'avaient pas nécessairement envie de parler avec ces intervenants-là.

Au pire, on faisait ce que quelqu'un a appelé une «parentectomie», c'est-à-dire que l'on essayait de couper l'enfant de ses parents et de son milieu pour en quelque sorte le réparer à l'abri des regards. Comme si l'enfant était une voiture en panne dont il suffit de nettoyer les pièces pour que tout fonctionne à nouveau.

Si l'on désire travailler systématiquement dans l'institution avec des parents considérés comme des partenaires et des collaborateurs, il est donc clair qu'il faut changer un certain nombre des fonctionnements et des habitudes de cette institution. Mon ami Louis Emery, qui est directeur d'institution depuis trente ans en Suisse, a cette formule que j'aime beaucoup: «L'institution est un coffre à outil dont les parents ont la clef. Travaillons ensemble pour qu'ils puissent s'en servir.»

De là découlent pour moi quelques remarques qui me serviront de conclusion:

- a) La notion d'hôtel thérapeutique: dans les années 80, j'ai commencé à faire des conférences en insistant sur le fait qu'il me semblait que l'institution ne devait plus être une super-école, ou une maison de réforme, ou un lieu de gardiennage pour les enfants mais plutôt ce que j'ai appelé un hôtel thérapeutique, c'est-à-dire un endroit où l'enfant puisse venir se réfugier, reprendre des forces et à nouveau grandir. En effet, si l'on considère la vision systémique des problèmes d'un individu, on y souligne que celui-ci joue un rôle dans le système et accepte d'être défini comme le problème du système dans lequel il est. Comme le disait toujours Louis Emery: «A force d'être le problème dans la famille, l'enfant finit par **avoir** des problèmes.» L'institution ne peut pas à elle seule résoudre ce qui fait que l'enfant est le problème de la famille. Elle peut cependant travailler avec l'enfant aux problèmes qu'il a. Un des moyens serait de créer un lieu suffisamment bon pour qu'il puisse y reprendre des forces, s'armer pour continuer son combat dans la vie.

b) Collaborer d'emblée: il y a sans doute longtemps que l'on faisait venir les familles dans les institutions. La plupart du temps cependant, c'était en fin de séjour, pour annoncer à la famille qui ne s'y attendait pas vraiment qu'on allait leur rendre l'enfant et qu'il fallait qu'elle se prépare. On ne leur disait cependant pas comment s'y préparer et ceci permettait éventuellement de projeter le blâme d'un échec du placement sur la famille, puisque c'est la famille qui n'avait pas suffisamment bien accueilli l'enfant à son retour.

Pour moi, ce n'est pas lorsqu'il y a des problèmes qu'il faut s'adresser à la famille mais dès le départ, c'est-à-dire dès l'admission et même avant l'admission dans des entretiens de pré-admission. Dans de tels entretiens, il ne faut pas communiquer à la famille le message «vous avez besoin de nous», mais au contraire «**nous** avons besoin de vous parce que **vous** êtes ceux qui connaissez le mieux cet enfant, parce que vous avez beaucoup essayé, ce qui vous a donné une grande expérience, parce que sans vous, lui ne pourra pas avancer, parce que sans vous nous ne pourrions rien faire qui soit durable».

c) Nous aider à changer grâce aux crises: la bonne institution n'existe pas. Le fonctionnement des institutions est bien trop souvent mis en place pour éviter des crises alors qu'à mon sens l'institution ne doit pas éviter la crise mais au contraire en vivre, comme de son aliment. La crise est en effet un moment où un changement peut se produire. A ce titre-là, elle est donc nécessaire au changement. En conséquence, les problèmes amenés par le jeune dans l'institution doivent être vus comme des sources de changement, non seulement pour la famille, mais aussi pour l'institution qui accueille le jeune. Nous avons beaucoup à apprendre de ces crises que vit l'institution, beaucoup à en apprendre pour modifier notre fonctionnement; nous avons beaucoup à recevoir des familles, parce qu'elles ont beaucoup essayé et beaucoup appris.

Conclusion

Si j'ai accepté de vous parler aujourd'hui et si j'ai accepté antérieurement de collaborer aux Quatre-Vents, c'est que depuis cinq ans que j'ai fait la connaissance de cette institution, j'ai découvert que ce que je viens de vous présenter est également ce qui pourrait en quelque sorte servir de philosophie de base pour cette institution, que c'est ce qu'on essaie de faire ici depuis vingt ans. Je voudrais terminer en donnant l'exemple des «**rencontres-famille**» pour montrer que l'intervention systémique n'est pas une technique mais est quelque chose que l'on construit patiemment au cours des années en améliorant sans cesse l'outil que l'on utilise.

Il y a une quinzaine d'années, des éducateurs de cette institution se sont avisés qu'il serait intéressant de regarder le fonctionnement des familles avant d'y renvoyer le jeune. Pour ce faire, ils ont invité des familles à venir passer une fin de semaine aux Quatre-Vents afin de les observer et d'une certaine façon de les évaluer et de les contrôler. Au départ donc, on pouvait considérer cette intervention sûrement peu systémique comme inspirée d'une préoccupation sincère de favoriser un meilleur retour de l'enfant dans sa famille. Progressivement, les éducateurs ont

réalisé que l'on pouvait tirer plus de cette activité et y ont été poussés par des parents qui ont à leur tour proposé aux éducateurs de venir dans la famille, mûs qu'ils étaient par un besoin de réciprocité de ces visites.

A la suite de cela, les rencontres-famille ont évolué et l'institution a commencé à axer beaucoup plus ses rencontres sur le fait qu'il y avait moyen d'offrir à la famille le bon côté de l'institution, à savoir un environnement et des possibilités de détente en fin de semaine. Les Quatre-Vents sont en effet situés à 140 km de Montréal, dans une région de villégiature très appréciée des Montréalais pour ses possibilités de sport, tant en hiver qu'en été. Les jeunes qui y sont placés viennent de familles très modestes de Montréal qui n'ont pas les moyens de se payer ces détentes de luxe. Ce qui pouvait être un handicap pour l'institution, son éloignement, est devenu un atout, la possibilité de faire profiter toute la famille d'une région merveilleuse et ce, à l'invitation de celui qu'on avait été forcé de placer.

Progressivement encore, on en est arrivé à une sorte de quatrième étape où actuellement ce qui est essentiel dans les rencontres-famille, c'est le vécu qui peut être partagé entre l'éducateur, le jeune et sa famille au cours d'une fin de semaine qui vient se passer dans l'institution. Je trouve que c'est là une bonne façon de conclure: partant d'une expérience qui avait plus des visées de contrôle que de changement, malgré un éloignement qui pouvait être un obstacle, on en est arrivé à créer une occasion de rencontre où c'est le vécu partagé qui prime et où les parents et le jeune deviennent réellement les partenaires de l'institution. J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas là d'une technique mais d'une création mutuelle dans laquelle les parents ont appris à l'institution et dans laquelle l'institution s'enrichit de ce vécu partagé. J'espère qu'une journée comme celle-ci contribuera à ce que ce programme devienne de plus en plus le programme de base d'une majorité d'institutions.

D^r Guy Ausloos
C.H. Douglas-CPC 1
6875 boul. La Salle
Montréal, P. Québec
H4H 1R3 Canada

BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. et Segond P. (1983): *Marginalité, système et famille: l'approche systémique en travail social*, Coll. Relectures, Vaucresson, CFRES.
2. Ausloos G. (1985): « Vers un fonctionnement systémique de l'institution », *Thérapie Familiale*, VI, 3, pp. 235-242.
3. Bateson G. (1984): *La nature et la pensée*, Seuil, Paris.
4. Delumeau J. (1983): *Le péché et la peur: la culpabilisation en Occident, XIII^e-XVIII^e siècle*, Fayard, Paris.
5. Emery L. et Ausloos G. (1984): « L'institution peut-elle accepter des placements dits d'urgence sans renier son modèle d'intervention? », *Thérapie Familiale*, V, 2, pp. 173-187.
6. Foucault M. (1976): *La volonté de savoir*, Gallimard-NRF, Paris.

**INSTITUT DE
FORMATION
SYSTEMIQUE**



I F S
Chemin des Primevères 1
1700 Fribourg
Tél. 037 / 24 16 86

CONFERENCES novembre 1991 - juin 1992

- 7 / 11 / 91 **Introduction à l'hypnose éricksonienne et à la thérapie stratégique.**
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 8 / 11 / 91 **Les techniques d'apprentissage du contrôle de la douleur.**
Dr Michel Vignier
- 18 / 11 / 91 **Les cartes institutionnelles. Une configuration des doubles liens**
Dr Jean-Claude Benoit
- 13 / 1 / 92 **Accouplement, couple et famille. Alliances, amour, éthique, exploitation, violence et abus dans le couple et la famille.**
Dr Reynaldo Perrone
- 16 / 3 / 92 **Les violences familiales et les troubles dissociatifs.**
Le problème des personnalités multiples.
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 6 / 4 / 92 **La compétence relationnelle des jeunes en difficulté.**
Dr Jacques-Antoine Malarewicz
- 15 / 5 / 92 **Roméo et Juliette ou le suicide matrimonial. Le couple et la famille dans la société actuelle.**
Dr Alfredo Canevaro
- 5 / 6 / 92 **Le syndrome d'épuisement professionnel.**
Dr Odette Masson-Ruffy

Chacune de ces conférences est proposée au prix de Fr. 100.- (repas compris)

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

NPA / Localité: _____

Je m'inscris à la conférence suivante: date: _____

titre: _____

Je souhaite recevoir votre brochure de présentation des conférences et des formations de l'IFS.

DES ENTRETIENS DE FAMILLE AUX OBSERVATIONS À DOMICILE ET RETOUR

François ROCHAT*

Résumé: *Des entretiens de famille aux observations à domicile et retour.* — La conduite d'observations au domicile des familles en traitement apporte au thérapeute une meilleure compréhension des interactions familiales et d'utiles indications pour l'ajustement des interventions thérapeutiques.

Summary: *Using home observations in family therapy.* — Home observations of families in therapy help understanding their interactions and give useful information for adjusting therapeutic interventions.

Mots-clés: Observations à domicile — Techniques thérapeutiques — Changements de comportement.

Key words: Home observations — Techniques of family assessment — Behavior change.

Les interactions familiales telles qu'elles apparaissent lors des entretiens de famille et telles que les membres de la famille les rapportent correspondent-elles à celles qui se déroulent à domicile? Cette question a souvent été posée (Kantor et Lehr, 1975; Steinglass, 1979) et divers arguments ont été présentés en faveur de la représentativité des comportements apparaissant durant les entretiens de famille (Nicols, 1987). Il est cependant intéressant de voir ce que des observations à domicile peuvent apporter à la compréhension des interactions familiales et au processus thérapeutique lui-même.

Les données¹ à partir desquelles nous traitons cette question sont tirées de l'étude de huit familles qui ont deux caractéristiques en commun. Premièrement, elles ont toutes été signalées aux services sociaux en raison des mauvais traitements subis par les enfants de la part de leurs parents. Deuxièmement, dans chaque famille, le père a été condamné par un tribunal en raison d'une infraction commise à la loi sur la consommation d'alcool ou de drogue. Cette peine a été cependant suspendue parce que le père a accepté de suivre un traitement comprenant une

* Docteur en psychologie, University of Michigan, Department of Psychology, Clinical Area, Ann Arbor, MI 48109-1346, U.S.A.

¹ Nous remercions vivement le professeur Eric Bermann, du Département de Psychologie de l'Université du Michigan, Ann Arbor, pour nous avoir donné accès aux nombreuses données que lui et ses collaborateurs ont rassemblées.

thérapie de famille et la conduite d'observations à domicile durant la période du traitement. Pour chaque famille, la mère a donné très facilement son accord².

Les observations à domicile

Ces observations à domicile sont faites à la manière d'un reportage, le moins intrusif possible, enregistré en direct par l'observateur qui parle à voix basse dans un petit magnétophone de la taille de la main. Durant une heure par visite à domicile, l'observateur rapporte ce qui se passe dans son champ de vision et d'écoute en décrivant linéairement les actions successives des membres de la famille telles qu'il les voit se dérouler en sa présence. Il faut garder à l'esprit ici l'analogie avec le reporter qui décrit un jeu quelconque en en restituant le déroulement. Cet observateur peut être le thérapeute lui-même ou une personne n'intervenant pas dans la thérapie. Dans ce cas, il se présente à la famille comme étant chargé, par le thérapeute, de décrire les interactions familiales telles qu'elles apparaissent en sa présence quand il vient à leur domicile.

Principalement, l'apport de ces observations à domicile est de deux types. D'abord, elles permettent de compléter la connaissance des interactions familiales obtenues grâce aux entretiens de famille et, de cette façon, elles augmentent souvent la pertinence des interventions thérapeutiques. Précisément parce que ce sont des familles dans lesquelles les abus d'alcool ou de drogue sont une partie du problème, il est important de pouvoir faire des observations quand un membre de la famille a bu ou est drogué, ce qui est très rarement le cas durant les séances de thérapie. Ensuite, ces observations à domicile permettent parfois de faire des découvertes tout à fait décisives pour le succès du traitement, comme l'illustre le cas rapporté par Bermann (à paraître): la découverte fortuite, durant une visite à domicile, des capacités artistiques d'une mère, ignorées des thérapeutes et non remarquées par les autres membres de la famille, permit non seulement de revaloriser cette personne mais aussi de lui faire reprendre ses études puis, par la suite, de trouver un emploi d'illustratrice intéressant pour elle et suffisant pour entretenir sa famille entière.

Dans le cas où l'observateur et le thérapeute sont deux personnes distinctes, la réunion de leurs constats est une source d'informations particulièrement précieuse en raison des contextes différents que sont l'institution dans laquelle se déroule les séances de thérapie et le domicile de la famille. Dans les deux cas, la pression due à la présence du thérapeute ou de l'observateur est là et doit donc être prise en considération, mais il est intéressant de remarquer que les réactions à cette présence

² Dans l'Etat du Michigan, U.S.A., cette collaboration entre l'autorité judiciaire, les services sociaux et cette équipe thérapeutique est effective, depuis une dizaine d'années en ce qui concerne ce type de familles. Elle permet aux pères de famille condamnés d'éviter une incarcération et, pour un certain nombre de familles, c'est l'occasion de bénéficier d'un traitement qu'elles n'auraient pas les moyens de financer elles-mêmes. Ces familles reçoivent une description écrite des différents aspects du traitement les informant notamment du fait que ce qui s'y passe ne sera pas rapporté à l'autorité judiciaire. Par contre, si le père se soustrait au traitement, l'autorité judiciaire en sera informée.

ne sont pas les mêmes en clinique et à domicile. Ces différences apparaissent nettement dans les comportements des enfants qui, généralement, se sentent plus libres chez eux que dans une salle, devant un microphone et une glace sans tain.

Les observations à domicile fournissent de plus des données pour la recherche comparative. Analysant de telles données recueillies auprès de familles en traitement et de familles volontaires, quatre chercheurs ont trouvé des différences significatives dans la structure des échanges entre parents et enfants dans les familles en traitement pour abus d'alcool ou de drogue et mauvais traitements infligés aux enfants, et dans les familles où ces abus n'existent pas (Silber, Bermann, Henderson et Lehman, à paraître).

Variation dans les comportements

L'environnement hospitalier dans lequel se déroule une thérapie est évidemment un élément à prendre en considération pour comprendre les interactions familiales qui se déroulent durant une séance. A ce propos, l'étude des différents environnements dans lesquels se trouvent les individus ainsi que leur influence sur les comportements a été systématiquement menée par Barker et ses collaborateurs. Ce psychologue en vient à montrer que la connaissance de cet environnement permet une excellente prédiction des comportements qui vont apparaître en son sein (Barker, 1968; Barker et coll., 1978). Durant une séance de thérapie, le dispositif technique d'enregistrement et d'observation, joint aux interventions du thérapeute, exerce une influence sur les membres de la famille qui sont ainsi contraints d'y réagir d'une manière ou d'une autre. Cette influence est différente lorsqu'ils sont chez eux parce qu'ils sont à domicile et parce que l'observateur rapporte ce qui se passe de la façon la plus discrète possible sans participer plus avant dans les activités des membres de la famille. L'observateur suit ce qui se passe, le flot des comportements qu'il n'interrompt pas par des interventions directes comme cela est le cas en thérapie.

Lors d'une séance de thérapie, les membres de la famille sont des patients dans un établissement hospitalier. Ils ont été diagnostiqués et un traitement leur est proposé, des prescriptions leur sont données. Dans cette situation, ils attendent de l'aide du thérapeute, une amélioration de leurs relations familiales, mais ils risquent aussi bien d'éprouver des sentiments désagréables et de la souffrance. Lors des observations à domicile, ils sont face à un reporter dont la présence est liée au traitement bien sûr, mais il n'a pas à entrer en matière sur ce qu'ils font, ni à leur poser des questions ou à leur donner des prescriptions. Il est vrai que l'observateur reste une source de pression pour la famille. Celle-ci diffère néanmoins de celle qu'exerce le thérapeute. A domicile, les membres de la famille réagissent autrement à cette pression du traitement et, par exemple, ils se comportent souvent de façon plus affirmative que lorsqu'ils sont chez le thérapeute.

De la clinique au domicile, les comportements des membres de la famille varient de manière significative. Durant les séances, des comportements défensifs et des comportements d'impuissance apparaissent fréquemment alors qu'ils sont très rarement observés à domicile. Chez eux, les mêmes individus se comportent

de façon distante ou provocative. Grâce à ce changement d'environnement, un répertoire comportemental plus étendu apparaît chez chaque individu, ce qui permet de mieux comprendre les interactions familiales et, de ce fait, d'améliorer l'efficacité des interventions thérapeutiques. Par exemple, la répartition des rôles au sein de la famille et du couple, notamment, est facilement accessible lors des observations à domicile. Et on sait combien de telles informations peuvent être utiles quand on recourt à des interventions structurales du type de celles développées par Minuchin (Minuchin, 1974). De même, si l'on désire donner des tâches à domicile du type de celles utilisées par Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli, 1989), la pertinence de telles prescriptions sera grandement augmentée grâce à la connaissance des comportements que les membres de la famille manifestent lorsqu'ils sont chez eux. Il est encore possible d'utiliser la connaissance de l'environnement domestique de la famille pour ajuster le langage dans lequel s'exprime le thérapeute, pour parler le langage du patient comme le préconisait Erickson (1985). C'est ainsi, entre autres, que les observations à domicile fournissent des points d'appui aux leviers thérapeutiques.

Au domicile de la famille F.

En guise d'illustration, nous présentons plus amplement les observations faites au domicile de l'une des huit familles engagées dans ce traitement. En rapprochant ces observations de ce qui se passe durant la première séance à la clinique, on obtient un tableau précis et contrasté des comportements des membres de la famille. Les constats qui en découlent ont un double intérêt: ils apportent une connaissance plus précise du genre d'observations qui peuvent être faites en séances et donnent une vue complémentaire sur les interactions familiales telles qu'elles se sont développées durant cette séance.

Pour la famille F., c'est durant la première séance à la clinique que le problème des mauvais traitements infligés aux enfants est apparu. Profitant de l'absence du thérapeute, qui a demandé aux membres de la famille de trouver un point de désaccord entre eux et qui s'est retiré pour qu'ils puissent en discuter, la fille (11 ans) — après avoir joué par terre avec son frère (13 ans) durant environ huit minutes et alors que ses parents en arrivent à constater, tout en parlant fort peu, qu'il n'y a pas de désaccord au sein de la famille — s'exclame: «Parlons des mauvais traitements infligés aux enfants!» Elle se lève alors, regarde le miroir sans tain, et met en scène sa mère lorsqu'elle cherche à discipliner les enfants. Cette représentation dure bien cinq minutes et se termine de manière burlesque par un chant solennel qu'elle crie dans le micro avant de retourner sur le tapis jouer aux plots. Durant cette mise en scène bruyante et caricaturale, les parents n'interviennent pas et restent assis sans marquer leurs réactions. Cette intervention soudaine, discontinuée et dramatisée, ne modifie en rien les comportements des autres membres de la famille. Les observations à domicile apporte une vue complémentaire sur cette réaction d'indifférence car, chez elle, la fille approche à nouveau le micro en criant dedans. Mais cette fois ses parents, par leurs comportements respectifs, apparaissent en accord avec le sien: la fille brouille les ondes alors que la mère reste le plus

possible dans la cuisine où elle se trouve à peu près en dehors du champ de vision de l'observateur et que le père affirme qu'il est impossible de faire de la recherche sur les êtres humains car il y a trop de variables à prendre en considération. La convergence de leurs comportements est encore accentuée par ceux du fils qui rechigne à baisser le volume de la télévision comme l'observateur le lui demande. Ce qui pourrait apparaître comme une dénonciation de la part de la fille devant la caméra de la clinique ressemble beaucoup plus à une disqualification du traitement sous toutes ses formes.

Il apparaît également que les comportements des parents varient plus que ceux des enfants selon que la famille se trouve à son domicile ou à la clinique. Ces variations ne correspondent cependant pas à des changements dans les relations entre les membres de la famille qui restent les mêmes face au thérapeute autant que face à l'observateur. Dès lors, comment est-il possible d'amener des changements dans les relations familiales qui sont justement source de souffrance pour les parents comme pour les enfants? Disposant des observations à domicile, le thérapeute bénéficie d'une double perspective qui, en ce qui concerne la famille F., est un atout important pour le traitement.

Ce qui est nettement apparent à domicile est qu'en dehors de leur convergence à propos du traitement, les comportements des membres de la famille divergent et que ces divergences suscitent des tensions qui augmentent jusqu'à ce qu'il y ait une intervention violente du père, facilitée par la désinhibition qui suit la consommation d'alcool. Et quant cette divergence augmente, la mère se retire en quittant, par exemple, son domicile. Durant les observations faites à leur domicile, ce processus s'est clairement engagé à plusieurs reprises; il ne s'est cependant pas entièrement développé, certainement en raison de la présence de l'observateur. En effet, le traitement auquel le père accepte de se soumettre en contrepartie de la suspension de sa condamnation par un tribunal pour infraction à la loi sur la consommation d'alcool ou de drogue — traitement approuvé par la mère également — comprend des séances de thérapie familiale durant une année ainsi que cinq fois une heure d'observations à domicile, ceci dans les deux premiers mois du traitement. Pour ces observations, les parents acceptent de réunir la famille à domicile de sorte que l'observateur puisse assister à un repas ou à une autre partie de la vie familiale impliquant chacun.

Comme nous l'avons vu précédemment, la mère est restée à plusieurs reprises en dehors du champ de vision de l'observateur. Cette façon de prendre distance, elle l'utilise quand la tension au sein de la famille augmente et, évidemment, la présence d'un observateur est elle aussi un facteur de tension. C'est grâce aux observations à domicile que cette prise de distance est apparue clairement, et qu'elle a pu être reliée et à la progressive absorption d'alcool par le père et à l'augmentation des comportements provocateurs et querelleurs des enfants qui commencent à s'exciter mutuellement et à se disputer.

L'identification de ce processus permet donc une intervention thérapeutique qui se centre sur cet enchaînement des comportements menant à la violence. Les membres de la famille ont cependant la capacité d'ordonner efficacement leurs comportements comme le montre leur convergence dans leur refus du traitement. Ce refus devient ainsi un élément positif dans la mesure où il peut être utilisé en

tant que preuve de ralliement des membres de la famille qui se perçoivent comme éclatés les uns par rapport aux autres. Par leurs comportements similaires face à l'observateur, ils développent une action commune à laquelle chacun apporte sa contribution. Ce point commun les rend efficaces; il leur procure une occasion de collaborer et leur fait vivre un processus qui ne les conduit pas à l'affrontement. Comme de plus ils vivent ce processus chez eux, il est plus proche de leur expérience quotidienne.

Il en ressort que l'enchaînement de leurs comportements ne mène pas nécessairement les membres de cette famille vers la violence, qu'ils possèdent des capacités de collaboration et qu'ils les utilisent parfois. Ces faits une fois mis en évidence, il est possible de revaloriser les comportements de chacun en utilisant précisément ce que les membres de cette famille sont déjà à même de réussir plutôt que de chercher ce qu'ils devraient arriver à faire pour éviter la violence.

Note méthodologique

Ce qui vient d'être dit des observations au domicile de la famille F. et de leur intérêt pour la conduite de la thérapie donne aussi une perspective méthodologique quant à la recherche des données comportementales. Bermann (à paraître) et ses collaborateurs ont ainsi développé une analyse quantitative de telles observations à domicile. Leur système de codage permet d'établir un relevé de toutes les interactions qui ont eu lieu et de les comparer avec celles qui se déroulent dans d'autres familles et, notamment, des familles qui ne sont pas en thérapie. Cette comparaison quantitative peut aussi contribuer indirectement au travail du thérapeute. Celui-ci peut voir avec précision ce qui caractérise les interactions dans une famille en traitement et en quoi celles-ci diffèrent de celles d'une famille bien portante. Ces différences livrent des indications quant aux types d'interaction susceptibles d'être bénéfiques pour les membres de la famille.

De manière plus générale, les observations à domicile sont un moyen de découvrir comment vivent et se comportent les membres d'une famille quand ils sont ensemble, dans leur environnement. Si ces observations sont souvent si riches en découvertes, c'est certainement qu'elles sont faites précisément dans le milieu naturel, en quelque sorte, des membres de la famille. L'observateur a ainsi accès non seulement aux interactions familiales mais partiellement aussi aux relations de la famille avec son environnement social et physique. Duneton (1981) rapporte des faits qui sont éloquentes à cet égard. Avant de remettre à ses élèves de onze ans leur composition, un enseignant en lit une devant la classe pour montrer ce qu'il ne faut pas faire. Cette lecture suscite les rires des élèves. En effet, devant parler de sa chambre alors qu'il dormait dans un placard, l'auteur de cette composition moquée décrivait cette chambre qu'il ne connaissait pas en s'aidant des clichés dont il avait entendu parler. Mais ses camarades connaissaient sa situation et son récit idéalisé jurait évidemment avec la réalité. Comment pouvaient-ils comprendre ce qu'il y aurait eu d'humiliant à décrire sa propre misère? Le drame de cet enfant pourrait aussi se produire en thérapie, certes d'une façon différente. Néanmoins, si les observations à domicile ne sont pas une condition nécessaire à la compré-

hension des relations familiales, elles aident beaucoup à l'ajustement des interventions thérapeutiques et à leur intégration dans la vie quotidienne des membres de la famille.

Faire des observations à domicile correspond à ce que l'on pourrait appeler une contextualisation des données. Une telle démarche a l'avantage d'offrir un tableau plus complet des relations familiales. Elle offre une sorte de troisième dimension que le thérapeute n'obtient pas toujours en séance vu que ce sont les membres de la famille qui lui livrent leur description des relations familiales. Et si on pense à cette démarche dans le cadre du développement des techniques de recherche d'informations en thérapie familiale, son intérêt se dégage avec précision. Il y a quelques années, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prata (1978) ont développé des techniques de cothérapie susceptibles de procurer des informations pertinentes pour la compréhension des interactions familiales. Whitaker (1982) a proposé les siennes, partiellement illustrées dans son travail avec Napier (Napier et Whitaker, 1981). Plus fondamentalement encore, l'utilisation du miroir sans tain est une technique de base dans la recherche de l'information; Hoffman la compare à la découverte du télescope et, par conséquence, l'intègre dans une sorte de révolution copernicienne au sein des sciences cliniques (Hoffman, 1981). Evidemment, l'utilisation de l'enregistrement filmé appartient à ces techniques de base. Les observations à domicile sont à inscrire dans ce cadre; elles marquent un développement de ces techniques dans la direction d'une prise en compte de l'environnement dans lequel se déroulent les interactions familiales. Et au-delà de la considération de cet environnement domestique, c'est un pas vers l'intégration des données culturelles et socio-économiques. Les observations à domicile rejoignent ainsi une pratique caractéristique du travail social, celle de l'observation en milieu ouvert.

Dans cette perspective, la thérapie familiale trouverait aussi à s'enrichir notablement en se tournant vers certains travaux conduits en psychologie de l'environnement, par exemple ceux de Schoggen (1989), de Gump (1987) ou de Leventhal, Nerenz et Leventhal (1982). Le fait est que la connaissance des interactions familiales dont disposent les thérapeutes de famille pourrait être démultipliée par la connaissance des influences de l'environnement sur les comportements humains. En particulier, l'étude des différents stress induits par l'environnement (Evans et Cohen, 1987) livre des connaissances que le thérapeute de famille peut aisément utiliser dans son travail, indépendamment de la pratique des observations à domicile d'ailleurs.

François Rochat

Docteur en psychologie
University of Michigan
Department of Psychology
Clinical Area
Ann Arbor
MI 48109-1346, U.S.A.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barker R.G. (1968): *Ecological psychology*, Stanford University Press, Stanford.

2. Barker R.G. and Associates (1978): *Habitats, environments and human behavior*, Jossey-Bass, San Francisco.
3. Bermann E. (1973): *Scapegoat: The impact of death fear on the american family*, University of Michigan Press, Ann Arbor.
4. Bermann E. (à paraître): «Ethnographic methods of observing families in their home». In O. Barbarin (Ed.), *Techniques of family assessment: methods and clinical applications*.
5. Bermann E. (à paraître): «Analyzing home observations from a family system perspective». In O. Barbarin (Ed.), *Techniques of family assessment: methods and clinical applications*.
6. Duneton C. (1981): *Je suis comme une truie qui doute*, Editions du Seuil, Paris.
7. Evans G.W. and Cohen S. (1987): «Environmental stress». In Stokols D. and Altman I. (Eds.), *Handbook of environmental psychology*, vol. 1. Wiley, New York.
8. Gump P.V. (1987): «School and classroom environments». In Stokols and Altman I (Eds.), *Handbook of environmental psychology*, vol. 1, Wiley, New York.
9. Erickson M.H. (1985): *Conversations with Milton H. Erickson*, vol. 1, *Changing individuals*, J. Haley (Ed.), Triangle Press, New York.
10. Hoffman L. (1981): *Foundations of family therapy*, Basic Books, New York.
11. Kantor D. and Lehr (1975): *Inside the family*, Jossey-Bass, San Francisco.
12. Leventhal H., Nerenz D.R. and Leventhal E. (1982): «Feelings of threat and private views of illness: factors in dehumanization in the medical care system». In Baum A. and Singer J.E. (Eds.), *Advances in environmental psychology*, vol. 4, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
13. Minuchin S. (1974): *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge.
14. Napier A. et Whitaker C. (1981): *Le creuset familial*, Laffont, Paris.
15. Nichols M.P. (1987): *The self in the system*, Brunner/Mazel, New York.
16. Schoggen P. (1989): *Behavior settings*, Stanford University Press, Stanford.
17. Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G.F. et Prata G. (1978): *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris.
18. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. and Sorrentino A.M. (1989): *Family games*, W.W. Norton, New York.
19. Silber S., Bermann E., Henderson M. and Lehrman A. (à paraître): *Patterns of influence and response in abusing and nonabusing families*.
20. Whitaker C. (1985): *From psyche to system*, Guilford Press, New York.

ÉVALUATION DE 18 ADOLESCENTS ET DE LEURS PARENTS DEUX ANS APRÈS LA FIN DE L'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPIQUE

Claire-Lise CUENDET*

Résumé: *Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapique.* — Cette recherche évalue les situations de 18 adolescents sévèrement perturbés et de leurs parents deux ans après la fin de leur traitement. Des grilles évaluant le niveau d'individuation de l'adolescent et le fonctionnement du sous-système parental sont proposées. Un indice de sévérité clinique a permis d'évaluer l'impact de la modulation des settings thérapeutiques sur les changements opérés. Deux tiers des adolescents ont bien évolué. Les résultats sont à mettre en corrélation avec la durée du traitement et l'attention donnée au sous-système parental et à l'adolescent.

Summary: *Follow-up of 18 severely disturbed adolescents and their parents.* — This paper presents a follow-up of 18 families with severely disturbed adolescents. The author proposes a grid of evaluation which may help clinicians and researchers analyse any family with adolescent. Two thirds of the adolescents show a good evolution. The results are correlated with the length of the treatment, and the setting and strategies used.

Mots-clés: Adolescents — Catamnèse — Thérapie systémique — Grilles d'évaluation.

Key words: Adolescents — Follow-up — Systemic therapy — Grids of evaluation.

Introduction

Cette recherche évalue les situations de 18 adolescents et de leurs parents 2 ans après la fin de leur traitement.

L'adolescence mettant en crise toute une famille, à défaut de pouvoir évaluer tous les membres de la famille, il nous semblait important de cerner le status des adolescents ainsi que celui des parents et de voir s'il apparaît une corrélation entre l'individuation de l'adolescent et l'évolution des parents face à ce nouveau stade du cycle vital.

Des grilles d'évaluation sont utilisées pour cerner le niveau d'individuation de l'adolescent et le fonctionnement du sous-système parental à la catamnèse.

Un indice de sévérité clinique permet d'évaluer les changements survenus chez les patients et les familles et l'impact de la modulation des settings thérapeutiques sur ces changements.

* Sociologue, psychothérapeute (ASP).

I. Contexte de la recherche

Cette recherche a été conduite dans le cadre d'un service universitaire de pédo-psychiatrie¹.

Les 30 adolescents traités avec leur famille durant les années 1983 et 1984 ont été choisis. Les adolescents étaient âgés de 12 à 18 ans. Deux ans après la fin du traitement, 18 adolescents et leurs parents ont pu être évalués. Dans les 12 autres situations, il y a eu refus soit des parents soit des adolescents de participer aux entretiens d'évaluation.

Les familles interviewées ont toutes accepté d'être enregistrées par magnéto-scope. Après un entretien conjoint, parents et adolescents ont été reçus séparément.

Le matériel d'analyse est constitué:

1. par les dossiers, pour l'évaluation des patients et des familles à l'entrée;
2. par les enregistrements, pour l'évaluation catamnétique des adolescents et de leurs parents.

II. Méthodologie

Trois grilles ont été élaborées pour l'évaluation catamnétique. La première évalue le degré d'individuation des adolescents, la deuxième observe les modalités d'organisation du couple parental et conjugal, la troisième propose un indice de sévérité clinique, qui permet de comparer l'état des familles au début du traitement et à la catamnèse, condition nécessaire pour estimer les effets du traitement et les changements éventuels.

A. Grille d'évaluation du degré d'individuation des adolescents

Le mouvement d'individuation qui s'engage dès la constitution d'une famille devient l'enjeu majeur à l'adolescence. Comme le dit Mélése (13), l'individuation implique que chaque membre du système, parents et enfants, développe une nouvelle richesse informationnelle, intellectuelle, affective et décisionnelle. Pour son analyse, nous avons retenu trois dimensions:

1. la maîtrise de soi;
2. la tolérance à la séparation;
3. l'autonomie d'action et de pensée.

¹ Consultation César-Roux du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rue César-Roux 29-31, CH-1005 Lausanne. Médecin-chef: Docteur O. Masson (PD).

1. *La maîtrise de soi*

Pour accomplir cette tâche, l'adolescent doit affirmer son identité en différenciant progressivement ses pulsions, ses sentiments et sa réflexion. Ceci est exprimé dans la recherche par l'équilibre que trouve l'adolescent dans son insertion scolaire ou professionnelle, et par sa capacité à maîtriser les stress sans comportements d'évitement ou de décompensation, à anticiper la prochaine étape avec confiance.

2. *La tolérance à la séparation*

Elle implique de la part de l'adolescent une redéfinition de ses relations avec ses parents d'une part et avec ses pairs d'autre part. Ce processus s'accompagne d'un enrichissement des contacts avec l'extérieur sans pour autant amener une rupture des liens avec la famille. Trois variables nous ont permis d'évaluer cet indice, à savoir :

- le degré d'ouverture de l'adolescent sur l'extérieur;
- le temps qu'il passe avec sa famille ou la fréquence de ses contacts;
- ses projets de séparation ou sa manière de gérer la séparation.

3. *L'autonomie d'action et de pensée*

L'autonomie renvoie à la notion «d'autoréférence» qui implique que les propres actions et pensées de l'individu ont «un sens pour lui-même et par rapport à lui-même» (13). Elles doivent pouvoir garder une certaine constance malgré les pressions du milieu externe.

Quatre variables ont été retenues:

- la capacité de l'adolescent de négocier avec ses parents les décisions le concernant;
- de définir des projets d'avenir;
- de se distancer de façon critique face à ses parents et de gérer seul l'organisation de ses vacances et de ses finances.

B. *Grille d'évaluation du couple parental et conjugal*

Selon Guy Ausloos (2), «l'adolescent qui grandit provoque une activation interne du système qui le met en crise. C'est à ce titre que la crise de l'adolescence n'est pas seulement individuelle, mais familiale.»

Par conséquent, au processus d'individuation chez l'adolescent doit correspondre un processus parallèle chez les parents que nous avons préféré appeler «processus de centralisation» (selon la terminologie de Bertalanffy), terme ayant une signification plus large et mieux adapté pour parler de l'adulte.

Le processus d'individuation chez l'adolescent serait donc corollaire de la capacité qu'ont les parents à se centrer sur eux-mêmes en tant qu'individus et en tant que couple en se fixant de nouveaux objectifs de vie. Il s'opérerait également dans la mesure où les parents sont capables de changer leurs perceptions de leur enfant,

accepter sa différence, ses besoins, ses compétences. La séparation et l'autonomisation des uns par rapport aux autres devrait se réaliser dans un contexte de confiance et de confirmation réciproque.

Les dimensions que nous avons choisies pour évaluer le couple des parents sont les suivantes: 1. objectifs du couple; 2. attitudes parentales.

1. Objectifs du couple

Les attitudes et comportements touchant les projets personnels des deux parents et la vie du couple sont définis ici par le degré d'ouverture sur l'extérieur, les sorties en couple et l'existence ou non de nouveaux projets individuels.

2. Les attitudes parentales

Les attitudes des parents face à l'adolescent comprennent à la fois leurs attentes qui peuvent être exprimées de façon positive, ambivalente, négative ou divergente de même que les qualités reconnues à leur enfant et leur capacité à anticiper le départ plus ou moins proche de l'adolescent.

C. Indice de sévérité clinique

Pour comparer la situation des patients à l'entrée et à la catamnèse, un indice de sévérité clinique a été utilisé.

L'analyse porte sur trois dimensions:

1. la gravité du trouble;
2. le degré d'adaptabilité au changement que représente l'adolescence;
3. le fonctionnement hiérarchique.

1. La gravité du trouble

L'échelle comprend: 1. les troubles relationnels; 2. les troubles entravant l'individuation de l'adolescent; 3. les troubles graves entravant le fonctionnement parental et/ou le fonctionnement social de l'adolescent.

2. Adaptabilité de la famille au changement

1. capacité de changer les fonctions et les finalités; 2. rigidification des rôles et fonctions des parents et enfants (ex.: fonction de protection, de socialisation, décisionnelle...).

3. Fonctionnement hiérarchique

1. les frontières entre les sous-systèmes parents et enfants sont clairement délimitées; 2. l'alliance parentale est fragile, mais ne s'accompagne pas de coalitions intergénérationnelles; 3. les frontières entre les sous-systèmes sont floues et transgressées par des coalitions intergénérationnelles.

Ces trois dimensions ont permis de constituer l'échelle suivante:

0. famille sans troubles apparents; 1. troubles relationnels entre parents et un des enfants avec fragilité de l'alliance conjugale; 2. troubles hiérarchiques entravant l'individuation d'un des enfants; 3. troubles hiérarchiques avec rigidification des interactions entravant l'individuation d'un ou de plusieurs enfants; 4. troubles hiérarchiques et rigidifications des interactions entravant le fonctionnement parental et le fonctionnement social d'un des enfants.

III. Les familles à l'entrée

Au début du traitement, douze adolescents sont âgés de 12 à 15 ans et six de 16 à 18 ans.

Sur dix-huit familles, trois sont monoparentales, deux reconstituées; les treize autres sont conduites par les deux parents.

Dix chefs de famille appartiennent à la catégorie des cadres moyens et supérieurs, quatre à celle des petits indépendants, trois sont des employés et un est ouvrier.

Onze mères de familles ont une activité professionnelle rémunérée à plein temps ou à temps partiel, deux travaillent dans l'entreprise familiale, deux font du travail bénévole, deux sont sans activité professionnelle. Une mère est décédée.

Le nombre d'enfants se distribue de la manière suivante:

Onze familles ont deux enfants, six familles en ont trois et plus; un enfant est unique.

Les symptômes présentés par les adolescents (huit filles, dix garçons) prennent soit la forme d'une agressivité ouvertement conflictuelle, soit d'un repli du patient sur lui-même.

Dans dix situations, le problème reste confiné à l'intérieur de la famille, alors que dans les huit autres, les difficultés se manifestent également hors du cadre de la famille, à l'école, à l'hôpital pour une tentative de suicide ou «dans la rue» par une transgression des normes sociales avec mobilisation d'intervenants institutionnels tels que représentants du Tribunal des mineurs, d'un Home d'accueil, de la Justice de Paix, du Service de la protection de la jeunesse. Sept adolescents ont déjà consulté un service médico-pédagogique. Des dix-huit patients, un seul présente une crise d'adolescence momentanée sans dysfonctionnement antérieur notable. Dans les dix-sept autres familles existe une problématique relationnelle chronicisée. Les symptômes récents de l'adolescent signalent d'anciens problèmes mal négociés antérieurement tels que décès d'un des parents, secret sur la naissance du patient, conflit conjugal ouvert ou camouflé, relations confuses avec les membres des familles d'origine réactivant l'anxiété des parents.

Toutes les familles présentent des troubles hiérarchiques à l'entrée. Dix familles sur les dix-huit présentent une rigidité dans leur fonctionnement.

Dans ces dix familles:

a) Six adolescents sur dix ne peuvent fonctionner socialement et présentent une décompensation sévère accompagnée de perturbations perceptives, de troubles de l'alimentation et de la conduite (Tableau I).

Tableau I: Motif des demandes en fonction des indices de sévérité clinique (ISC) à l'entrée.

| Motifs de demandes (DSM III) | ISC 1 | ISC 2 | ISC 3 | ISC 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| 1. Traits de personnalité exprimés dans des relations interpersonnelles conflictuelles | 1 | 3 | | |
| 2. Détérioration des performances scolaires | | 1 | | 1 |
| 3. Perturbation de l'alimentation avec perte de poids (anorexie mentale) | | | | 1 |
| 4. Troubles de la conduite | | | | |
| avec comportement «anti-social (vol, fugue) | | 2 | 1 | |
| actes d'agressivité avec violence envers tiers | | 1 | 3 | 2 |
| tentative de suicide | | | | 1 |
| perturbations perceptives (d'allure psychotique) | | | | 1 |
| TOTAL | 1 | 7 | 4 | 6 |

Indice de sévérité clinique (ISC)

- 0) familles sans troubles apparents;
- 1) troubles relationnels entre parents et un des enfants avec fragilité de l'alliance conjugale;
- 2) troubles hiérarchiques entravant l'individuation d'un des enfants;
- 3) troubles hiérarchiques avec rigidification des interactions entravant l'individuation d'un ou plusieurs des enfants;
- 4) troubles hiérarchiques et rigidification des interactions entravant le fonctionnement parental et le fonctionnement social d'un des enfants.

A l'entrée, l'un présentait un état d'agitation psychotique, l'autre se montrait violent à l'égard de sa mère et de son frère, la troisième était référée pour une chute du rendement scolaire et décrite comme «possédée du diable» par sa mère au lourd passé psychiatrique, le quatrième est signalé pour de gros troubles du comportement avec violences à l'égard du père et promiscuité avec la mère, la cinquième a été référée après une tentative de suicide, la dernière pour une anorexie avec une perte de poids de 9 kg en 4 mois et une aménorrhée. Quatre d'entre eux ont arrêté momentanément leur scolarité. Deux adolescents ont dû être éloignés de leur famille.

b) Les autres adolescents présentent des troubles de comportements avec agressions envers les membres de leur famille, des pairs ou des inconnus. Ces troubles liés à de grosses difficultés d'individuation influencent négativement les performances scolaires.

Dans les huit familles définies comme moins perturbées, les troubles présentés par les adolescents sont d'ordre névrotique avec des symptômes décrits comme troubles d'apprentissage scolaire, phobie de séparation ou troubles relationnels,

deux se sont signalés par des comportements plus spectaculaires tels que fugue, vol.

IV. Les familles observées à la catamnèse

Trois groupes ont été constitués en fonction de l'évaluation du degré d'individuation à la catamnèse :

1. Adolescents bien individués (5).
2. Adolescents en voie d'individuation (7).
3. Adolescents peu individués (6).

Les indices de sévérité clinique (ISC) sont, au départ du traitement, variablement distribués entre les trois groupes. Les cinq familles, qui, à l'entrée, présentent des interactions rigides et dans lesquelles les adolescents ont des difficultés à fonctionner socialement, se distribuent de la manière suivante : 1/5 dans le premier groupe, 2/7 dans le deuxième groupe et 2/6 dans le troisième groupe (Tableau II).

Quatre des cinq autres familles à fonctionnement rigide avec des adolescents moins perturbés sont classées dans le troisième groupe et une dans le deuxième.

La comparaison de l'ISC au début du traitement et à la catamnèse indique que chacun des dix-huit patients a fait des progrès à des degrés divers. L'évolution se présente comme très favorable dans le premier groupe. Dans le deuxième groupe, les évolutions sont bonnes. Il faut souligner que trois familles à fonctionnement rigide ont trouvé des formes d'organisation plus souples avec des adolescents en bonne voie d'individuation. Le troisième groupe rassemble les sujets qui ont le moins évolué.

Groupe I

Ce groupe comprend les familles des cinq adolescents qui ont acquis une bonne indépendance. Aucun d'eux ne présente les signes de perturbations relationnelles ou les symptômes ayant amené les parents à consulter.

Deux adolescents sont devenus de jeunes adultes vivant hors de la maison. L'un vit de manière indépendante de ses parents tout en gardant de bons contacts avec ceux-ci, l'autre dépend financièrement d'eux pour des études qu'il a décidé de faire à l'étranger.

Les trois autres adolescents âgés de 15 à 17 ans, ont tous trouvé un équilibre entre une relation conservée avec les membres de leur famille et de bons contacts avec leurs pairs.

Leurs projets professionnels sont clairs. Les uns poursuivent normalement leur scolarité, les autres sont engagés dans un apprentissage ou dans la vie professionnelle. Tous, sauf un, sont capables de se confronter à des stress sans recourir à des stratégies d'évitement ou de somatisation. Tous peuvent se différencier par rapport aux parents en faisant des choix personnels. Leurs capacités d'autonomie et de pensée leur permettent de négocier avec leurs parents en faisant respecter leurs besoins et leurs avis.

Tableau II: Settings thérapeutiques.

| Groupe à la catamnèse | Patient n° | Age à la catamnèse | Evolution de l'ISC entre début cure et catamnèse | Famille conjointe | Sous-système parental | Adolescent seul |
|-----------------------|------------|--------------------|--|-------------------|-----------------------|-----------------|
| I | 1 | 17 | 2-0 | + | + | + |
| | 2 | 20 | 4-0 | + | + | + |
| | 3 | 17 | 2-0 | + | + | + |
| | 4 | 15 | 1-0 | + | — | — |
| | 5 | 20 | 2-1 | + | — | + |
| II | 6 | 18 | 2-1 | + | + | — |
| | 7 | 16 | 2-1 | + | — | — |
| | 8 | 19 1/2 | 4-1 | + | + | — |
| | 9 | 19 1/2 | 2-1 | + | — | — |
| | 10 | 16 | 2-1 | + | — | — |
| | 11 | 21 | 3-1 | + | + | — |
| | 12 | 18 1/2 | 4-1 | + | + | — |
| III | 13 | 17 | 3-2 | + | — | + |
| | 14 | 16 1/2 | 3-1 | + | — | + |
| | 15 | 18 1/2 | 4-2 | + | + | + |
| | 16 | 19 | 3-2 | + | — | — |
| | 17 | 19 | 4-2 | + | — | — |
| | 18 | 18 | 3-2 | + | — | — |

Niveau d'individuation

- I Ado. bien individué
- II Ado. en voie d'individuation
- III Ado. peu individué

Settings

- + = séances avec
- = pas de séances avec

Indice de sévérité clinique

- 0) familles sans troubles apparents
- 1) troubles relationnels entre parents et un des enfants avec fragilité de l'alliance conjugale
- 3) troubles hiérarchiques avec rigidification des interactions entravant l'individuation d'un ou plusieurs des enfants
- 4) troubles hiérarchiques et rigidification des interactions entravant le fonctionnement parental et le fonctionnement social d'un des enfants.

Il est intéressant de constater que les parents sont tous capables de reconnaître les qualités de leurs enfants et d'anticiper sans crainte un départ plus ou moins proche ou de faire confiance à ceux qui mènent déjà une vie indépendante. Tous les parents rencontrés, ont restructuré leur vie sociale et/ou professionnelle de façon satisfaisante à leurs yeux.

Aucune consultation psychiatrique n'a été resignalée que cela soit pour les adolescents ou un membre de leur famille nucléaire.

Groupe II

Ce groupe concerne les sept familles dont les adolescents sont en bonne voie d'individuation.

Les symptômes ont disparu. Des problèmes relationnels subsistent en revanche, soit entre le patient identifié et un parent, soit se sont déplacés dans les relations entre la mère et un autre enfant ou entre les conjoints. Contrairement au

groupe précédent, quatre adolescents présentent des comportements d'évitement face au stress tels que fuite, somatisation ou découragement.

Dans ce groupe, trois sujets sont âgés de 19 à 20 ans à la catamnèse. L'une vit hors de sa famille financièrement indépendante, bien qu'ayant recréé un lien de dépendance immature à l'ami avec lequel elle vit. Quatre sujets présentent une difficulté à gérer la distance avec leur famille et sont tentés de la fuir ou de rester trop proches.

Tous évoluent sans problèmes dans leur scolarité ou dans leur apprentissage. Tous présentent de l'assurance face à leur avenir.

Le degré de différenciation émotionnelle de ces jeunes par rapport à leurs parents est moindre que dans le premier groupe. Leur participation aux décisions et la négociation entre parents et enfants semblent peu valorisées dans trois des sept familles.

Les parents ont plus de peine que ceux du premier groupe, à faire confiance à leurs enfants et à leur capacité de vivre de façon autonome. Leurs attentes et les qualités qu'ils attribuent à leurs enfants sont exprimées par la grande majorité des parents de manière soit ambivalente, soit divergente, soit peu confirmante.

Les parents de ce groupe valorisent peu la vie de couple.

Il n'y a aucune consultation psychiatrique signalée à part la continuation d'un traitement en individuel par le père d'un adolescent, traitement commencé avant le traitement de famille.

Groupe III

Ce groupe est formé par six familles dont les adolescents présentent encore des difficultés d'autonomisation.

La moitié de ces adolescents continue à rencontrer des difficultés d'orientation scolaire ou professionnelle. La majorité a des doutes sur leurs compétences et a de la peine à maîtriser leur angoisse face au stress. Ils vivent repliés sur eux-mêmes et ont des difficultés de contact avec leurs pairs. L'emprise de la famille reste sur eux très forte. Bien que certains adolescents aient atteint 18 ans et plus, aucun n' imagine quitter sa famille dans un proche ou lointain avenir. A l'exception d'un adolescent, aucun n'est parti en vacances sans sa famille. Ce groupe se caractérise par une non-participation des adolescents aux décisions (même lorsque celles-ci les concernent) et une absence de prise de position à l'égard de leurs parents.

Paradoxalement, les parents de ce groupe sont beaucoup plus positifs à l'égard de leur enfant que ceux du groupe II. On peut penser qu'il y a une discrédance entre ce que pensent les parents et ce qu'ils montrent aux enfants, qui pourrait avoir pour fonction de retenir les enfants auprès d'eux. Tous ces patients ont, en effet, de la peine à anticiper le départ de leur enfant.

Ces parents, contrairement aux parents des groupes I et II, vivent repliés sur eux-mêmes et formulent peu de projets pour l'avenir.

Trois personnes (adolescent ou autre membre de la famille) ont consulté un autre service entre la fin du traitement et la catamnèse.

V. Les interventions thérapeutiques

Avant de commencer les modes d'intervention, nous présenterons trois situations de gravité équivalente (ISC 4) à l'entrée du traitement. Elles ont été choisies dans chacun des trois groupes afin d'illustrer les différences d'intervention.

Situation 1

Elle appartient au *groupe I*, dont les sujets sont définis comme les plus autonomes à la catamnèse.

Cette situation a été vue en urgence à l'occasion d'une crise d'agitation psychomotrice d'allure psychotique chez un jeune homme de 16 ans. Jean désinvestit son apprentissage qui vient de débiter; il se montre agressif avec son maître de stage et déprimé à la maison. Sa mère, séparée depuis un an du père de Jean, n'a pas clarifié les conditions de cette séparation. Le père, n'ayant pas réagi aux symptômes présentés par son fils, a amené la mère à prendre en charge la situation en excluant son mari de ses projets.

La mère au lourd passé psychiatrique (psychose post-partale suivie d'une décompensation schizophrénique), demande avec insistance une hospitalisation psychiatrique pour son fils. Ceci a été évité grâce à une intervention de crise intensive qui a permis la reprise du travail par Jean, définie comme une mesure thérapeutique. Les efforts du thérapeute se sont concentrés sur la progressive prise d'indépendance de mère et fils l'un par rapport à l'autre. Le médecin les a rencontrés alternativement ensemble et séparément.

Pendant vingt-cinq mois, les vingt séances de la cure se sont déroulées à un rythme intensif pendant la crise pour s'espacer progressivement toutes les 2-3 semaines pendant 6 mois et tous les deux mois en fin de traitement.

Le fils étant déchargé par le thérapeute de sa mission de soutien à sa mère, a réinvesti son avenir professionnel ainsi que d'autres activités sociales et de loisirs dans lesquels il a parfois inclus sa mère. La position claire du fils poussant sa mère à s'occuper d'elle-même et à chercher son propre cercle d'amis, l'a motivée à se montrer plus active et à découvrir ses propres capacités jusque-là ignorées par son entourage. L'échéance de la fin de l'apprentissage et le départ du fils pour un long voyage a défini le cadre temporel du processus thérapeutique. A la dernière séance, Madame se montre plus active que jamais: elle rassure ainsi son fils, la famille élargie et le thérapeute. Ce dernier réaffirme la difficulté que représente le départ imminent du fils, cet avertissement constituant un défi.

A la catamnèse, la mère n'a pas été hospitalisée, elle est stable dans son travail et a une vie sociale qui la satisfait. Le fils a quitté la maison et vit de manière indépendante. Il est parti quinze mois durant pour une course autour du monde et cherche, au moment de l'évaluation, un sponsor pour un nouveau voyage. Il dit avoir de nombreux amis.

La relation fils-père commence à se renouer au moment de l'évaluation. Cette situation montre que des crises, mêmes très graves, bien exploitées thérapeutiquement, peuvent faire faire (comme dans ce cas sans hospitalisation) des progrès à tous les membres de la famille.

Situation 2

Dans l'exemple clinique du *groupe II*, la consultation initiale a eu lieu sur le conseil de la psychologue scolaire. La référente signale de gros troubles d'apprentissage et une chute régulière du rendement scolaire chez Carmen, 12 ans, enfant normalement douée. Elle indique que la mère, Mme X, qui vit depuis quelques années avec un ami, a été hospitalisée en milieu psychiatrique et a consulté ambulatoirement de nombreux psychiatres; l'adolescente et un demi-frère, son aîné de trois ans, sont tous deux connus du service psychologique des écoles et des services de psychiatrie infantile. Toutes les relations établies par la mère avec les soignants ont, jusque-là, été sévèrement conflictuelles. Madame a été taxée de débile infantile et caractérielle lors des hospitalisations et consultations antérieures.

La mère «très agitée et prolixe au téléphone présente la situation de sa fille comme très délicate: gentille et affectueuse, l'enfant semble depuis quelques temps comme possédée du diable. C'est-à-dire qu'elle se conduit en allumeuse, tout en même temps fuyant les messieurs. Peut-être en a-t-elle récemment induit un à la violer, mais c'est là une affaire à tirer au clair. A l'école, elle n'est plus à son affaire» (11). Mme X dit ses craintes que sa fille ne devienne vicieuse. Elle réclame au thérapeute des séances individuelles pour sa fille. La thérapeute ne tombe pas dans le piège et cherche à établir un échange nouveau et non symétrique avec Mme X. Le contexte thérapeutique est modelé de façon à reconnaître et à valoriser la responsabilité hiérarchique supérieure de la mère. La thérapeute recadre la situation décrite par la mère, comme celle d'une famille arrivant à une nouvelle phase du cycle par la mère, comme celle d'une famille arrivant à une nouvelle phase du cycle vital. Elle félicite la mère de remarquer aussi rapidement que sa fille change d'âge, qu'elle prend distance des messieurs avec qui elle n'a pas de relations de sang. (En effet, l'adolescente embrasse volontiers son père naturel, mais ne veut plus aller sur les genoux de l'ami de sa mère.) L'enfant entre en puberté et la mère s'en préoccupe en bonne mère qu'elle est.

L'entrée téléphonique et la première séance ont été déterminantes sur la suite du traitement, dans la mesure où la mère s'y s'est sentie traitée en personne responsable de sa fille. Questionnée sur sa propre adolescence, la mère dit avoir été élevée dans une famille gitane très pauvre de dix enfants, dans laquelle personne ne se préoccupait d'elle. Elle dit que sa laideur l'a protégée du viol. Sa scolarité très lacunaire engendre chez elle des sentiments très sévères d'auto-dévalorisation.

Le travail thérapeutique a compris 40 séances durant trois ans.

Un fois le problème de comportement de Carmen recadré, et Madame rassurée sur ses compétences de mère, Pierre, le fils aîné de Madame, est venu occuper le devant de la scène. Un problème d'orientation professionnelle s'étant posé, un thérapeute (homme) s'est joint au traitement. C'est à la suite d'une séance-clé conjointe avec Madame et sa propre mère, que le problème de la relation de Pierre et de son propre père a été abordé. Pierre ne connaît pas son père.

La fin du traitement a consisté en un appui individuel important donné à Madame X, l'aidant à mieux se définir dans ses projets professionnels, affectifs avec son ami et relationnels avec sa famille d'origine. Carmen n'a pas bénéficié d'entretiens individuels.

Au moment de l'évaluation, la mère avait rompu avec son ami et trouvé une place valorisante dans un grand magasin. Carmen, de son côté, a entrepris un apprentissage d'aide-dentiste. Elle vit encore chez sa mère avec qui elle passe la plupart de ses loisirs, leurs amis étant communs à l'une et à l'autre. Le fils a quitté la famille. Il vit avec une amie et travaille comme magasinier.

Situation 3

Le dernier exemple, tiré du *groupe III* dont les adolescents présentent encore à la catamnèse des difficultés d'autonomisation, concerne une jeune fille anorectique, âgée de 14 ans. Le généraliste réfère Nadia pour une perte de poids de 9 kilos en 4 mois, des chutes de pression et une aménorrhée. Brillante à l'école, elle n'a ni copines ni amis. Nadia est la cadette de trois enfants, deux filles et un fils, qui, lui, est parti peu avant le début des troubles pour l'étranger. Les parents sont dans l'incapacité de faire alliance. C'est la mère qui, en forte coalition avec la sœur aînée de la patiente, prend les décisions.

Le traitement a été conduit du début à la fin du traitement avec toute la famille, avec la participation épisodique du fils lors des vacances. Dès le début du traitement, la thérapeute pousse les parents à prendre des positions fermes avec la patiente identifiée. Ils réussissent à se mettre d'accord pour exiger de leur fille qu'elle reprenne du poids pour partir avec eux en vacances. Ce bras de fer a amené un mouvement dans la dynamique familiale.

Pendant ces vacances en famille, le père a pris de la distance par rapport à son fils avec lequel il était très lié. Découvrant les différences qui les séparent, il avouera être soulagé de ne plus vivre avec lui et de le voir quitter la famille. Les parents disent avoir pris conscience qu'il est normal que les enfants prennent leur liberté. Une alliance semble s'être créée entre les enfants.

Le travail a porté sur le changement du fonctionnement familial. Le thérapeute a recadré le symptôme comme évitant à l'adolescence d'entrer en conflit avec ses parents en proclamant son adolescence et son indépendance. Le traitement a pris fin au moment où Nadia a repris du poids sans que les fonctions du symptôme pour l'adolescente n'aient été analysés en individuel avec elle.

Aucun travail n'a été fait avec les parents pour les aider à se préparer au départ des enfants et à redéfinir une vie à deux.

Au moment de l'évaluation, l'adolescente a dit son regret de n'avoir pas eu d'entretiens individuels avec la thérapeute qui, d'après elle, lui aurait permis de donner un sens à ce qui s'était passé. Quelques séances ultérieures chez un psychanalyste ne lui ont pas amené les réponses souhaitées. Bien que normal, son poids reste encore une préoccupation pour elle et ses parents. Son cycle menstruel s'est rétabli. Nadia vit répliquée sur sa famille tout en menant à bien des études universitaires exigeantes.

Commentaire

Ce commentaire propose une analyse de l'impact de la modulation des settings et donc de la distribution de l'attention aux différents sous-systèmes et la durée des traitements sur les évolutions variées dans les trois groupes.

Il faut d'abord signaler que les cas les plus graves à l'entrée se répartissent de manière inégale dans les trois groupes constitués (groupe III = 6/6; groupe II = 3/7; groupe I = 1/5). Des tendances peuvent néanmoins être dégagées en tenant compte de cette variable. Dans les trois groupes, les thérapeutes ont tenté de renforcer la position hiérarchique des parents.

Settings

Les différences se manifestent plus nettement en fonction de la variabilité des settings organisés au cours du traitement (Tableau II).

Dans le groupe I, qui comprend les cinq sujets les plus autonomes à la catamnèse, les thérapeutes ont axé leur attention aussi bien sur la famille que sur les membres la composant, en engageant des entretiens thérapeutiques séparés avec les parents et les patients identifiés.

Dans le groupe II, dont les adolescents sont en bonne voie d'individuation, ce sont les parents des familles à interactions rigides qui ont bénéficié d'entretiens séparés.

Dans le groupe III, seuls trois adolescents ont été rencontrés en individuel. Les parents de ces derniers (2/3) qui n'ont pas bénéficié parallèlement d'une aide identique, ont cherché à rompre la relation thérapeutique établie avec leur enfant. Il faut rappeler que les familles de ce groupe se caractérisent par un repli sur elles-mêmes et des enfants peu différenciés. Tout mouvement allant dans le sens d'une séparation a pu représenter une menace pour l'homéostasie de ces familles.

Durée du traitement et nombre de séances

Des différences significatives apparaissent dans le traitement des familles à interactions rigides.

Si l'on compare les groupes II et III, la durée moyenne des traitements est deux fois plus élevée dans le groupe II (21 mois) comparée au groupe III (11 mois).

Quant au nombre moyen de séances, les familles du groupe II en bénéficient deux fois plus (26 séances en moyenne) que les familles du groupe III (11 séances en moyenne).

Cela montre que le traitement de ce type de familles avec adolescents demande du temps. Concernant le groupe III, on peut se questionner sur l'alliance qui a pu être établie entre les thérapeutes et les familles.

Conclusion

Cette recherche nous amène à deux types de réflexions, portant les unes sur les moyens thérapeutiques, et les autres sur les moyens d'évaluation.

a) Moyens thérapeutiques

Cette recherche montre que les traitements d'adolescents d'orientation systémique demandent que l'attention soit portée aussi bien à la famille dans son ensemble

qu'aux différents membres composant le système. Il s'avère que le travail avec les parents doit être considéré comme aussi important que celui conduit avec l'adolescent. Les entretiens individuels avec les adolescents doivent leur permettre de trouver d'autres voies d'expression aux conflits qui génèrent les symptômes.

Nous devons également constater que lorsqu'il y a des troubles relationnels antérieurs à la crise d'adolescence, les traitements portant sur une certaine durée ont davantage d'effets positifs sur l'évolution de l'adolescent et de leur famille.

b) Moyens d'évaluation

Quant aux moyens d'évaluation, nous remarquons une fois encore (4) que les recherches catamnétiques élaborées à posteriori, à savoir une fois que les traitements sont terminés, posent une limitation certaine quant à l'analyse du changement opéré par le système opéré par le système familial et par le patient identifié. Il serait, par conséquent, très souhaitable d'introduire les grilles d'évaluation au départ du traitement et de les tester en fin de traitement et à la catamnèse.

L'indice de sévérité clinique a paré en partie à ce manque et s'est révélé être un instrument fiable dans la mesure où une corrélation existe entre l'ISC et les grilles plus détaillées d'évaluation des adolescents et de leurs parents. Les grilles d'évaluation proposées dans ce travail proposent un instrument d'observation de l'adolescent et de ses parents à des fins diagnostics et catamnétiques.

Une recherche catamnétique reste difficile à mener dans le cas d'adolescents étant donné les grandes mutations liées à leur phase d'âge. Néanmoins, les points de repère qu'elle a fournis aux psychothérapeutes impliqués dans cette évaluation leur ont été utiles autant sur un plan informatif que didactique.

Claire-Lise Cuendet
Chemin des Hauts-Cornillons 5
CH-1292 Chambésy

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie tout spécialement les sept thérapeutes qui ont suivi ces familles. Ce travail n'aurait pas vu le jour sans l'engagement qu'ils ont montré dans les thérapies.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albers Lawrence, Doane J., Jerry A. and Mintz Jim (1986): «Social competence and family environment: 15-year follow up of disturbed adolescents», *Family process*, vol. 25, pp. 379-389.
2. Ausloos G. (1983): «Finalités individuelles, finalités familiales, ouvrir des choix», *Thérapie familiale*, vol. 4, n° 2, pp. 207-219.
3. Ausloos G. (1981): «Systèmes-Homéostase-Equilibration», *Thérapie familiale*, vol. 2, n° 3, pp. 197-203.

4. Cuendet Cl. (1987): «Catamnèse d'interventions conduites dans 12 situations de crises familiales périnatales», *Thérapie familiale*, vol. 7, n° 2, pp. 153-168.
5. Cuendet Cl. (1988): «Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise», *Thérapie familiale*, vol. 9, n° 3, pp. 219-230.
6. Doudin P.A., Haas C. *et al.* (1983): «La communication dans des familles fonctionnelles et dysfonctionnelles avec enfants adolescents», *Arch. suisse de neurol., neurochir. et de psychiatrie*, 133, pp. 223-227.
7. Flomenhaft Kalman (1974): «Out come of treatment for adolescents», *Adolescence*, vol. IX, pp. 57-66.
8. Garber B. and Polsky R. (1970): «Follow up study of hospitalized adolescents», *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 22, pp. 179-187.
9. Gurman A. and Kniskern D. (1981): «Family therapy out come research: knowns and unknowns», *Handbook of family therapy*, Brunner/Mazel, N.Y.
10. Gutstein S., Rudd D., Graham C. and Rayha L. (1988): «Systemic crises intervention as a response to adolescent crises an out come study», *Fam. Proc.*, vol. 27, pp. 201-211.
11. Masson O. (1983): «La thérapie des patients 'professionnels' de la psychiatrie», *Thérapie familiale*, vol. 4, n° 1, pp. 101-113.
12. Masson O. et Gonzalves P. (1987): «Thérapie familiale dans une consultation de pédopsychiatrie», *Thérapie familiale*, vol. 7, n° 2, pp. 141-151.
13. Mélése J. (1979): *Approches systémiques des organisations*, Hommes et Techniques, Paris.
14. Ostman O. (1989): «Patients in child and adolescent psychiatric care», psychopathology and background factors in *Acta Psychiatr. Scand.*, 80, pp. 408-414.
15. Stierlin H. and Ravenscroft K. (1972): «Varieties of adolescent separation conflicts», *Br. J. Med. Psychol.*, 45, pp. 299-313.

• P R I S M E ▶

**Travailleurs sociaux,
formateurs, documentalistes,
chercheurs, journalistes...**

Vous voulez repérer rapidement les plus récentes ou plus importantes publications dans le domaine de l'action sociale et éducative:

Prisme est la base de données bibliographiques qui vous sera la plus utile.

TAPEZ SUR VOTRE MINITEL: **36.17** code **PRISME**

A ce jour, la base de données bibliographiques PRISME compte 15.000 références: articles de plus de 200 revues, 800 livres, études et recherches, sélection de mémoires de formation des professions sociales (1275).

Interrogation aisée, rapide, peu coûteuse (130 frs/h.), un outil indispensable pour suivre l'actualité, l'évolution des idées, des politiques et des pratiques de l'action sociale.

Si vous devenez adhérent, vous profiterez de **tous les services du réseau** et de ses **avantages**.

- ▲ *Un Thésaurus «Sciences et actions sociales»*
400 p., plus de 3000 descripteurs, 2^e édition 1991 (50% de réduction).
- ▲ *Une Base de données sur Minitel, revues, mémoires et livres dépouillés par 20 producteurs de PRISME* (30% de réduction à l'interrogation, en 36.14).
- ▲ *Selon demande:*
 - par thème, par titre de revue, par type de mémoires, toute la base...
 - Des listings de références (50% de réduction)
 - Des déchargements de la base sur disquettes, de fichiers texto M.S.DOS en format ASCII (50% de réduction)
 - Des CD-ROM (30% de réduction)
- ▲ *Un réseau de soutien à l'informatisation des centres de documentation*
 - 75% de réduction sur texto-logotel, version M.S.DOS
 - 50% de réduction sur texto-logotel, version UNIX
 - Soutien logistique des adhérents de Prisme déjà informatisés.
- ▲ *Des formations à la documentation et à l'informatique documentaire* (tarifs préférentiels)

Pour tous renseignements: Association PRISME
44, rue de Montmorency
F-75003 Paris

INFORMATIONS

CYCLE DE SPÉCIALISATION: L'approche systémique en relation duelle. Organisé par le Centre d'Etudes Cliniques de Communications Familiales. Cinq fois deux jours à partir de septembre 1991.

Informations: C.E.C.C.O.F., 15bis, rue Jules-Romains, F-75019 Paris. Tél. 16 (1) 42.49.66.44.

POST-FORMATION en thérapie familiale, organisée par le Groupe de Formation et de Recherche en Approche Systémique et Thérapie Familiale, Centre Chapelle-aux-Champs. Responsables: E. Tilmans-Ostyn et C. Vieytes-Schmitt. Deux modalités: 2 semaines de 5 jours (18 au 22 novembre 1991 et 24 au 28 février 1992); supervisions (français, néerlandais, espagnol): groupe mensuel de 3 heures pour 3 à 4 personnes. Date limite d'inscription: 30 septembre.

Informations: R. Vandeput, Centre de Guidance, U.C.L., 30, Clos Chapelle-aux-Champs, boîte 3049, B-1200 Bruxelles.

49^e CONFÉRENCE annuelle de l'American Association for Marriage and Family Therapy. «Families and change: constructing the future.» Plus de 600 thérapeutes de famille montrent les dernières techniques pour travailler avec les familles des années 90. Dallas, du 31 octobre au 3 novembre 1991.

Informations: AAMFT Conference, 1100 17th St., NW, 10th Floor, Washington, DC 20036, (202) 452-0109.

COLLOQUE annuel du C.E.C.C.O.F. (Centre d'Etudes Cliniques des Communications Familiales): «Valeurs familiales, on dépoussière.» Centre Chaillot-Galliera, le 25 janvier 1992, de 9 h. à 18 h.

Informations: C.E.C.C.O.F., Colloque 1992, 15bis rue Jules-Romains, F-75019. Tél. 16 (1) 42.49.66.44.

COLLOQUE organisé par l'Institut de Formation de l'Association Française des Centres de Consultation Conjugale et la revue «Dialogue»: «Impa/ensables violences». Avec M. Berger, J.M. Blassel, J. Robion, A. Bouchart, C. Herfray, L. Chartier. Paris, le 18 janvier 1992.

Informations: A.F.C.C.C., 44, rue Danton, F-94270 Le Kremlin-Bicêtre. Tél. (1) 46.70.88.44.

CONGRÈS international sur le thème: «Sentiments et systèmes, un défi pour la thérapie familiale?». Organisé par l'European Family Therapy Association avec la collaboration de la Società Italiana di Terapia Familiare et de la Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale. Sorrento, du 12 au 15 novembre 1992.

Informations: Medicon Italia srl, Piazza A.-Mancini 4, I-00196 Roma. Tel. 06/39.62.826, FAX 06/39.63.641.

International Training Program in Contextual Therapy

Avec le professeur

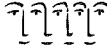
Ivan Bőszőrményi-Nagy

de Philadelphie

Première partie d'une formation en anglais sur deux ans:

Genève, du 25 au 29 novembre 1991

Informations: Centre de Thérapie Contextuelle
6, rue du Simplon, 1207 Genève
Tél. (022) 786.18.86 ou 786.61.10



E F T A



SENTIMENTS
&
SYSTEMES

SORRENTO • ITALIE

12-15 novembre 1992

*L'European Family Therapy Association
a le plaisir de vous annoncer son
premier congrès international sur le thème:*

SENTIMENTS & SYSTEMES
un défi pour la thérapie familiale?
12-15 novembre, 1992 - Sorrento, Italie
avec la collaboration de:

SITF - Società Italiana di Terapia Familiare
SIPPR - Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

Comité Scientifique

Président: Maurizio Andolfi
Co-Président: Mory Elkaïm
Membres: Gianfranco Cecchin, Marcella de Nichilo Andolfi,
Hugh Jenkins, Camillo Loredio, Luigi Onnis, Rick
Pluut, Jacques Pluymaekers, Elida Romano

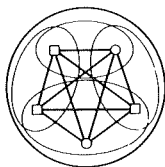
Adresse du Secrétariat Scientifique

Maurizio Andolfi
Via Fibreno, 10 - 00199 Rome, Italie
Tel. 06/8382855 - Fax 06/8314983

Secrétariat en charge de l'organisation

Medicon Italia srl
Piazza A. Mancini 4, 00196 Rome, Italie
Tel. 06/3962826 (changera en 3233301) -
Fax 06/3963641 (changera en 3233304)

THERAPIE FAMILIALE



Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité de rédaction:

Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris, — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMÉON, Louvain-La Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie:

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique,
- des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.,
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de technique, en particulier de techniques d'enregistrement audio-visuel,
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues,
- des présentations et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale,
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formation.

Numéro spécimen sur demande.

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE

pour l'année 199__ Un an (4 numéros)

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: FS 110. — FF 458. — *
Abonnements individuels: FS 60. — FF 264. — *

ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE

C.P. 456 — CH-1211 Genève 4 — CCP 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse — CH-1211 Genève 6 — C2.622.803.0

* Les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de la Banque de l'Union Occidentale sont admis.

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE — Case postale 456 — CH-1211 Genève 4

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 1 1/2, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze 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 trois 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.

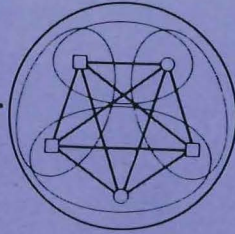
BIBLIOGRAPHIE

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; année, 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.

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

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.



THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XII — 1991 — No 3

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| Présentation | 193 |
| J.P. GAILLARD: Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance | 195 |
| Commentaire de C. GUITTON: Paradoxe et contre-paradoxe, complexité et contre-complexité | 201 |
| C. MACQUET: Typologies de familles ou structurations des formes de sociation? | 205 |
| Commentaire de P.J. FONTAINE, C. REYNAERT et P. JANNE: De la circularité dans le modèle circomplexe d'Olson | 211 |
| L. ONNIS: Thérapie familiale de l'anorexie mentale: un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales | 225 |
| G. AUSLOOS: Collaborer c'est travailler ensemble: des parents-clients aux parents-collaborateurs | 237 |
| F. ROCHAT: Des entretiens de famille aux observations à domicile et retour | 249 |
| C.L. CUENDET: Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapique | 257 |
| Informations | 273 |

CONTENTS

| | |
|--|-----|
| Presentation | 193 |
| J.P. GAILLARD: In defense of a concept in decline | 195 |
| C. GUITTON's commentary: Paradox and counter-paradox, complexity and counter-complexity | 201 |
| C. MACQUET: Family typology or structures of the forms of sociation? .. | 205 |
| P.J. FONTAINE, C. REYNAERT and P. JANNE's commentary: On circularity in the Olson's circumplex model | 211 |
| L. ONNIS: Family therapy with anorectic patients. An intervention model using family sculptures | 225 |
| G. AUSLOOS: To collaborate means to work together: From the parents-clients to the parents-collaborators | 237 |
| F. ROCHAT: Using home observations in family therapy | 249 |
| C.L. CUENDET: Follow-up of 18 severely disturbed adolescents and their parents | 257 |
| Informations | 273 |