

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

SPIRALE SYSTÉMIQUE

•
RÉCIT FAMILIAL, OUTIL THÉRAPEUTIQUE

•
DIX ANS DU CENTRE MONCEAU

•
CHANGEMENT ET INSTITUTION

•
TOXICOMANIE, UNE EXPÉRIENCE AMÉRICAINE

•
LA FAMILLE MULTIASSISTÉE

•
UN CLASSIQUE DE LA THÉRAPIE DE COUPLE



Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal – M. DEMANGEAT, Bordeaux – A. DESTANDEAU, Menton – J. DUSS von WERDT, Zurich – J. KELLERHALS, Genève – S. LEOVICI, 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 du Signal 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 64. – FF 267. – FB 1600. –

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

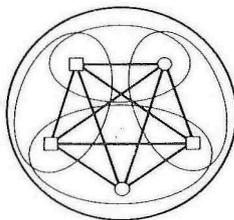
FS 120. – FF 500. – FB 3000. –

Numéro séparé:

FS 32. – FF 128. – FB 800. –

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 4

SOMMAIRE

Présentation	277
J. DUSS-VON WERDT: Individu, famille, systèmes plus larges - Aller et retour	279
C. SLUZKI: L'émergence des récits comme foyer de thérapie	293
S. ANGEL: Bilan de dix années de fonctionnement du Centre Monceau	301
J.C. BENOIT: L'anticipation: aider l'intervenant face au changement	315
M. SILVESTRE: Thérapie familiale et toxicomanie	327
M. FELZENSZWALB: Le profil psychosocial de la famille multiassistée	337
O. LE BON, N. ZUCKER et A. PAIRON: Marital tensions: une introduction à la lecture de Henry Dicks	349
Recensions	361
Informations	367
Index cumulatif, vol. VIII, IX, X, XI, XII	369

CONTENTS

Présentation	277
J. DUSS-VON WERDT: Individual, family, Im-ger systems - there and back ..	279
C. SLUZKI: The emergence of narratives as a focus for therapy	293
S. ANGEL: History of the Monceau Center	301
J.C. BENOIT: Anticipation: how to help the therapist to get change	315
M. SILVESTRE: Family therapy and drug abuse	327
M. FELZENSZWALB: T sychosocial profile of the multiproblem family	337
O. LE BON, N. ZUCKER et A. PAIRON: Marital tensions: an introduction to Henry Dicks a reading	349
Recensions	361
Informations	367
cumulative index, vol. VIII, IX, X, XI, XII	369

PRÉSENTATION

Ainsi que nous l'avions annoncé, nous publions dès ce numéro des contributions présentées aux 7^e Journées de Lyon qui avaient pour thème, rappelons-le: «Thérapie familiale: Bilan et perspectives». Nous commençons aujourd'hui par cinq textes, les cinq premiers titres de notre sommaire.

Joseph Duss von Werdt est coutumier de textes empreints de philosophie et teintés d'humour. Cette fois encore, il n'a pas manqué à son habitude. En guise de bilan, il nous propose une promenade dans le «multivers» systémique, empruntant à la grenouille son regard autoréférentiel et fragmenté. Et cette grenouille-là nous fait intégrer bien des choses.

Quelle orientation prennent aujourd'hui la théorie et la pratique de la thérapie de famille? **Carlos Sluzki** répond à cette question en reprenant les diverses étapes parcourues par la thérapie de famille, étapes dont sont issues un certain nombre «d'écoles». Dans un second temps, se référant au constructivisme, il développe les conceptions les plus récentes concernant la structure narrative et l'utilisation du récit familial que la thérapie va transformer en une autre histoire.

Le «Centre de Monceau» fête cette année ses dix ans d'existence, dix ans d'activité novatrice dans le champ du traitement des toxicomanes. Notre Revue souhaite s'associer à son tour aux félicitations déjà reçues. Le développement du Centre ne s'est pas fait sans résistance. **Sylvie Angel** en retrace l'histoire, et rappelle que celle-ci est étroitement liée à celle de l'introduction de l'approche systémique dans le milieu des intervenants «psy», sociaux et éducatifs de la région parisienne.

Les représentations «négatives» pèsent lourd dans la vie institutionnelle. **Jean-Claude Benoit**, dont nous connaissons tous l'attention qu'il porte aux intervenants et au fonctionnement des institutions «psy», nous livre, après les «cartes institutionnelles», un autre outil destiné à aider les intervenants dans leur travail. Il s'agit de «l'épreuve d'anticipation», sorte de test permettant, à travers leur exploration, l'utilisation thérapeutique des «images négatives».

Michel Silvestre relate son expérience acquise dans un centre de jour pour toxicomanes à Los Angeles. Il en décrit la structure, la population traitée ainsi que les modalités thérapeutiques utilisées. Celles-ci s'organisent autour de deux axes: la thérapie de groupe et la thérapie de famille. Les membres de la famille sont sollicités en quelque sorte comme cothérapeutes et participent non seulement aux séances mais également à la cure de désintoxication pratiquée à domicile.

Les familles multiassistées et à multiproblèmes forment fréquemment un casse-tête, parfois désespérant, pour l'intervenant en santé mentale qui cherche à travailler utilement dans ces situations. **Miriam Felzenszwalb** décrit les contextes socio-économiques difficiles de ces familles vivant en majeure partie dans les grandes agglomérations urbaines ainsi que l'incidence de ces contextes sur la qualité et les

formes des échanges entre les membres de la famille et avec la communauté et ses institutions. La connaissance du fonctionnement de ces familles permet des choix d'interventions plus judicieux appelant à une politique de réelle synergie entre services soignants et décideurs de programmes sociaux.

Olivier Le Bon, N. Zucker et A. Païron, entendent intéresser le lecteur francophone aux concepts psychanalytiques développés par Henry Dicks en 1960 dans son livre «Marital Tensions». Plusieurs auteurs pratiquant une approche systémique des problèmes de couple y ont fait référence. En fait, ce texte de Dicks fait partie de la «culture» systémique puisqu'il se situe en quelque sorte à la charnière — pour autant que celle-ci existe — entre l'approche psychanalytique, notamment celle des théoriciens de la relation d'objet, et l'approche systémique.

A la fin de ce fascicule figurent deux index alphabétiques — par auteurs et par titres — des textes parus ces cinq dernières années dans «Thérapie familiale».

D.M.

INDIVIDU, FAMILLES, SYSTÈMES PLUS LARGES — ALLER ET RETOUR*

Joseph DUSS-VON WERDT

Résumé: *Individu, familles, systèmes plus larges — aller et retour.* — Un insider de la théorie et de la pratique systémique s'occupe de l'évolution de son domaine durant les dernières trois décennies. Il y trouve son fil rouge dans ce qui est indiqué par le titre. Ses réflexions adoptent une métaposition plus ou moins philosophique et constructiviste. Elles abordent des sujets comme l'épistémologie et la «spiritualité» systémique, la critique féministe de la thérapie familiale et les implications politiques de celle-ci et débouchent sur quelques hypothèses concernant l'avenir de la thérapie familiale.

Summary: *Individual, family, larger systems — there and back.* — An insider of systemic theory and practice deals with the evolution of his specialty over the last three decades. He finds as keynote what is expressed in the title. His thoughts and considerations lodge in a more or less philosophical and constructivistic metaposition. His ideas are raising subjects like epistemology and systemic «spirituality», feminist criticism of family therapy and its political implications. They guide toward some hypotheses concerning the future of family therapy.

Mots-clés: Histoire de la thérapie familiale — Constructivisme — Ecosystème individuel — Critique féministe — Thérapeute — Spiritualité systémique.

Key words: History of family therapy — Constructivism — Individual ecosystem — Feminism — Therapist — Systemic spirituality.

Ces 7^{es} journées de thérapie familiale coïncident avec la 10^e année de la revue «Thérapie familiale». Je félicite mes collègues de la Revue Internationale d'Associations Francophones pour la première décennie de leur travail et je leur souhaite autant de succès que de courage pour leurs efforts futurs, qui ne vont certainement pas manquer de difficultés.

Je ne sais pas si c'est la prévision de difficultés ou l'insatisfaction avec ce qu'on a obtenu, ou le contraire, qui nous amène à nous occuper de l'histoire. Les organisateurs de ces journées ont choisi comme fil rouge «bilan et perspective de la thérapie familiale». J'avais accepté d'abord avec plaisir, mais plus le congrès approchait, plus j'avais des doutes. Car on supposait probablement de ma part une compétence et un savoir aussi large qu'approfondi en la matière. Il y a là un malentendu que je dois prendre entièrement à mon compte.

* 7^{es} Journées Francophones de thérapie familiale systémique de Lyon, 12 septembre 1991.

Tout malentendu réel ou virtuel peut être expliqué, plus encore, justifié par une théorie. Durant les 35 ans de travail dans le domaine j'ai appris qu'*a posteriori* on a toujours une explication plausible de tout ce qu'on fait, ne fait pas, a voulu faire ou ne pas faire. Si mes observations sont correctes, les grandes théories de la thérapie familiale, devenues classiques entretemps, ont été élaborées de cette manière.

Le con-texte de mon texte

Pour expliquer donc le malentendu réel à mon égard, permettez-moi une remarque personnelle qui va servir en même temps d'explication théorique. J'ai longtemps hésité de la faire, et de parler de moi-même en première personne. Une théorie favorite pour beaucoup d'entre nous m'a encouragé à surmonter mes scrupules. C'est le *constructivisme* qui nous apprend, qu'on ne peut pas ne pas parler de soi par principe. Aussi en parlant à la troisième personne et sur un ton solennel scientifique on ne disparaît pas derrière une objectivité totalement purifiée du subjectif. La prétendue objectivité n'exprime que la *perception du réel* et sa représentation dans une construction possible par quelqu'un.

En plus, pour parler d'une manière compréhensible de quelque chose, il ne suffit pas d'en avoir une connaissance plus ou moins solide. On doit clarifier ses *prémisses* ou ses *aprioris* qui constituent quasiment le terrain sur lequel on construit son monde. Chaque texte est rédigé dans un con-texte et lu, respectivement entendu, dans un autre. Etant membre de la population systémique, je ne suis pas seulement du parti, mais aussi la partie d'un système dont je n'ai pas le contrôle unilatéral ou une vision globale.

Pour que vous puissiez donc me comprendre autant que cela est possible à partir de vos propres constructions de la réalité, il est utile sinon nécessaire que je définisse d'abord mon con-texte qui, par définition, n'est pas le vôtre. Dans les contacts d'ailleurs assez fréquents avec des collègues d'expression française, je me rends compte qu'au fond je suis mal au courant de la situation dans les pays francophones.

Pour utiliser une métaphore: je ne suis pas un aigle qui survole et contrôle le terrain dans son ensemble, en percevant simultanément chaque détail et visant du même trait sa proie. Ma perspective est plutôt celle d'une grenouille. Quand elle se dresse sur ses jambes, elle voit ce qui est derrière elle. En se reposant, elle observe le monde d'en bas. En sautant et chassant des mouches, elle se fait une image très morcelée de son petit univers. Les traces qu'elle laisse avec ses pieds mouillés donnent un tableau style pointilliste.

Ensuite il m'est important d'avouer que dans mon cœur je suis un philosophe qui, pour gagner son pain, a appris un métier raisonnable. Par une série de hasards ce fut la thérapie familiale.

En 1986, les éditeurs de la revue «Thérapie familiale» m'ont fait l'honneur de me ranger parmi les pionniers de la thérapie familiale systémique. C'est donc seulement depuis cinq ans que j'ai conscience d'avoir la valeur d'une antiquité. Avant je jouissais d'une intemporalité innocente, bien que je m'occupais depuis 1967 de «thérapie de famille», sans en connaître le terme. Avec d'autres, à cette époque

j'étais fondateur et jusqu'il y a quatre ans directeur d'un institut de recherche, de formation et de pratique qui, à partir de 1969, avait organisé les premiers congrès enropéens. Plus qu'auteur je me sens éditeur, transacteur, animateur et observateur. C'est beaucoup plus tard que je me suis aperçu qu'il y avait une différence entre l'autopoiesis et l'allo-poiesis, entre l'image que j'ai de moi et celle que les autres construisent. Je n'ai jamais développé une théorie ou une méthode qui porte mon nom et je ne cherchais pas non plus un vocable grec, latin ou américano-français pour la publicité de mon produit. Le langage martial des tacticiens et stratèges dans la période de la guerre froide, comme celui des technocrates et mécaniciens de systèmes me faisaient toujours horreur.

Pendant mes études philosophiques, un expert de la physique nucléaire et un épistémologue m'ont implanté un scepticisme radical, en nous expliquant dans les cours sur l'épistémologie des sciences exactes, notamment de la physique, «l'imperfection fondamentale de la connaissance, qui réside dans *la dualité irréductible de l'expérience et du concept*, destinés à se compléter mutuellement sans jamais parvenir à s'identifier» (Fernand van Steenberghe, *Epistémologie*, Louvain, 1947, p. 219). Grâce à cette position critique, l'erreur épistémologique de confondre la carte avec le territoire, le rabot avec le menuisier m'était épargnée. Par la suite, aucune théorie, ou sa réification idéologique, a pu me mettre en prison. J'ai appris que chaque vision du monde est relative, réductrice, provisoire — et par là contestable. En voyant *une* chose d'une certaine façon on perd de vue toutes les autres. Nous ne disposons pas d'une vision globale ou d'une théorie totale qui pourrait englober en même temps le général et le particulier, l'inter et l'intra, les interactions et les sentiments etc. Notre conscience-connaissance est un rayon de lumière qui laisse dans l'ombre tout l'espace où il ne tombe pas. Uniquement des esprits totalitaires se voient en possession de la vérité, de la réalité tout court. Pour toutes ces raisons je ne suis jamais parti en croisade avec les systémiciens pour lutter contre les soi-disant réductionnistes, par exemple les psychanalystes, les comportementalistes ou autres. Aujourd'hui cette neutralité s'appelle «curiosité».

Tout de même la systémique me convient et m'engage.

Voilà donc les traits caractéristiques de l'écologie de mon petit esprit. Comme vous le voyez, en somme elle est assez pauvre, comparable à bon droit à celle d'une grenouille. Tout ce que je dirai par la suite en est la conséquence. Et même si les prémisses sont fausses, ce qu'on en tire est logiquement juste aussi longtemps qu'on observe les lois formelles de la logique.

La partialité de l'historien

En avril 1991 on a organisé à Heidelberg un congrès pour la retraite de Helm Stierlin. Plus de 2000 personnes s'étaient inscrites. Pour sujet général, on avait choisi la formule «La fin des grands dessins et la floraison de la pratique systémique». Presque tous les pionniers et vedettes encore vivants s'étaient réunis pour célébrer la fin de ce qu'ils avaient mis sur pied pour pronostiquer simultanément un phénomène botanique, la floraison exubérante de la systémique. Un cynique aurait pu y voir du triomphalisme nécrophile. C'était autre chose.

Peu avant on a lu dans les journaux et entendu à la radio que l'institut universitaire de thérapie familiale qui avait organisé le congrès serait probablement fermé sous peu. Selon mes dernières informations une décision définitive n'a pas encore été prise. J'en parle ici parce que les deux phénomènes, le sujet du congrès d'une part, c'est-à-dire la fin des grands dessins suivie par une vague de petits projets et, d'autre part, la fermeture imminente d'un institut de grande classe, symbolisent assez bien la situation de notre domaine. La thérapie familiale n'a pas réussi à s'établir solidement dans les structures universitaires qui, à leur tour, résistent ici et là avec grand succès à tout rajeunissement. Notre domaine s'est installé par la suite de plus en plus dans des institutions et cabinets privés.

Il y a d'autres symptômes d'un crépuscule: en psychiatrie, nous assistons à une renaissance de la biologie et de la chimie qui, successivement, supplante la psychothérapie. Aux Etats-Unis, un mouvement large s'est formé contre la thérapie familiale, dont les partisans sont les parents qui se sentent culpabilisés par les thérapeutes, et les thérapeutes qui s'opposaient toujours à l'anthropologie systémique, à laquelle ils reprochaient d'être behavioriste, mécaniste — bref «inhumaine». Elle aurait négligé ou même oublié l'individualité, la biographie, les sentiments, etc. Il y a du vrai là-dedans et il est prudent de se demander dans quelle mesure nous les amateurs de la famille sommes les acteurs responsables de ces contestations, et non seulement les témoins ou les victimes. S'il y a des victimes, pourquoi ne pas les chercher parmi ceux que je suis tenté d'appeler les idéologues de la systémique, prisonniers d'un dogmatisme presque totalitaire?

A l'adresse des collègues qui critiquent la systémique, je dirais que les soi-disant oublis de ceci et de cela ne sont ni des amnésies pathologiques ni de la mauvaise volonté ou de la démence. Aussi bien que l'on ne peut pas tout faire à la fois au niveau de l'action thérapeutique, on ne peut pas non plus s'occuper mentalement de tout en même temps et voir tout d'un seul regard. Nos activités cognitives s'actualisent dans des expériences, donc en cours de route dans le temps. Il est facile et, permettez-moi l'expression, infantile d'espionner chez les autres ce qu'ils n'ont «pas encore» vu et intégré. Jusqu'à la fin des temps, nous n'aurons «pas encore» une connaissance totale de quoi que ce soit. Le «pas encore» n'est pas une question de temps. Il est fondamental, parce que jamais nous ne serons indépendant de la perspective fragmentaire de notre cognition. S'il y a progrès de la connaissance, ce n'est pas parce qu'on remplace tout ce qui a été dit et fait jusqu'à maintenant par du soi-disant nouveau, une robe boutique par une autre. Etre conscient que notre connaissance est humaine et non pas divine, qu'elle est provisoire et non pas absolue nous force d'élargir constamment le regard, de rester curieux, de réviser sans cesse les positions acquises. Faisant partie d'un tout qui me dépasse infiniment, ce tout ne sera jamais l'objet de ma conscience-connaissance, mais bien l'horizon infini pour des objets possibles. La conscience de l'interminabilité de la prise de conscience constitue ce que j'appellerais la modestie systémique, force motrice de curiosité et de neutralité.

Le parcours de la thérapie familiale, lui aussi, est une prise de conscience continue avec des aléas et des impasses. En cours de route, l'on a laissé tomber ce que peut-être on jugeait inutile ou inefficace. On s'est donné d'autres moyens cognitifs et pratiques qui paraissaient plus «puissants». L'historien se trouve devant un

Comment y trouver un dénominateur commun plus substantiel que la simple dénomination «thérapie familiale»? Le titre que j'avais choisi pour mon exposé cherchait un fil rouge dans son développement, partant de l'individu pour y revenir après des détours à travers la famille et les systèmes plus larges. C'est une lecture possible et suggère une linéarité du processus, ce qui me paraît trop simpliste et ne sera pas la piste que je prendrai.

«L'homme invente l'homme» (Jean-Paul Sartre)

Ayant choisi un point de vue épistémologique, je m'occuperais plutôt des images que nous nous faisons de l'être humain. Les différents concepts thérapeutiques représentent en fait des anthropologies, des représentations que l'homme se fait de l'homme. Tout ce que nous disons de nous-mêmes est par définition *auto-référentiel*. Comme disait Jean-Paul Sartre: «L'homme invente l'homme.»

Il nous est impossible de nous placer en dehors de nous-mêmes, dans un espace supra-humain ou extra-terrestre, pour nous percevoir et nous décrire nous-mêmes ou n'importe quelle «réalité» extérieure. Dans ce sens la connaissance scientifique n'est pas moins autoréférentielle que l'objet des religions. A la base de tout concept est l'autoréférentialité humaine. Dans la connaissance de soi, le sujet devient son propre objet. Les différents modèles thérapeutiques soulignent divers aspects du sujet qui, pour sa part, représente une source quasi inépuisable d'objectivations possibles. La thérapie familiale crée ses propres objets: la communication, le relationnel, l'intersubjectif, des typologies de famille — le système familial.

Que notre réalité soit inventée n'est pas une découverte du constructivisme. Ce problème se pose depuis que l'homme a pris conscience de sa conscience. Longtemps, l'illusion de l'objectivité nous a emprisonné dans une normalité presque paranoïaque au sens littéral du terme. Qu'il y ait du connu sans quelqu'un qui connaît, des objets sans qu'il existe des sujets, est dépourvu de sens. L'autoréférence de tout savoir implique en soi l'obligation éthique de reconnaître une responsabilité à l'égard des découvertes, des idées et leur application.

Je n'ai pas hésité de faire quasiment un sermon pour provoquer la question de savoir si cela correspondait également à l'épistémologie et à l'anthropologie systémique? Cette dernière n'a jamais été bien élaborée. Pour ses fondements théoriques, la thérapie familiale est restée une orpheline, dont la date de naissance est inconnue. Elle a été placée ici et là, sans jamais retrouver ses parents. Elle s'est confiée à des parrains, qu'elle a trouvés notamment parmi les sciences exactes: la biologie (Ludwig van Bertalanffy), la physique (Norbert Wiener), la chimie (Prigogine), la neuro-physiologie (Maturana et Varela) et ailleurs. Au cours des placements ici et là, l'orpheline avait à apprendre des dialectes différents: le chimique, le thermodynamique, le cybernétique, le comportemental, le neurolinguistique, etc., sans trouver sa langue maternelle. Cette situation babylonienne explique peut-être aussi son intérêt pour l'épistémologie, la physiologie et la sociologie du langage.

Quelqu'un qui a trouvé son identité connaît sa *provenance* et a un sentiment sûr de son *appartenance* (Duss-von Werdt, 1981). L'anthropologie systémique n'a jamais acquis cette identité.

Au début, les systémiciens s'opposaient aux individualistes. Ils leur reprochaient d'enfermer l'individu dans la boîte noire de l'intra-psychique et de voir l'unique possibilité de son émancipation dans la négation des autres, la famille incluse, dont il faut absolument se séparer pour atteindre le comble de la pyramide des valeurs occidentales: l'autonomie. Contredisant l'individualisme individualiste, les systémiciens ont connoté positivement les relations à d'autres et les dépendances par rapport aux autres — sous certaines conditions bien entendu. Car ils ne renonçaient pas non plus à l'idée de l'autonomie individuelle. Par contre, ce n'est pas par négation des autres mais plutôt par la position face aux autres que je suis et que j'évolue. Dans une vision dialectique de l'autonomie et de la dépendance, Helm Stierlin a proposé la formule de l'«individuation relative». Il est question d'une co-évolution indispensable et de l'individu et de ses systèmes relationnels. On ne peut pas être parents d'un enfant adulte en restant parents d'un bébé, et vice versa par exemple.

La mise en relief du relationnel n'est pas sans piège non plus. Il peut conduire à l'autre extrême. De fait, on a pu observer une tendance chez des systémiciens, suivant laquelle l'individu n'est qu'une fonction de ses systèmes. Je pense à des phrases comme: «La famille a besoin d'un patient index.» Il n'est que le joueur d'un rôle créé et attribué par le système, cette «famille magique» qui définit les règles du jeu. Le système lui-même acquiert les propriétés d'un individu pathologique. Il est anorectique, psychotique, délinquant. En raison d'une cécité partielle de cette théorie, le joueur d'un rôle se voit identifié au rôle tout court. L'analyse de n'importe quel jeu nous apprend par contre qu'il y a une différence entre le rôle et son joueur, et que les deux ne sont pas interchangeable. Changer le joueur, c'est changer le rôle et le jeu. En d'autres mots: la manière de jouer un rôle est individuelle parce que le joueur est un individu qui s'organise à sa propre façon. L'idée de l'autopoïésis souligne son unicité et originalité tout en disant que la réalisation de soi-même est conditionnée également par un système favorable à l'existence et à l'évolution de chacun. A la naissance au moins, nous sommes des originaux, à la mort plutôt des copies... L'autopoïésis met l'accent sur l'individu en tant que *sujet*. Qui dit sujet renonce à sa communicabilité totale. Déjà en parlant, encore plus en le «traitant» on le prend pour objet.

Depuis quelque temps, la notion de l'individu a pris une nouvelle importance chez les systémiciens. On peut même parler d'une redécouverte de l'individu. Ce n'est plus le même individu qu'au début du courant familial en psychothérapie. Plus précisément, la construction de sa réalité et la manière de la percevoir se sont transformées. La description systémique de l'individu ne se fait pas dans un mouvement circulaire où chaque point de départ est le point d'arrivée. La figure qui correspond mieux est la spirale qui s'ouvre vers l'infini (en minuscule bien entendu).

Pour la systémique que j'ai en tête en ce moment, l'être humain est un animal individuel autopoïétique à personnalités multiples. Cette description complexe intègre dans une vision dialectique de l'individu sa liberté aussi bien que sa dépendance. L'individu jouit d'une *autonomie relative*, qui le lie non seulement à d'autres individus mais aussi à un environnement multidimensionnel, c'est-à-dire cosmique, physique, socio-biologique, économique et culturel. Le tout constitue son

écosystème individuel (Duss-von Werdt, 1989), un ensemble de sous-systèmes ou de contextes. L'individu se meut constamment d'un «compartiment» de son contexte à l'autre, et chaque fois il y a une détermination réciproque entre lui et son contexte. Le résultat sont des configurations variables qui représentent l'individu dans le contexte du moment. Chaque figure est identique à ce que nous sommes habitués d'appeler une «personne». On est enfant dans le contexte familial, patient dans le contexte thérapeutique, élève à l'école mais pas en vacances chez la grand-mère. L'écosystème individuel en tant que condition de vie et de survie pour l'individu n'est pas auto-satisfaisant et s'il veut l'être, il périt. Que l'écosystème soit finalement favorable à l'existence, au développement et à la survie de l'individu, suppose certaines qualités de ses dimensions physiques, sociales, familiales et culturelles, p.ex. de l'air frais, de nourriture saine, de confirmation par d'autres, d'une formation adéquate aux exigences de la vie professionnelle et sociale, etc.

Dans cette perspective, il va de soi qu'une thérapie systémique ne dépend pas nécessairement de la présence d'une famille ou de systèmes plus larges qui certes ont une importance plus ou moins grande. Sont envisageables également des thérapies systémiques individuelles ou même de «thérapie familiale sans famille» (titre d'un livre allemand).

La contribution de la thérapie dite féministe

Il est étonnant que les théoréticiens de la thérapie familiale ne se soient jamais beaucoup préoccupés des approches sociologiques de la famille bien que l'on pourrait dire que la thérapie familiale soit en quelque sorte la sociologie appliquée de la famille. Les théories sociologiques des rôles n'ont jamais été approfondies non plus. On parlait des rôles idiosyncratiques dans les familles sans s'occuper explicitement de leur corrélation avec une société et civilisation données. Les rôles de la mère, du père et de l'enfant paraissent être des phénomènes naturels, universels et éternels. En lisant les thérapeutes masculins surtout, on a l'impression qu'ils sont peu sensibles aux implications économiques, sociales, culturelles, religieuses, sexuelles et historiques des rôles. C'est seulement depuis peu de temps que ce naturalisme familialiste est mis en doute grâce à la critique féministe de la thérapie familiale. Le féminisme met en évidence que l'être humain n'est pas un animal neutre, mais qu'il est sexué et que son existence et sa réalisation sont toujours liées à une société dans une époque historique. Ce sont des évidences bien sûr, en tout cas pour nous, les hommes. Une auto-réflexion critique des mâles dans le jardin zoologique des animaux humains ne se dégage que difficilement. Je crois que l'irréflexion masculine à ce sujet se situe vraiment à un niveau profond de l'animalité, pour qui les choses sont comme elles sont. Nos collègues femmes nous réveillent heureusement du sommeil pour que nous abandonnions la naïveté innocente du gamin rêveur, qui adore sa maman pour se méfier d'autant plus de tout ce qui est féminin...

La critique féministe a mis le doigt sur les points faibles d'une vision plutôt romantique et idéaliste de la famille. Elle nous met en garde face à un «familia-

lisme» qui correspond à l'individualisme, et détache la famille de tout le reste, du monde économique et du travail, de l'habitat et des transports, de l'école et de la santé publique, de la politique et de la culture. Il ne s'occupe que de l'intra-familial, en parallèle avec l'intra-psychique de la thérapie individuelle critiquée par les systémiciens. L'ouverture sur les méso-systèmes et les macro-systèmes ne nous laisse pas seulement découvrir les interdépendances entre la famille et son entourage multi-dimensionnel, mais aussi la pluriformité de la famille même. Mieux que de «la» famille, on parle des familles au pluriel. Renonçons enfin à opter pour un certain type de famille-modèle qui nous sert à discerner les bonnes et les mauvaises, les malades et les saines. Qui n'est pas tenté au moins de temps en temps de chercher et par ce fait de trouver une pathologie chez une famille dite monoparentale, parce qu'elle n'est pas une famille dite «normale»? La migration transculturelle, qui sous peu aura peut-être les dimensions d'un torrent, rendra encore plus difficile de savoir ce qu'est une famille.

Implications politiques de la thérapie

Ces remarques critiques nous amènent des questions d'ordre politique. Quels sont les rapports entre la thérapie et la politique sociale en général, plus précisément entre la thérapie de famille et politique familiale, s'il y en a? Quelle est la place du système thérapeutique dans le macrosystème social? Pour qui la systémique représente une vision des interdépendances universelles, s'intéresse logiquement aux implications socio-politiques de sa position et de son contexte de travail.

L'anthropologie thérapeutique est *normative*. Elle projette une idée — ou un idéal — comment les hommes et les femmes devraient être — et vivre. Plus la médecine somatique classique, l'anthropologie systémique réfléchit la santé à l'intérieur de ses aspects somatiques, psycho- et sociosomatiques, se rapprochant par là de la définition de la santé par l'OMS. Tous ces aspects touchent les normes et les valeurs de notre société. Une thérapie par exemple, qui encourage en premier lieu l'émancipation individuelle, favorise l'agressivité dans la lutte de la vie quotidienne, qui nous oblige à être compétitifs en permanence. Il existe en fait tout un marché thérapeutique qui munit ses consommateurs, ou leur promet au moins de le faire, des moyens pour survivre au stress et aux tensions du travail. La finalité de beaucoup de thérapies semble être le bon fonctionnement du système politique et économique. Le système de santé forme une partie et est parti du système économique-social. Quelles sont ses valeurs et ses normes pour la thérapie familiale et de celle-ci? On peut lire dans nos bouquins, que les familles représentent l'école primaire de la vie sociale et la source de l'éthique relationnelle. L'activité thérapeutique pour les familles reçoit une signification éducative et d'hygiène sociale. D'une manière plus ou moins explicite, il existe un consensus des professionnels selon lequel la thérapie familiale aspire à une culture des relations interpersonnelles, au développement d'un style coopératif et d'entraide. J'y reviendrai. D'abord autre chose.

L'esprit systémique ou la spiritualité systémique

Qui parle de système parle des systémiciens. Il y a des systèmes parce qu'il y a des systémiciens et systémiciennes. L'homme n'invente non seulement l'homme, il invente aussi ses systèmes. Qu'est-ce qu'il en est avec la culture relationnelle de la population des thérapeutes? Est-ce qu'elle démontre un style communicatif et empathique qui correspond à la philosophie sociale de la systémique? Un exposé comme le mien devrait, et un congrès comme celui-ci pourrait, en faire la preuve.

Le passage de la première à la deuxième cybernétique a transformé l'auto-définition des systémiciens. Dans la première, ils «traitent» des systèmes, ce qui correspondait parfaitement au modèle médical traditionnel: le patient individuel est simplement substitué par un système interpersonnel. Qui veut «intervenir» dans ce système, ne quitte pas le modèle de la mono-causalité linéaire. L'intervention est la cause d'un effet en principe prévisible.

Selon la deuxième cybernétique, l'on est actif *dans un système dont on fait partie*. La famille et le thérapeute constituent des sous-systèmes du système thérapeutique, lui aussi souvent intégré dans un système plus large, une institution thérapeutique ou une clinique psychiatrique par exemple. Dans les derniers temps, un discours plus ou moins philosophique concernant la position du thérapeute à l'intérieur du système thérapeutique a été déclenché. Il est question de modèles plus démocratiques, du nivellement des hiérarchies, etc. On pourrait parler également d'une réflexion philosophique du rôle des thérapeutes. J'y vois là une prise de conscience sensible à l'expérience qu'une compréhension technique de la systémique ne satisfait pas. En fait, c'est comme si quelqu'un pratiquait le yoga uniquement comme un instrument pour mieux maîtriser la vie quotidienne sans se familiariser ni avec la philosophie ni avec la spiritualité de ses origines asiatiques. Il est possible de se comporter comme un ingénieur des systèmes sans se soucier de la philosophie et de la spiritualité systémique. Consciemment, j'utilise ici la notion de «spiritualité». N'est-ce pas Grégoire Bateson père de notre église qui en parlait dans son «L'écologie de l'esprit»? Je dirais même que dans un esprit écologique, il plaiderait consciemment pour une *spiritualité écologique*¹. La spiritualité écologique implique une attitude ouverte de la raison, de l'intellect, de l'esprit en minuscule sur cet Esprit en majuscule, dont parlait Grégoire Bateson. Il a omis de le définir, parce qu'il représente pour lui l'indéfinissable. Dans un esprit écologique, il est impossible d'être individualiste, même si selon le constructivisme ce serait une des possibilités parmi une immensité d'autres de construire la réalité.

Dans une perspective systémique, la famille est une *organisation* comparable à d'autres organisations comme des entreprises ou des groupes de travail. Le but de l'activité thérapeutique serait de restituer l'ordre dans la désorganisation. Un tel interventionisme de la première cybernétique réduit la famille à un objet de la perception rationnelle qui explique son fonctionnement et ses troubles et est à la

¹ Le mot anglais «mind» qu'il utilise pour esprit est difficile à traduire, sûrement pas par «pensée» comme le fait la traduction française du livre «Mind and Nature», «La Nature et la Pensée» (Paris, 1984, Editions du Seuil).

base d'un «traitement». Sous un autre angle, la famille représente un *organisme vivant* qui possède également son organisation spécifique. Au lieu d'être rationnelle et donc intelligible, cette spécificité est plutôt irrationnelle. Son évolution organismique est celle de la vie. Qui saurait nous dire ce que c'est la vie? Nous faisons semblant d'en avoir en main la clé. Concevoir la famille d'une manière organismique est plus proche de la spiritualité batesonienne que de la décrire en termes d'une organisation. La vie est l'esprit et l'esprit est la vie, l'irrationnel. Au lieu d'être le contraire de l'irrationnel, le rationnel est une manifestation de l'esprit en minuscule qui participe au grand Esprit du système cosmique. Le rationnel connaît des objets, tandis que l'esprit ou la vie s'incarnent dans des sujets.

Je quitte enfin ces réflexions vertigineuses pour aborder une dernière question :

Vers où va la thérapie systémique?

Il y a quarante ans, la référence commune des systémiciens était la *Théorie Générale des Systèmes*. Elle est tellement générale qu'il était toujours difficile de voir comment ceux qui s'y référaient l'ont appliquée dans leur théorie, mais surtout dans la pratique. Aujourd'hui, le cadre commun pour beaucoup d'entre nous est plutôt l'auto-référence. Elle signifie qu'à la limite le consensus formel est le dissensus: autrement dit, on est d'accord que le désaccord soit normal. Plus qu'un univers homogène, la systémique se présente comme un plurivers, un paysage crevassé, où l'on s'égaré facilement dans ses labyrinthes. L'individualité des chercheurs et des travailleurs dans le domaine devient le noyau pour des «écoles» ou des communautés professionnelles. Rencontrons-nous ici encore cet individualisme, dont il était question à plusieurs reprises? Je dirais oui. Souvent j'ai l'impression que l'on est plus intéressé à chercher des différences qui séparent et garantissent un profil individuel que le commun. Ce qu'on cherche, on va le trouver parce qu'on l'invente. Quoi qu'il en soit, nous assistons depuis quelque temps à un développement de la systémique à une vitesse toujours plus grande qui amplifie son incohérence. Les congrès qui ressemblent parfois à des présentations de robes boutique en sont les symptômes.

Des analogies de ce trait de notre époque, on en rencontre partout: à chacun sa constitution privée! Tout le monde réclame d'être plus égal que les égaux. Le sens du communautaire perd du terrain en faveur des non-sens administratifs et organisationnels. La communauté organismique est étouffée par l'organisation réglementée et toujours plus complexe de la vie sociale et individuelle. Les fondamentalistes de toute espèce, simplifiant la complexité, se multiplient. Et le constructivisme livre l'épistémologie adéquate. J'admets que c'est caricatural. Mais les caricatures sont comme les mensonges. Eux aussi cachent toujours une graine de non-vérité.

Vive la saison des grenouilles. On dit que la grenouille est un météorologue fiable, parce qu'elle est sensible au climat. Utilisant cette métaphore, on pourrait dire d'un systémicien qu'il est un expert *du climat relationnel, familial et social*. Quand il est thérapeute, il compose toutes les données disponibles pour formuler son pronostic sous forme d'hypothèse.

A la base de ces quelques constats, je formulerai tout à l'heure l'une ou l'autre hypothèse concernant l'avenir de la thérapie systémique. Avant, j'aimerais citer un texte qui résume en peu de mots avars mon verbiage.

Il s'agit des seules lignes cohérentes que le chirurgien grec Alcméon, un précurseur d'Hippocrate, nous a laissées. Le texte traite d'une conception éco-systémique de la santé et de la maladie. Je cite :

*La balance des forces,
de l'humide et du sec,
du froid et du chaud,
de l'amer et du doux,
maintient la santé.*

*La dominance absolue d'un seul élément
provoque la maladie,
car la dominance absolue d'un des opposés
est nocives.*

*Les maladies sont la conséquence
d'un excédent de chaleur ou de froid,
ou conditionnées par une nutrition
trop riche ou trop pauvre.*

*Mais les organes, le sang et le cerveau
peuvent être atteints par des causes externes,
par exemple la qualité de l'eau
ou du sol, le stress, la misère matérielle
ou des raisons semblables.*

*La santé par contre est liée à une combinaison bien
proportionnée des qualités.*

1°) Il y aura toujours des gens qui souffrent. Bien que la souffrance est individuelle, elle a toujours des répercussions sur d'autres et peut être commune à tous les membres d'une famille, d'un couple et/ou d'une communauté quelconque. Actuellement, on nous informe à tout moment de la souffrance de communautés raciales, politiques, religieuses autour du globe entier. L'écosystème humain et global est profondément perturbé. Novalis, un écrivain allemand, disait de la maladie qu'elle est «un problème tout à fait musical» de désaccord à plusieurs niveaux. Les dysharmonies s'accumulent partout au monde. Je pense à la migration de peuples, de familles et d'individus qui va accroître avec une accélération difficilement prévisible et transformer nos systèmes culturels et sociaux. Ce processus va créer des crises et des conflits interhumains dans des dimensions qui pour le moment dépassent encore notre imagination. Des symptômes pourtant apparaissent partout: la répartition des biens et des ressources est hors balance. L'allophobie fait monter l'agressivité et la violence. Une civilisation qui se veut démocratique et prêche le

droit universel des peuples de déterminer seuls de leur ordre et destin a fait faillite il y a quelques mois en se livrant à une guerre dont la technologie perfectionnée alimentera encore pour longtemps le complexe de supériorité des responsables de l'économie et des armées ainsi que de leur manœuvres en politique. Des processus de dissociation à tous les niveaux pulvérisent nos sociétés: les ruptures des liens intimes, la solitude, la mort inaperçue du prochain inconnu, l'accroissement de la toxicomanie et d'autres dépendances en sont des symptômes dans nos champs de travail. A la condition que les systémiciennes et systémiciens suivent la logique de leurs propres prémisses, ils vont à contresens en direction de l'association communautaire, du dialogue, de l'empathie et de tolérance, de la culture des relations humaines.

2°) La systémique est une des *options* possibles pour orienter sa vie, ses attitudes et ses activités soit privées, soit professionnelles. Elle engage ses partisans dans un système spécifique de valeurs. Au niveau descriptif, elle implique une *vision du monde* et une anthropologie qui contredit les valeurs dominant actuellement la vie sociale, la politique et le mythe d'une économie libre. Au niveau des *attitudes* non opportunistes, la systémique se soucie des interdépendances, du circulaire, des rétroactions qui, selon leur qualité, garantissent ou menacent la cohérence du tout, la vie et la survie de chacun, des unités sociales et familiales. Au niveau des actions, la systémique favorise la coopération (même dans la compétition) et la coordination au lieu de la concurrence destructive et d'initiatives isolées. Elle est l'alliée d'une éthique de justice, de responsabilité, de loyauté et de modestie.

3°) L'écosystème social et individuel a des dimensions sociales et individuelles dont on ne négligera pas les aspects écologiques. Pour une vision systémique de santé et de maladie, la définition de l'OMS devrait être complétée: aux aspects somatiques, psychiques et sociales s'ajoute l'aspect physique, c'est-à-dire les conditions physiques de la vie et de la survie, à savoir la bonne qualité de l'air, du sol, de l'eau, de la nourriture, des plantes et des animaux y compris des grenouilles réelles et symboliques. L'homme est un animal symbolique. Son symbolisme le relie à l'écologie de l'esprit, dont le monde physique à son tour est une émanation.

Si mon optique de grenouille ne me trompe pas, dans leur concept de santé et de maladie, les systémiciens n'allaient pas non plus au bout de leurs propres prémisses. Dans un opportunisme peu cohérent avec celles-ci, ils ont adopté les modèles de la médecine classique et de la psychiatrie d'une part et de la psychothérapie individuelle d'autre part. Une thérapie qui se réfère à l'anthropologie systémique n'est ni *psychothérapie*, ni *sociothérapie*. Elle est l'un et l'autre et encore plus. Un exemple: une réfugiée qui, suivant la nosologie de la médecine traditionnelle, souffre de troubles psycho-somatiques, qui ne comprend pas la langue, les mœurs, la mentalité et n'a ni travail ni logement digne de ce nom, a besoin qu'on soigne son écosystème individuel dans son ensemble. Les conséquences d'une telle prise en charge des patients seront énormes non seulement pour les thérapeutes, mais le système de santé dans sa totalité, y compris la formation des professionnels, les institutions cliniques, les financements et les caisses-maladie, etc. Un psychiatre allemand (Dörner) croit que la psychiatrie traditionnelle et la psychiatrie dite sociale

ne suffisent plus aux exigences de nos jours. Il a créé le mot «*éciatrie*», un mot laid bien sûr, mais son intention est claire.

Qui ne se souvient pas de l'euphorie du début, quand les adeptes de la thérapie systémique avaient encore des utopies et rêvaient d'une transformation profonde et globale du système de santé?

Mon hypothèse est que, probablement, l'unique chance de survie de notre modèle thérapeutique dépend de la continuité de telles utopies. Une utopie qui n'est pas suivie par des actions appropriées se paye le luxe de l'art pour l'art.

4°) Sur l'arrière-plan de ces allusions à une vision systémique de la santé et de la maladie, le terme de thérapie familiale pourrait être remplacé par celui de *thérapie systémique*. Cette thérapie s'occuperait après comme avant de familles, de même que des individus et des groupes de toute sorte et de leur écosystème respectif.

De plus en plus, le mot «thérapie» ne me convient plus, pas seulement parce qu'il est usé et abusé à l'excès. Une thérapie suppose une pathologie dans le sens médical qui par définition ne connaît que la pathologie individuelle. Une pathologie systémique n'existe pas, ni pour les individus ni pour des systèmes plus nombreux. Est-ce qu'un jour nous l'aurons? J'ai des doutes. Une pathologie traditionnelle peut être utile, mais elle empêche souvent une approche plus ouverte de l'écosystème. Privatiser la misère personnelle et sociale, les conflits du couple et de la famille, se conforme aux valeurs prédominantes actuellement. Chacun est l'entrepreneur privé de sa vie, y compris de ses réussites et les risques, les conflits, les problèmes, les échecs et les maladies. Prenez comme exemple la notion de «thérapie de divorce». Implicitement, on voit dans le divorce un événement qui rend malade, qui est donc pathologisant par principe. La question, dans quelle mesure les systèmes de justice, de santé publique, des affaires sociales, de la mentalité à propos du divorce et des divorcés créent un contexte défavorable et troublant pour les personnes concernées n'est pas posée. Du point de vue financier, les patients privés sont plus intéressants ou rentables... Je n'ai pas de proposition satisfaisante sur comment on pourrait remplacer le mot thérapie. Dans nos écrits, on parle de conseil, de consultation, d'entretien ou de «conversation». C'est flou et en même temps un symptôme du fait que la langue nous abandonne...

C'est le bon moment d'arrêter mon coassement de grenouille et de terminer avec un proverbe latin:

*Si tacuisses, philosophus fuisses —
Si tu t'étais tu, tu aurais été philosophe.*

Joseph Duss-von Werdt
Ferdinand-Hodlerstrasse 11
CH-8049 Zürich

BIBLIOGRAPHIE

1. Duss-von Werdt J. (1981): L'être humain, un être familial. Identité et famille. *Les Cahiers protestants*, pp. 5-18.
2. Duss-von Werdt J. (1989): L'écosystème individuel. Remarques sur l'individu et l'individualisme thérapeutique. *Thérapie familiale*, 10, pp. 237-245.
3. Van Steenberghen F. (1947): Epistémologie, Louvain.

L'ÉMERGENCE DES RÉCITS COMME FOYER DE THÉRAPIE*

Carlos E. SLUZKI, M.D.**

Résumé: *L'émergence des récits comme foyer de thérapie.* — L'auteur retrace l'évolution de la Thérapie familiale. A partir des conceptions constructivistes, il développe des idées concernant la structure narrative et l'utilisation thérapeutique de l'émergence et de la transformation du récit familial.

Summary: *The emergence of narratives as a focus for therapy.* — The evolution of basic assumptions in the field of Family therapy is reviewed and the current constructivist models centered on narrative structures is discussed in detail, with special emphasis on the therapeutic transformation of narratives.

Mots-clés: Thérapie familiale — Récit familial — Structure narrative.

Key words: Family therapy — Family narrative — Narrative structures.

Parmi les multiples expériences et sources de plaisir intellectuel de mon activité dans le domaine de la thérapie familiale depuis vingt-cinq ans, l'une des plus puissantes pour moi a été celle d'être témoin de, et en quelque degré, de participer à l'évolution des modèles multiples qui ont confirmé, reconfirmé ou changé nos pratiques, et l'évolution des pratiques qui ont reconfirmé ou changé nos modèles. Cette co-évolution, bien entendu, est un procédé continu, bien que chaque modèle et méthode puisse nous paraître à un moment donné comme une expérience définitive. Si vous me le permettez, je vous ferai faire un bref tour de cette évolution, pour nous mener à ce qui est, à mon avis, l'avant-garde actuel du domaine de la thérapie familiale.

Pour commencer, le domaine de la thérapie familiale a débuté par le choix d'un nom pour ce domaine. Auparavant, les thérapeutes voyaient peut-être des couples ou des familles en thérapie, mais ne faisaient pas de «thérapie familiale». La thérapie familiale comme telle a donc été inventée dans les années cinquante quand quelqu'un a appelé ce qu'il faisait «thérapie familiale». Le changement qualitatif qui a engendré ce nouveau nom et cette nouvelle carte a été la création, quelques années auparavant, du modèle cybernétique — et sa traduction subséquente en

* Conférence présentée aux 7^{es} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon, septembre 1991.

** Professeur de psychiatrie, Université de Massachusetts/Ecole de Médecine au Centre Médical des Berkshires; chef du Département de Psychiatrie et des Sciences de Comportement, Berkshire Medical Center, Pittsfield, Ma. 01201, U.S.A.

pratique systémique, langage systémique et épistémologie (éco) systémique. Au fur et à mesure que le paradigme systémique a évolué dans le temps, sa représentation spécifique dans le domaine de la thérapie familiale a fait de même (voir figure 1).

Communication interpersonnelle Processus systémique (dans le temps) Structures systémiques (dans l'espace) Fonctions systémiques (rapports avec de plus grands systèmes) Evolution systémique (genèse/changement) Processus systémique de langage
--

Figure 1: Modèles contrastants.

Les modèles et les pratiques de la thérapie familiale étaient caractérisés, au début, par un accent mis sur les règles et la communication interpersonnelles, et ensuite, sur les processus interactionnels (modèles restreints par le temps), sur les structures interpersonnelles (cartes enracinées par l'espace), sur les processus fonctionnels (les rapports entre les systèmes micros, mesos, et macros), sur les processus évolutifs (genèse et changement dans les systèmes) et sur les processus récursifs de second ordre (rapport entre celui qui observe et ce qu'on observe), ce qui, à son tour, a conduit à des enquêtes sur ce qui constitue la réalité, et sur le rôle central des récits en thérapie.

L'évolution de cette séquence de modèles de base a pris quelque vingt-cinq à trente ans. Chacun de ces modèles a généré sa propre série de pratiques (qu'on a nommées «écoles») avec leur propre icône, dogme et credo.

Beaucoup d'entre vous, j'en suis sûr, font partie de l'un ou l'autre de ces cultes. En fait, de chacune de ces orientations, les thérapeutes familiaux en ont déduit des comportements spécifiques et distincts, y compris ce à quoi il fallait faire attention, ce qu'il fallait changer, que faire pour favoriser des changements, et, en général, comment se comporter pendant la rencontre thérapeutique.

Une autre formulation de la même série chronologique des modèles de base en thérapie familiale est celle proposée par Tomm (1988), qui a formulé la chronologie des suppositions contrastantes qui dominaient le domaine de la thérapie familiale et des suppositions quant aux conséquences spécifiques de comportements que nous connaissons comme écoles ou orientations de la thérapie familiale (voir Figure 2).

Comme on peut bien noter, les deux chronologies témoignent de la pensée que les modèles constructivistes, basés sur les récits, sont à l'avant-garde actuel du développement des idées dans le domaine de la thérapie familiale. Je consacrerai le reste de la présentation à ces idées.

Pour commencer, la formulation schématique «la description du problème constitue le problème» peut être considérée comme l'équivalent de «les problèmes existent dans la description que nous utilisons» et «les problèmes sont des significations autour desquelles on organise des comportements problématiques» et «le changement est le processus de dire différemment les choses». Tous partagent un

«Les problèmes de la communication dans la famille, c'est le problème»	= (Bateson/Satir)
«La structure dysfonctionnelle de la famille, c'est le problème»	= (Minuchin)
«La hiérarchie dysfonctionnelle du pouvoir de la famille, c'est le problème»	= (Haley)
«La solution essayée constitue le problème»	= (MRI/Interactional)
«Le problème c'est une solution aux autres problèmes»	= (Milano de la première époque)
«Le problème, c'est un empêchement de l'évolution dans d'autres directions»	= (White)
«La description (explication) du problème c'est le problème»	= (constructivisme/basé sur le langage)

Figure 2: Suppositions contrastantes.

élément commun : le DIRE, autrement dit, la praxis du langage, le fait de raconter des histoires, les récits. En utilisant ce modèle comme point de repère, on peut utiliser la thérapie familiale comme la pratique d'aider des gens à transformer leurs histoires afin d'augmenter le nombre et la qualité de leurs opinions et/ou pour dissoudre le problème jusqu'alors ancré dans leur vieux récit.

Les récits — idées centrales

Ce que l'on appelle la réalité réside et, récursivement, s'exprime dans les descriptions, données par les gens, des événements, personnes, idées, sentiments, histoires et expériences. Ces récits, à leur tour, se transforment à travers les interactions sociales qui sont elles-mêmes formées par ces récits. En fait, le discours fournit le cadre dans lequel l'action sociale a lieu (Harre, 1984). Notre monde social est formé dans et par des histoires générées et maintenues d'un commun accord. Les histoires établissent les cadres dans lesquels on prend conscience de soi et d'autrui, forment les priorités, revendiquent ou rejettent les obligations et les privilèges, établissent les normes pour un comportement approprié et inapproprié, arrangent les événements dans le temps, et ainsi de suite (Gergen, 1982; Shoetter, 1984).

Les descriptions, les histoires, c'est-à-dire les structures narratives, sont des systèmes sémantiques qui renferment comme éléments un scénario («quoi»), des personnages («qui»), et un contexte («où et quand») (voir Figure 3).

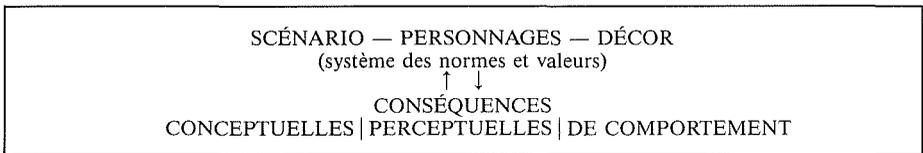


Figure 3: Eléments d'une structure narrative.

Les significations de ces parties sont réglées par et contrôlent elles-mêmes le système des normes et valeurs de l'histoire, enfermant effectivement des interprétations alternatives et spontanées (Gergen et Gergen, 1986).

A leur tour, l'histoire et le narrateur de l'histoire sont également récursivement inter-influencés dans le processus de raconter l'histoire. A cause de cet emboîtement systémique et récursif, à niveaux multiples, toute altération non-banale dans n'importe quel élément ou partie d'une histoire sera en corrélation avec les changements dans toutes les autres parties. Un changement dans la définition du contexte dans lequel une histoire a lieu, par exemple, affectera le scénario de l'histoire, ses personnages, son cadre, son corollaire normatif, les conséquences de comportement et, en somme, les éléments de l'expérience du monde du narrateur.

Puisque les histoires — surtout celles qui attirent notre attention pendant la thérapie — organisent, maintiennent, soutiennent et justifient les problèmes (ou les conflits, ou les symptômes), une transformation de l'histoire donnée par les patients a lieu de façon à affecter la manière dont le problème est conçu, perçu, décrit, soutenu, expliqué, jugé et joué. Le résultat d'un tel changement est de donner accès à de nouvelles solutions (à ce qui est en fait une nouvelle description du problème/conflit) ou à une nouvelle formulation non-problématique, ou à l'évanouissement du même système perceptif-conceptuel de maintien qui constitue le problème.

Chaque rencontre thérapeutique a, cela va sans dire, toute une gamme de traits idiosyncratiques puisque le processus et le contenu de la conversation sont tissés par les contributions de tous les participants. Pourtant, une déconstruction de la séquence des épisodes qui caractérisent l'histoire naturelle d'une session transformative donne le plan suivant¹:

Encadrement de la rencontre Exploration et déroulement de l'histoire Favoriser des histoires alternatives Intensifier (illustrer) la nouvelle histoire Fixer la nouvelle histoire

Figure 4: L'histoire naturelle d'une conversation thérapeutique.

(I) **Encadrement de la rencontre.** — La plupart des principes concernant la nature du rapport et du contexte thérapeutique et, plus spécifiquement, les principes de pouvoir et de responsabilité sont proposés et négociés très tôt dans l'interview. En voici des exemples: qui a quels droits de définir la nature du problème et la nature et les buts de la consultation; qui peut imposer quoi sur qui; qui peut engendrer des initiatives, qui est chargé de proposer et de sanctionner les solutions; dans quelle arène est placé le problème; qui surveillera le processus, et à qui

¹ Ce schéma suit les démarches proposées par Cobb (1991) qui discute les phases d'une consultation médiatrice. Cobb indique que, bien que la médiation et la thérapie aient des différences bien distinctes, les deux exigent l'orientation des processus de communication à travers desquels les récits émergent et sont transformés.

reviennent les mérites et les blâmes pour le problème et pour les changements. Ces échanges sont parfois explicites, mais le plus fréquemment, ils restent implicites et sont transmis par des plaisanteries sociales, le placement des sièges, la nature du premier échange de renseignements et de questions par le thérapeute aussi bien que par le patient/famille, et d'autres façons socialement acceptées de montrer et de négocier des ententes collectives. Inutile de dire, ce cadre continue à se développer pendant la session et pendant le traitement.

(II) Exploration et déroulement de l'histoire. — Le thérapeute obtient des renseignements sur la nature et le contexte du problème ou du conflit, ses thèmes principaux associés, ses personnages, sa logique, son corollaire moral et de comportement, tels que vus par les participants; pendant le processus, le thérapeute surveille continuellement l'organisation et la présentation de l'histoire, à la recherche de possibilités de déstabilisation.

(III) Favoriser des histoires alternatives. — Le thérapeute examine la solidité du fil de l'histoire principale et essaie de dévoiler des renseignements nouveaux ou des perspectives alternatives des mêmes événements parmi tous les participants par l'intermédiaire de questions circulaires et linéaires, de commentaires qui soulignent les thèmes ou changent les narratifs, cherchant des exceptions qui dévient de ou défient le fil de l'histoire, et/ou en proposant des perspectives non-orthodoxes à l'histoire, de façon caractéristique avec une position de connotation positive par exemple, en essayant de favoriser des transformations dans les constituants de la *nature* (contenu) ou du *dire* (processus) du narratif collectif².

(IV) Intensifier (illustrer) la nouvelle histoire. — Une fois que le thérapeute remarque qu'une alternative à l'histoire principale devient, même faiblement, viable — c'est-à-dire que la conversation (et d'autres expériences dans la session, telles que des actions) peut évoluer vers un nouveau consensus autour des corollaires alternatifs moraux et de comportement de l'histoire, il/elle intensifiera sélectivement cette possibilité en agrandissant ces perspectives alternatives, les provoquant et les valorisant par des questions et des commentaires supplémentaires. Le but de

² Les modifications transformatives peuvent être générées dans n'importe quelle partie du narratif, puisque chaque modification a la possibilité d'affecter le récit entier, et peut être présentée pendant le dialogue thérapeutique. Pourtant quelques thérapeutes ont tendance à les proposer avec une force particulière tout à fait à la fin d'une consultation, données comme commentaire final par le thérapeute, ce qui entraîne une compréhension différente de toute l'histoire (« Ah! donc votre mère a quitté toute la famille pour vous épargner à tous son pouvoir destructeur! »). Tel est le cas du style développé par Selvini Palazzoli et ses collaborateurs (1978) dans leur première période: l'intervention était basée, pour la plupart, sur des remarques transformatives à la fin même de l'interview, qui nichait le narratif d'origine dans une histoire plus grande fournissant un nouveau cadre interprétatif, tel qu'une explication basée sur la culture ou entre générations et légitime, ce qui détruisait le récit d'origine de la famille. Pourtant, même dans ces cas-là les remarques finales étaient précédées par un processus complexe sapant progressivement la certitude des constructions antérieures de la famille pendant l'interview, par des questions et des remarques qui préparaient la famille pour l'incorporation d'une nouvelle prise de vue alternative. On doit pourtant noter que la plupart des thérapeutes font évoluer les interventions transformatives tout au long de la session, parfois en essayant de nouvelles routes à tout moment.

cette partie du processus est de consolider la nouvelle histoire avec une logique plus serrée et une distribution plus favorable des rôles, des étiquettes, des positions morales, visant à un premier consensus sur une nouvelle histoire concernant la nature du problème et de sa résolution (dissolution); et, finalement,

(V) **Fixer la nouvelle histoire.** — Le thérapeute peut choisir de fixer la nouvelle histoire par la recommandation de rites ou de besognes d'après-rencontre qui sont spécifiquement conçus pour reconstituer et reconfirmer la nouvelle description, tout en contredisant et rendant intenable l'histoire ancienne.

Ce plan est reconstitutif — c'est-à-dire, ce n'est pas mon intention d'affirmer que les thérapeutes gardent en tête chacune de ces démarches au cours des interviews thérapeutiques — mais c'est d'impliquer une intention claire de la part du thérapeute tout au long de l'interview.

Puisque les récits ne sont pas seulement réglés en soi, mais sont des systèmes qui dépendent du consensus, la nouvelle histoire, créée et consolidée au cours de la conversation thérapeutique, se développera à partir de l'ancienne histoire familiale et en possédera nombre d'éléments. En effet, l'histoire transformée a tendance à être une re-combinaison des parties de l'ancienne histoire, mais elle contient de nouveaux éléments — personnages, scénario, logique, système des normes et valeurs, corollaires de comportement — introduits, soit par le thérapeute soit par le patient ou la famille (par exemple comme résultat d'une réponse à une question circulaire) et consolidée par tous pendant toute la conversation thérapeutique. Une nouvelle histoire qui est trop différente de l'ancienne ne sera pas reconnue par les patients comme LA LEUR et sera tout simplement rejetée comme inappropriée; par contre, si l'histoire est trop semblable à l'ancienne, l'ancienne aura tendance à se reconstituer par ses multiples attaches au monde quotidien des clients.

Cet équilibre créateur entre le nouveau et l'ancien peut être considéré comme guide de conversation pour les thérapeutes aussi bien que la clef dans chaque rencontre thérapeutique pour faciliter une transformation significative du récit collectif.

Il est important de noter que la transformation thérapeutique spécifique de n'importe quel récit dépend de la concordance évoluant entre l'histoire, le style, le moment évolutionnaire et le contexte de la famille, et les propres modèles préférés du thérapeute, ses idiosyncrasies et son style (une description lucide de la singularité de ces intersections entre des systèmes complexes — la réalité du patient/famille et celle du thérapeute — peut se trouver dans Elkaïm, 1985).

Pourtant, bien que chaque interview thérapeutique soit idiosyncratique, ce plan permet de suivre assez confortablement l'ombre du dessin qui forme la base de presque toute session menée par un thérapeute systémique.

Une partie de la richesse de ce modèle basé sur le(s) récit(s) peut être mesurée par les idées puissantes générées par des thérapeutes qui partagent son épistémologie. Une liste très incomplète comprendrait l'œuvre récente de Gianfranco Cecchin (1987) sur «la curiosité» — une proposition d'une position épistémique du thérapeute qui favorise les questions transformatives; de Lynn Hoffman (1985) sur une vue de second ordre du pouvoir et du contrôle; de Tom Andersen (1987, 1990) sur les

équipes réfléchissantes et de Ben Furman et Tapani Ahola (1990) sur la «glasnost» — comme scénarios alternatifs pour les interactions thérapeutiques qui favorisent les changements consensuels des histoires; de Michael White (1986) (voir aussi Tomm, 1989) sur «l'externalisation» — un moyen de réorganiser l'histoire autour de la nature du problème qui conduit à un accroissement de pouvoir du patient; de Harlene Anderson et Harold Goolishian (1988) sur les systèmes humains comme systèmes linguistiques; et, hélas, parmi beaucoup d'autres, de quelques-unes de mes propres investigations récentes visant à spécifier ce processus de transformation des histoires au micro-niveau de la vraie conversation thérapeutique. J'ai présenté quelques spécifications de ma recherche sur les micro-pratiques dans un atelier au cours de l'excellent congrès à Paris en 1990 (Sluzki, 1990).

Mais cela dépasse un bilan. Ce pourrait être le point focal d'une future présentation, peut-être, espérons-le, l'année prochaine.

Carlos E. Sluzki

Professeur de Psychiatrie
Berkshire Medical Center
725 North Street
Pittsfield, Ma. 01201 U.S.A.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anderson H. and Goolishian H.A. (1988): «Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory», *Family Process*, 27 (3), pp. 371-393.
2. Anderson T. (1987): «The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work», *Family Process*, 26 (4), pp. 415-426.
3. Andersen T. (1990) (Ed.): *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*, Broadstires, Kent, UK, Brogmann.
4. Cecchin G. (1987): «Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity», *Family Process*, 26 (4), pp. 405-414.
5. Cobb S. (1991): *Mediation process as the management of stories* (manuscrit en préparation).
6. Elkaim M. (1985): «From general laws to singularities», *Family Process*, 24 (2), pp. 151-164.
7. Furman B. and Ahola T. (1990): *Glassnost in psychiatry, psychotherapy and related fields*. (Manuscrit. Une version modifiée avec le titre «Glassnost therapy» a paru dans *The Family Therapy Networker*, 14 (3), pp. 61-64, 1990.)
8. Gergen K. (1982): *Toward transformation in social knowledge*, New York, Springer-Verlag.
9. Gergen K. and Gergen N. (1986): «Narrative and the self as relationship». In: Borkowitz L., Ed., *Advances in experimental social psychology*, New York, Academic Press.
10. Harre R. (1984): *Personal being*, Cambridge, Harvard University Press.
11. Hoffman L. (1981): «Beyond power and control: toward a 'second order' family systems therapy», *Family Systems Medicine*, 3, pp. 381-390.
12. Selvini Palazzoli M., Prata G., Boscolo L. and Cecchin G. (1978): *Paradox and counterparadox*, New York, Jason Aronson.
13. Shoetter J. (1984): *Social accountability and selfhood*, New York, Basil Blackwell.
14. Sluzki C.E. (1990): «The therapeutic transformation of narratives.» Une version préliminaire a été présentée lors du Congrès International «Aux frontières de la Thérapie Familiale» à Bruxelles en mai 1989. Elle fait l'objet d'un bref article dans *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* à paraître. Une version élaborée de ce même thème fut présentée au Congrès International de Paris «Systèmes et Thérapie Familiale; Ethique, Idéologie, Nouvelles Méthodes» en octobre

1990. Elle sera publiée en allemand dans *Familiendynamik* (en 1991) et en italien dans *Terapia Familiare* (en 1991).

15. Tomm K. (1988): «Interventive interviewing III: Intending to ask linear, circular or reflexive questions». *Family Process*, 27, pp. 1-16.
16. Tomm K. (1989): Externalizing the problem and internalizing personal agency», *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8 (1), pp. 54-59.
17. White M. (1986): «Negative explanation, restraint and double description: a template for family therapy», *Family Process*, 25 (2), pp. 169-184.

BILAN DE DIX ANNÉES DE FONCTIONNEMENT DU CENTRE MONCEAU*

Sylvie ANGEL**

Résumé: *Bilan de dix années de fonctionnement du Centre Monceau.* — A partir d'une expérience institutionnelle de dix ans, un bilan est dressé concernant les thérapies familiales de toxicomanes. Sont évoqués: la création du centre, les différentes interactions familiales, les modalités cliniques. La pratique des thérapies familiales durant ces années a montré à quel point le pronostic des toxicomanes était amélioré si la famille était prise en charge. Enfin, quelques perspectives d'avenir sont proposées.

Summary: *History of the Monceau Center.* — With a ten year institutional experience, an evolution can be drawing up with regard to family therapy. Are evoked: the center creation, the different families interactions, the clinical modalities. The family therapy practice during those years show how much the drug addicts pronostics will be improved when the family is helped. Finally, some future prospects of an undertaking are proposed.

Mots-clés: Thérapie familiale — Toxicomanie — Institution.

Key words: Family therapy — Drug Addiction — Institution.

1. HISTORIQUE DU CENTRE MONCEAU

La création du Centre

Grâce à notre formation systémique, nous nous sommes intéressés d'emblée aux familles de toxicomanes qui consultaient à l'hôpital Marmottan, dirigé par le professeur Claude Olievenstein, où nous étions internes.

Les parents arrivaient désespérés et la réponse qui leur était offerte les renvoyait à une démarche personnelle individuelle: «*Allez voir un analyste pour parler de vos difficultés. Quant à votre enfant, il faut qu'il vienne de lui-même.*»

* Texte présenté aux 7^{es} Journées de Thérapie Familiale Systémique de Lyon, du 11 au 14 septembre 1991.

** Psychiatre, médecin-directeur, Centre de Thérapie Familiale Monceau, 5, rue Jules-Lefebvre, F-75009 Paris.

L'intrication des liens familiaux était manifeste. Lorsqu'un toxicomane était hospitalisé pour une cure de sevrage, des interactions avec les parents étaient constantes. Le repérage systémique montrait qu'il existait des corrélations entre le parcours du jeune et la dynamique familiale du moment.

Nous avons commencé à recevoir des parents lorsqu'ils accompagnaient leur enfant et nous leur avons proposé des consultations familiales en invitant les frères et sœurs. Si la majeure partie de l'équipe de l'hôpital Marmottan s'opposa à cette technique, le professeur Olievenstein nous donna son aval, plus par souci d'innover que par adhésion à un modèle qu'il ne connaissait guère. L'important, souligna-t-il à de nombreuses reprises, c'est l'éthique et le respect des malades. Il nous encouragea à déposer un projet. Seul existait, alors, le Centre de l'Orangerie, qui offrait des thérapies individuelles ou de groupe aux parents.

A cette époque, proposer de travailler avec la famille pouvait laisser craindre que le jeune ne renforce sa dépendance à l'égard de ses parents. La priorité des projets thérapeutiques semblait aller à la création de centres de post-cure favorisant une rupture du toxicomane avec son milieu d'origine. Notre idée première était de créer, dans l'hôpital Marmottan, un département familial, mais compte tenu des manipulations des familles et des résistances des collègues, il sembla plus adéquat au professeur Olievenstein et à nous-mêmes de créer une structure autonome. L'Association Marmottan fut choisie comme organisme gestionnaire.

A l'issue de longues négociations, le projet fut enfin accepté et un premier budget alloué en novembre 1980. Nous trouvâmes des bureaux près du Parc Monceau — d'où le nom de «Centre Monceau» que nous souhaitions neutre afin d'atténuer la stigmatisation liée à la toxicomanie. La précision «Centre de Thérapie Familiale» fut quasiment imposée par les autres institutions et les organismes de tutelle: il était clair que nous ne devions pas recevoir de toxicomanes en consultation individuelle afin de ne pas faire double emploi avec les autres centres. Notre mode de prise en charge devait être complémentaire des autres approches existantes.

Nous avons ouvert l'institution avec six thérapeutes à temps partiel et une secrétaire. Seule cette dernière fut salariée car il fallut plus de dix mois de démarches administratives pour obtenir un contrat avec la DDASS de Paris. En août 1981, il fut signé. De nombreuses familles avaient déjà consulté et progressivement le Centre se faisait connaître.

Une des premières difficultés rencontrée lors de la création du Centre Monceau fut celle de l'application de la loi de 1970, proposant l'anonymat et la gratuité des soins aux toxicomanes. Que faire à l'égard de ces familles? Pour simplifier les problèmes administratifs et pour inciter les parents à demander de l'aide, il fut décidé au Ministère de la Santé que «par extension» les familles bénéficieraient de l'anonymat et de la gratuité des soins.

Exceptionnellement des parents ont souhaité garder l'anonymat (environ 2 à 3%). Quant à la gratuité des soins, elle nous permit une souplesse de fonctionnement et d'éviter des démarches administratives. Soulignons toutefois que nous avons été frappés par le fait que peu de familles s'informait d'une éventuelle note d'honoraires... et que cela reflétait la problématique de la circulation de l'argent.

L'équipe actuelle comprend quatorze cliniciens, psychiatres et psychologues, ayant tous une double formation psychanalytique et systémique; deux secrétaires, et depuis quelques mois un directeur administratif.

Nous avons dû reconvertir, après quelques années de fonctionnement, le poste de psycho-sociologue en psychologue clinicien. Certes les travaux que J. Defrance effectuait dans notre établissement étaient passionnants, mais devant l'afflux des familles et l'impossibilité de voir temporairement notre budget augmenter, nous avons préféré faire ce choix.

En 1984, nous avons créé l'Association «Monceau», qui depuis cette date gère le Centre. Cette formalité juridique apporte plus de souplesse. C'est le docteur Pierre Angel qui en assure la présidence. Sa double appartenance à l'hôpital Marmottan, et jusqu'alors au Centre Monceau, le destinait à cette fonction.

La croissance du nombre de consultants ayant nécessité l'agrandissement de nos locaux, nous nous sommes installés, en septembre 1987, à quelques pas de la Gare Saint-Lazare, dans un quartier animé et bien desservi par les transports en commun.

Ce nouveau local a permis d'une part un meilleur accueil des consultants et d'autre part de développer nos activités. Nous disposons désormais de trois salles de thérapie, deux salles de supervision et d'une salle de conférences utilisée quotidiennement pour des actions d'information et de formation. Jusqu'alors, nous avons organisé des séminaires «fermés» réservés à de petits groupes. Les nouveaux locaux permettent d'accueillir de grands groupes de 30 à 40 personnes.

Les liens avec les autres institutions

Lors de la création du Centre Monceau, le quart de notre clientèle était adressée par l'Hôpital Marmottan du fait de nos relations étroites avec l'équipe. Progressivement, ce chiffre a diminué et s'est aligné sur celui des autres institutions spécialisées. Cette variation est liée sans doute à une meilleure appréhension, par les cliniciens de l'hôpital Marmottan, de la demande des parents.

Il en est de même dans la plupart des centres d'accueil pour toxicomanes. Les parents sont écoutés avec moins d'ambivalence, ils sont moins culpabilisés par les thérapeutes. Toutefois, il s'agit le plus souvent de guidance parentale. L'approche familiale reste exceptionnelle et les frères et sœurs ne participent pas aux séances.

Actuellement la clientèle, adressée par les centres spécialisés, représente un tiers de l'ensemble des consultations. Ce chiffre reste stable depuis deux ans.

Nous avons organisé des réunions où étaient invités les cliniciens qui s'occupaient de parents, quelque soit le modèle proposé. En raison de l'accroissement de nos activités, nous n'avons pas donné suite à cette initiative qui avait reconstruit un vil succès.

L'approche familiale reste en France minoritaire mais de mieux en mieux acceptée. Rappelons qu'aux USA elle fait partie des thérapies proposées dans 95 % des cas par les Centres d'accueil.

Le problème du sevrage

Lors de nos premières années de fonctionnement, nous adressions les patients qui faisaient une demande de sevrage en milieu hospitalier à l'hôpital Marmottan. Cette façon de procéder fut jugée trop « directive » par les thérapeutes de Marmottan, aussi l'équipe de Monceau décida-t-elle de proposer un choix plus large en indiquant les trois centres parisiens qui disposaient de lits d'hospitalisation (Marmottan, Hôpital Sainte-Anne, Hôpital Fernand-Widal).

En fait, nous nous sommes aperçus que contrairement à notre expérience clinique à Marmottan, peu de familles évoquaient la possibilité d'une hospitalisation.

Nous avons avancé les hypothèses suivantes :

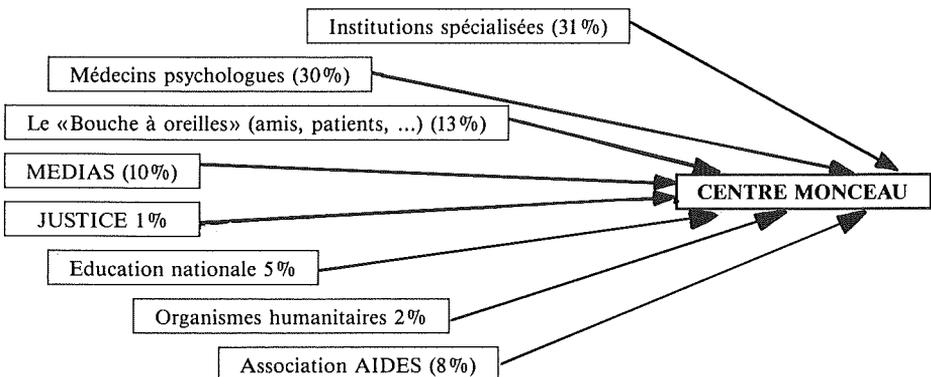
- Les hospitalisations antérieures avaient échoué.
- Les familles supportent mal de ne pas contrôler les modalités de l'hospitalisation et restent ambivalentes sur l'opportunité d'un sevrage à court terme.
- Le phénomène toxicomaniaque est banalisé par les parents.

Le plus souvent, les familles trouvent elles-mêmes des solutions et le sevrage est géré par le patient qui connaît bien les modalités existantes. Aussi, sommes-nous informés de l'arrêt de la toxicomanie au décours des séances. Cette information arrive comme une anecdote : elle est toujours reprise par les thérapeutes qui s'informent de l'aide extérieure requise. Les généralistes sont fréquemment sollicités ; l'hospitalisation reste exceptionnelle lorsqu'une thérapie familiale est mise en place.

Toutefois, certains de nos patients ont été hospitalisés lorsqu'ils présentaient un état dépressif avec un risque suicidaire.

Nous avons collaboré aussi bien avec des services de psychiatrie au sein d'hôpitaux généraux (en particulier le service du professeur Feline, à l'hôpital de Kremlin-Bicêtre), qu'avec des cliniques privées. De façon exceptionnelle, des patients ont séjourné dans l'hôpital de secteur auquel ils étaient rattachés.

Voici les relais orientant vers le Centre Monceau (Extrait du rapport d'activités 1990) :

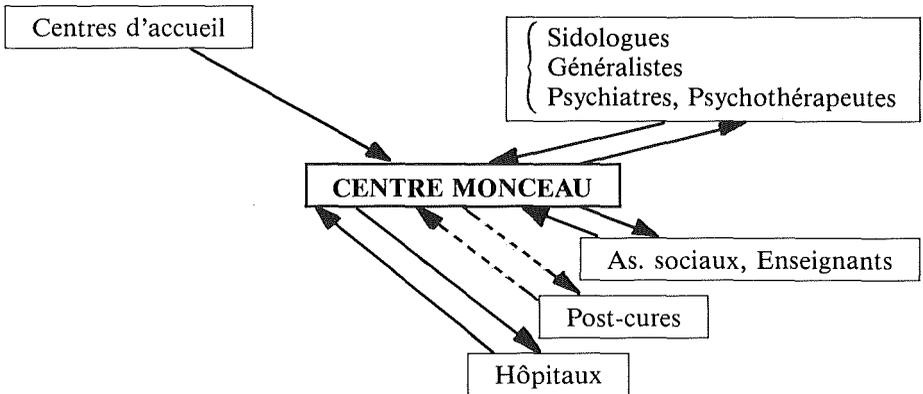


Remarquons que près d'un quart de la clientèle est adressée par les médias et le «bouche à oreilles». L'Education nationale nous envoie beaucoup de jeunes car nous travaillons depuis de longues années avec elle, mais peu viennent consulter. En fait, la demande réussit mieux à s'élaborer quand un travailleur social, un médecin adresse la famille.

Si les médias permettent à de nombreux parents de consulter, l'engagement dans un cycle de séances se fait exceptionnellement.

Le Centre Monceau dans la chaîne thérapeutique

Le Centre Monceau n'est pas, à priori, une institution de premier «niveau», c'est-à-dire pouvant répondre aux demandes les plus hétérogènes, comme le sont les centres d'accueil. C'est un centre offrant des soins spécialisés. Actuellement, il pourrait se situer ainsi dans la chaîne thérapeutique:



Le Centre Monceau reçoit des familles adressées par de multiples filières d'accès. Il travaille de façon exceptionnelle avec les centres de post-cures, dans la mesure où le séjour en post-cure correspond à une rupture familiale. Des doubles prises en charge sont fréquentes, d'où des relations importantes avec d'autres collègues.

L'évolution de l'équipe

L'équipe s'est agrandie progressivement. Une remarquable stabilité se retrouve parmi les thérapeutes. De nouveaux cliniciens sont venus travailler au Centre Monceau, grâce à des augmentations de vacances, et grâce à une nouvelle répartition du temps clinique (diminution de certains permettant le recrutement d'autres thérapeutes).

L'originalité de l'équipe repose sur le fait que tous les cliniciens travaillent à temps partiel à Monceau et ont une insertion dans d'autres institutions. Cette ouverture est dynamique mais en contre partie l'investissement n'est pas aussi important qu'on le souhaiterait en raison du peu de temps passé dans l'institution. Cette évolution a permis à d'excellents thérapeutes de rester au sein de notre institution. Ce fonctionnement est positif à condition de ne pas continuer à diminuer le temps clinique de chacun et d'augmenter le nombre de cliniciens. Un minimum de deux demi-journées de consultation et d'une demi-journée de réunion par semaine est demandé.

2. LA THÉRAPIE FAMILIALE EN FRANCE

Evolution depuis 10 ans

Rappel historique

La thérapie familiale est née de différents courants de pensée développés indépendamment les uns des autres. Rappelons qu'elle repose sur les concepts systémiques. Ce modèle s'est affirmé au cours des trente dernières années en tenant compte des apports de plusieurs disciplines dont la biologie, la théorie de l'information, la cybernétique, la théorie des systèmes. Ce qui fut nouveau fut cette intégration des différentes disciplines; l'adaptation à la pathologie, à la psychiatrie fut tardive et ne fit que compléter les autres approches ayant pendant ce temps contribué à l'évolution de la compréhension des troubles mentaux (psychanalyse avec ses différentes écoles, théories des groupes, thérapie institutionnelle).

C'est aux USA que se sont développées les recherches majeures dans ce domaine¹. Les précurseurs ont fait appel pour conceptualiser leur pensée, à des disciplines aussi diverses que la psychanalyse, l'anthropologie, l'éthologie, la sociologie et la biologie.

En France, les premières interrogations sur la dynamique familiale apparurent dans les années 1960-1970. Certains cliniciens avaient été marqués par le mouvement anti-psychiatrique impulsé par Laing et Cooper, en Angleterre, ouvrant des perspectives nouvelles sur les prises en charge de psychotiques.

La psychiatrie française était tournée vers la sectorisation et la création des structures intermédiaires.

Concernant le travail familial, citons le remarquable article du professeur Lebovici et de l'équipe du 13^e arrondissement: «A propos de la psychothérapie familiale.» Cet article fait le point dans les deux champs conceptuels de la psychanalyse et de la thérapie familiale. Il développe la pensée de la plupart des systémi-

¹ G. Bateson, P. Watzlawick, Weakland, D. Jackson, à Palo-Alto.

ciens anglo-saxons. Enfin, il donne l'exemple du travail du docteur Woodbury dans le cadre du service d'hospitalisation à domicile et d'urgence du 13^e arrondissement de Paris :

... «La révolution psychanalytique a profondément modifié la psychiatrie infantile, en montrant le rôle des conflits internalisés dans le développement normal et pathologique de l'enfant. Dans ces conditions, aucune psychothérapie infantile ne saurait en principe se dérouler, sans s'accompagner d'une action sur la famille.

... On ne se tromperait sans doute pas en estimant que tous les psychanalystes, quelque technique qu'ils aient conseillée, ont insisté sur le fait que la famille devait être toujours prise en charge et en particulier la mère, au cours du déroulement du traitement de l'enfant.

... Il nous semble en tout cas — et on le verra encore mieux dans l'analyse des travaux consacrés à la pathologie de la communication intrafamiliale — que des anthropologues culturels bien formés pourraient aider les services de psychiatrie infantile à accéder à la dimension de la psychiatrie familiale.

Les psychanalystes n'ont pas la formation nécessaire à cette nouvelle approche. Par contre, ils sont à même d'en saisir les contradictions qui tiennent à plusieurs raisons :

- 1. Les fantasmes de chacun des membres d'une famille ne s'explicitent pas en commun. L'espérer ne ferait qu'ajouter aux difficultés de communication qui peuvent être par elles-mêmes pathogènes¹.*
- 2. La psychothérapie psychanalytique de groupe vise au maniement de groupes thérapeutiques, réunis à ce seul effet et non des groupes naturels ou réels, comme c'est le cas du groupe familial.*

... Malheureusement, lorsqu'on a l'occasion d'examiner plusieurs enfants d'une même famille, soit que la crise conduise les parents à demander plusieurs consultations, soit que les mêmes causes produisant les mêmes effets, plusieurs enfants soient conduits au fur et à mesure des années au même service, on a tendance à n'étudier que les cas successifs et la manière dont ils présentent. Pour l'un on parlera de psychothérapie, parce que les symptômes névrotiques sont au premier plan. Tel autre enfant semble devoir bénéficier d'une rééducation du langage, etc. La parcellisation de l'action est alors à son comble. Nous en avons vu plus d'un exemple, certes rassurant d'abord, parce qu'il est agréable de constater que certaines familles méritent le nom de «famille-problèmes» et que les enfants y sont tous successivement atteints. Dans ces cas où des thérapeutiques diverses sont appliquées à chacun des membres de la famille sans oublier les parents, la réflexion conduit cepen-

¹ Ce point de vue peut conduire à l'association de la psychothérapie individuelle et de la psychothérapie familiale, cette dernière étant utilisée pour améliorer le niveau de communication interpersonnelle dans une famille dont un enfant est pris en charge psychothérapique.

dans à la mise en question d'une action thérapeutique qui ne peut apparaître que comme incoordonnée, superficielle et à visées purement symptomatiques.

Dans les années 70, aucun livre des systémiciens américains n'était traduit en français. On connaissait l'importance de l'environnement familial, et les interrogations se portaient sur le rôle et l'influence néfastes des parents à travers des phénomènes de répétition. On connaissait la fameuse phrase de Bowen: «Il faut trois générations pour faire un schizophrène», sans l'attribuer à l'auteur (mais à Françoise Dolto). La dynamique circulaire et interactive constitua un nouvel axe de recherche et de compréhension de la psychose.

L'ouverture théorique se fit grâce à la création, en 1976, du prix Psyché. Jacques Miermont, Arnaud Marty-Lavauzelle, André Feline, François Loremi et Perico de Medeiros remirent ce prix à Paul Watzlawick pour son ouvrage «Une logique de la communication»¹. Les livres de Watzlawick et coll. furent traduits en 1972 et 1975.

Citons également l'introduction du professeur D. Widlocher de l'ouvrage de I. Boszormenyi-Nagy et J.L. Framo: «Psychothérapies familiales intensives», paru en France en 1980:

... «Depuis une dizaine d'années en France, des cliniciens s'intéressent à la thérapie familiale intensive. Ils en mesurent la nécessité face à la puissante force de résistance au changement que constituent les relations familiales à l'égard du dégagement de l'individu «désigné malade» vis-à-vis des contraintes qui le fixent dans un mode de pensée, dans un système d'attitudes invalidant.

Cet intérêt se dégage donc des échecs rencontrés au cours des psychothérapies centrées sur le fonctionnement mental individuel. Les psychothérapies tirent parti, dans cette tâche, de ce que l'expérience de la psychothérapie de groupe nous permet de comprendre des communications interpersonnelles et de la contrainte que ces interactions exercent sur la capacité de changement individuel.»

Cette position témoigne d'une grande ouverture d'esprit, bien différente de celle d'autres collègues, mais nous étions déjà en 1980 et les premiers centres de thérapie familiale avaient ouvert leurs portes.

Le rôle de l'éducation surveillée et les premiers groupes de formation

Les premiers cliniciens à s'intéresser à cette approche furent d'une part les conseillers conjugaux et d'autre part les juges d'enfants. Par le biais de l'Education

¹ P. Watzlawick, J. Helmick-Beavin, Don D. Jackson, Paris, Seuil, 1972.

Surveillée, Siegi Hirsch, thérapeute familial belge, créa en France les premiers groupes de formation à la thérapie familiale systémique.

En 1977, Siegi Hirsch fut invité par la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale (SPASM), dirigée par les docteurs Jolivet et Neuburger, à effectuer un cycle de sensibilisation dans le cadre de la formation permanente de cette institution. Travaillant à cette époque comme interne de nuit dans le foyer de post-cure dirigé par le docteur Claire Martin, j'ai pu participer à ce premier groupe. L'année suivante, Siegi Hirsch structurait une formation en thérapie familiale systémique avec un nombre limité de participants. Citons quelques personnes ayant suivi cette formation: Pierre Angel, Robert Neuburger, Claire Martin, Jacques Miermont, Françoise Rougeul, Philippe Bacquias, Françoise Domenach, Gilbert Morel, Béatrice Chemana, Annie Lavergne.

L'idée, à cette époque, de réunir toute la famille et non pas de recevoir séparément les parents et l'enfant porteur du symptôme, semblait bousculer toutes les règles et les théories existantes. Les résistances étaient massives de la part de nos collègues dans les différentes institutions où nous exercions.

Seuls les pédiatres semblaient trouver cette approche logique et évidente car depuis longtemps ils voyaient parents et enfants dans leurs cabinets et assistaient à des interactions pathogènes. Remercions ici le professeur Daniel Allagile, alors chef du Service d'Hépatologie infantile de l'hôpital Kremlin-Bicêtre, qui soutint vigoureusement cette approche que nous utilisions dans le cadre de nos fonctions de pédo-psychiatrie.

Par contre, dans des institutions psychiatriques, un silence poli accueillait nos réflexions ou nos comptes rendus de livres de Paul Watzlawick; silence poli mais parfois hostilité affirmée. La méconnaissance de la pensée systémique par les collègues rendait le dialogue difficile.

Toutefois, les thérapies systémiques commençaient à faire une brèche dans l'orthodoxie analytique. Nous retrouvions régulièrement les collègues intéressés par ce modèle de réflexion. Jacques Rudrauf, Irène Soboul, Jean Lemaire, Jean-Claude Benoit, Arnaud Marty-Lavauzelle, Catherine Guitton participaient à ces séminaires avec le groupe de Siegi Hirsch cité précédemment. Ce fut l'origine de l'A.T.S.F. (Association de Thérapie Systémique et Familiale) créée en 1981.

D'autres cliniciens étrangers furent invités: Philippe Caille, Mony Elkaïm, Bella Borwick, Lynn Hoffman.

La S.P.A.S.M. restructura ses services pour accueillir des familles de psychotiques. Pierre Segond créa, en 1979, avec Christiane Chirol, la Consultation Familiale de la rue Sedaine, subventionnée par l'Education Surveillée et le Ministère de la Justice, quelques mois avant la création du Centre Monceau. Jean-Claude Benoit développait les entretiens familiaux dans son service, à l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Jacques Miermont et nous-mêmes avons créé, l'année précédente, le C.E.R.F. (Centre d'Etude et de Recherche sur la Famille).

Les congrès européens de thérapies systémiques organisés à Zurich, en Suisse, ou en Italie, connaissaient un vif succès (1978-1979).

Nous avons ainsi rencontré les équipes italiennes: Mara Selvini (qui travaillait encore avec Giuliana Prata, Luigi Boscolo et Gian-Franco Cecchin), à Milan;

Maurizio Andolfi qui avait créé avec Carmine Saccu, Anna-Maria Nicolo et Paolo Menghi l'institut de la famille à Rome.

En Angleterre, nous avons fait la connaissance de Gill Gorrell-Barnes et John Bying-Hall.

Grâce à G. Durand et au «Groupe émotionnel didactique» de Vaucresson, de nombreuses traductions à usage interne furent faites et nous avons pu lire les premiers ouvrages de Minuchin, Whitaker, Haley, Selvini, Bloch, ...

En 1981, Mony Elkaïm organisa son premier congrès international à Bruxelles.

La thérapie familiale et le modèle psychanalytique

Les thérapies systémiques ont entraîné des réactions d'opposition très importantes de la part de nombre de psychanalystes. Un à priori négatif apparaissait avant même que nous (ou nos collègues) n'ayons le temps d'exposer nos modèles théoriques et notre pratique. Cette situation était fort désagréable, d'autant que la plupart des cliniciens se lançant dans l'approche familiale se reconnaissaient comme psychanalystes.

L'ouverture vers un nouveau modèle épistémologique dans le champ de la pathologie mentale (domaine où nous devons rester modestes car nos succès sont souvent relatifs) semblait remettre en question la pensée freudienne, alors qu'à notre sens elle la complétait. En France, dans les années 70, le modèle psychanalytique était prévalent. Les thérapies de groupe ont été assez peu développées, de même que les psychothérapies brèves.

Le protocole thérapeutique (entretiens parents et enfants) et le cadre proposé (enregistrement des entretiens, utilisation d'un miroir unidirectionnel) suscitaient des réactions hostiles.

Il est vrai que les premiers ouvrages traduits tel «Paradoxes et contre paradoxes» de Mara Selvini et coll. en 1980, heurtaient par une conception réductionniste de la psychose et des propositions thérapeutiques parfois simplistes. Toutefois cet ouvrage met en place de façon intéressante, le cadre thérapeutique. Comme d'habitude, une lecture critique s'impose.

Citons, pour montrer le contexte de résistance à la thérapie familiale, l'avant-propos que le professeur C. Olievenstein avait écrit pour le numéro spécial de la revue «Réseaux - Systèmes - Agencements», que nous avons dirigé avec P. Angel et B. Geberowicz sur le thème «Le toxicomane et sa famille», en 1981 :

Le travail du Centre de Thérapie Familiale Monceau est remarquable par son honnêteté et son sérieux. Il lève une partie de mes réticences en ce qui concerne la thérapie familiale. Mes réticences proviennent de deux types de raisons qui ne se recoupent pas forcément. Les premières sont la prétention scientifique d'expliquer les faits psychiques et de les réduire à une dimension systémique chiffrable et quantifiable. Tout clinicien sait maintenant, et notamment en matière de toxicomanie, l'importance essentielle du hasard et du désordre dans l'événement psychique; il sait également que les questions d'atmosphère, d'ambiance, de «mélodie» et de cinétique du temps vécu

psychique sont aussi fondamentaux dans le vécu et dans la construction d'une psychopathologie que le développement onto-philogénique et ses conséquences structurelles utopiques.

Le deuxième type de réticences est lié à l'inquiétude éthique devant l'impérialisme d'un comportementalisme essentiellement normatif et réducteur.

C'est dans l'indépendance et l'autonomie que se développe au contraire le travail du Centre Monceau. En faisant la différence entre toxicomanes et usagers dits récréatifs, cette équipe refuse de tomber dans la facilité de la seule demande sociale et ramène le problème de la drogue à ses trois dimensions essentielles: le produit, la personnalité et le moment socio-culturel.

Ce faisant, les auteurs réintroduisent la notion de liberté des uns et des autres dans leur aventure thérapeutique.

En ce sens, la thérapie familiale prend sa place dans le déploiement qu'implique l'ange ou le démon.

Claude Olievenstein

En dix ans, les mentalités avaient changé. Les thérapies familiales systémiques avaient pignon sur rue. Des formations à la thérapie familiale commençaient à foisonner, entraînant alors un deuxième niveau de résistance. Combien de fois avons-nous entendu dire de la part d'éminents collègues psychanalystes: «et ces thérapeutes familiaux formés en un week-end!»

La pensée systémique aide également à clarifier les notions d'autorité, de hiérarchie, de pouvoir et permet une analyse institutionnelle. Cet apport complémentaire entraîne inexorablement des changements institutionnels qui, comme ceux qui s'opèrent dans les familles, peuvent être perçus comme dangereux. C'est une des explications à la percée difficile de la thérapie systémique en institution.

Un autre mouvement se mit en place progressivement, celui des thérapies familiales analytiques (Alberto Eiguer, Jacques Ruffiot, Simone Decobert, ...). La méthodologie utilisée repose sur des concepts empruntés à la psychanalyse, à la théorie des groupes (D. Anzieu, R. Kaes). L'analyse du transfert, l'interprétation des rêves et des fantasmes exprimés en séances s'opposent au modèle systémique auquel nous nous référons.

3. PERSPECTIVES D'AVENIR

Effectuer un bilan d'une institution correspond à envisager des perspectives d'avenir. C'est par l'analyse pratique que notre mode de travail se verra modifié. Trois points sont à développer:

1. La pratique des thérapies familiales

Comme nous l'avons mentionné, le modèle systémique s'est étendu et de nombreuses institutions accueillent les familles. Si le nombre de centres spécialisés en

thérapie familiale n'augmente que très progressivement (citons à ce propos le centre «La corde raide» créé par Roselyne Crete qui a travaillé plusieurs années avec nous), de nombreux collègues s'inspirent du modèle systémique pour leur pratique.

Nos résultats nous ont conforté dans le désir d'approfondir les aspects théoriques et cliniques de ce modèle. La découverte de l'outil systémique a représenté pour chacun d'entre nous une véritable révolution épistémologique. Nous pensons différemment, nous appréhendons les patients autrement.

Si les thérapies familiales sont complémentaires des autres modèles psychothérapeutiques, il nous paraît difficilement envisageable de prendre en charge un toxicomane sans sa famille ou ses substituts parentaux ou son couple. Le pronostic est le plus favorable. Même si nous n'avons pas pu faire d'étude longitudinale systématique, les quelques évaluations en cours montrent à quel point les perspectives de nos patients sont améliorées. Cet outil de travail s'applique à de nombreuses autres pathologies et le Centre Monceau accueille des adolescents présentant d'autres troubles graves (comportementaux: tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, ...).

2. La dynamique institutionnelle

La création, en 1990, du poste de directeur administratif a soulagé le directeur médical des tâches de gestion. C'est grâce à ce nouvel organigramme que ce bilan a pu être rédigé.

Le travail de direction comprenait, au fil des ans, de plus en plus de dossiers administratifs. On peut imaginer que le temps dégagé servira à approfondir les recherches, à affiner notre méthodologie, à mettre en place un suivi qualitatif des familles, à renforcer l'ouverture internationale. C'est la condition essentielle à la permanence de l'équipe.

Le centre Monceau se voulait différent des dispensaires par une dynamique institutionnelle et par la possibilité d'offrir aux consultants de développer leur propre créativité clinique et théorique. Cette institution s'est développée principalement sur le modèle horizontal, plutôt que vertical (en relation avec la notion de génogramme: cf. génogramme de l'institution).

Les thérapeutes ont sensiblement le même âge. La plupart ont évolué dans leur vie personnelle (mariage, enfants) durant ces dix années et le partage de cette expérience de vie a renforcé les liens des membres de l'équipe. La confrontation quotidienne à une pathologie grave a contribué à souder l'équipe.

Certes des conflits existent et tout n'est pas parfait. Mais la possibilité pour les thérapeutes de développer leurs potentialités personnelles en relations avec la notion d'équipe reste un principe fondamental.

3. Les projets

- **Développer les réflexions sur la clinique:** différentes formes de réunions institutionnelles ont été proposées au fil des ans. Souvent, les problèmes financiers

prenaient le pas sur l'élaboration du travail clinique. L'arrivée du directeur administratif permet de clarifier les rôles et de mieux structurer l'organigramme des réunions.

- **Renforcer nos liens avec l'Association AIDES** et prendre une place plus active dans la lutte contre l'épidémie du SIDA. Comme nous l'avons écrit dans le chapitre consacré à ce problème, thérapies individuelles, familiales, de réseaux, thérapies de groupes contribuent à la prise en charge psychologique des patients touchés par le virus et nous devons développer ces activités.
- **Créer une véritable coopération avec l'Université** afin de promouvoir des recherches cliniques, de mieux accueillir les étudiants et par cette interaction conduire les thérapeutes à développer certains axes de réflexion.
- **Développer la formation aux thérapies familiales.** Peu de centres s'appuient comme nous sur une expérience clinique aussi importante. Transmettre cette expérience par le biais de groupes de formation et par là développer l'outil systémique font partie de nos projets.

Sylvie Angel
Centre de Thérapie Familiale Monceau
5, rue Jules-Lefebvre
F-75009 Paris

L'ANTICIPATION: AIDER L'INTERVENANT FACE AU CHANGEMENT*

J.C. BENOIT**

Résumé: *L'anticipation: aider l'intervenant face au changement.* — L'anticipation du changement est un problème constant dans les thérapies familiales et systémiques. La présence de l'intervenant dans un système thérapeutique incluant également le patient désigné et sa famille nécessite un regard extérieur telle la supervision. Celle-ci est difficile à organiser dans le travail institutionnel. L'Épreuve d'Anticipation de Mario Berta peut aider à mieux percevoir les inhibitions présentes chez l'intervenant ou l'équipe.

Summary: *Anticipation: how to help the therapist to get change.* — Anticipatory process is a real problem about change in family and systemic therapies. The setting includes the therapist as well as the designated patient and his family. Supervision appears as the solution. That is not so easy in institutional work. «L'Épreuve d'Anticipation», a test from Mario Berta, helps therapists and teams to go through their own inhibitions for change.

Mots-clés: Anticipation — Changement — Supervision — Institution — Recherche.

Key words: Anticipation — Change — Supervision — Institutional setting — Research.

«Nombre de gambits thérapeutiques particulièrement appropriés, proposés par des thérapeutes, semblent être intuitifs. Nous concevons bien le désir de la plupart des psychothérapeutes qui appellent le jour où de tels coups de génie deviendront assez élaborés pour être systématiques et courants.»

G. Bateson (1, p. 34)

L'emploi actuel de l'image, fréquent dans les soins psychologiques, semble s'inscrire dans une préférence alternée, générale ou personnelle, oscillant entre la faveur donnée par les intervenants soit au langage verbal-digital, soit au langage expressif-analogique.

* Texte présenté aux 7^{es} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon du 11 au 14 septembre 1991.

** C.H.S. Paul Guiraud, 54, avenue de la République, F-94806 Villejuif Cedex.

Deux exemples célèbres nous le rappellent. Freud, en 1900, avec «Die Traumdeutung», fait exploser le rationalisme psychologique par son approche interprétative du rêve. Puis le mouvement psychanalytique semble glisser du côté du verbe. Carl Rogers, un demi-siècle plus tard, montre la richesse de la parole en face à face et, simultanément, centre le dialogue sur les éprouvés affectifs du client. Cette non directivité centrée sur le client se glissera dans de nombreuses techniques médiatisées par l'objet, l'acte ou l'image. Les thérapies familiales et plus généralement les approches familio-systémiques ont beaucoup développé cet intérêt pour *la complexité du verbal et du non-verbal associés, et relativement dissociables*.

Bateson a consacré toute une part de son œuvre à l'étude de la complexité communicationnelle. Déjà observée par lui dans les jeux des mammifères, cette complexité devient, chez l'humain, *multiplicative* des informations données, reçues, ou restituées au cours des interactions.

Dans nos thérapies éco-systémiques, toute séance s'appuie sur un travail d'éclaircissement et d'information réciproques où les intervenants ont la tâche constante de suivre les oscillations entre l'expression imageante et les digitalisations verbales. L'ensemble représente habituellement un jeu entre des niveaux logiques différents, dans le contexte d'une crise collectivement affrontée. Ainsi se constitue le système thérapeutique.

Le psychiatre-psychothérapeute uruguayen Mario Berta a mis au point une technique «imagogique», selon son terme, qui permet l'obtention directe d'images latentes et, dans un second temps, un dialogue d'élucidation à leur propos (3). Sa formation à l'approche symbolique imagée remonte à des échanges avec Jung et avec Robert Desoille. Ce dernier a créé une méthode d'intervention psychologique directe au niveau de l'imaginaire, le Rêve éveillé dirigé (5).

Dans le si vaste domaine des soins psychologiques actuels, l'abord «respectueux» des productions imagées, c'est-à-dire plus empathique que psychanalytique, fait constater *le caractère en quelque sorte intemporel* de l'image vécue. Lorsqu'un thérapeute peut travailler au niveau de la représentation formelle (gestalt) et du sentiment qui l'accompagne, il reçoit d'une part des informations concernant la spécificité propre du patient par rapport à son passé, et d'autre part il peut obtenir des impressions, confuses et à préciser, concernant *le devenir latent*.

Avec la notion d'anticipation, soit en psychopathologie (J. Sutter, 7), soit dans l'approche psychothérapique (M. Berta), s'ouvre devant nous une porte captivante. Ceci répond à une de nos interrogations essentielles. Nous avons appris à rechercher le changement, en maintenant la crise ouverte et en prescrivant le symptôme, afin d'utiliser au mieux les ressources de nos patients et des familles. Malheureusement, cette entrée dans la crise existentielle d'un individu, d'un groupe familial et, aussi, d'une institution, si elle nous apporte la chance éventuelle du changement, nous conduit au risque de la confusion. Favoriser le dépassement créatif dans les doubles liens (G. Bateson), ou encore favoriser plutôt les «catastrophes constructives» que «destructives» (R. Thom, 8) nécessite un génie qu'il faudrait certainement soutenir par des techniques appropriées, selon le texte de Bateson cité en exergue.

Dans le travail systémique institutionnel, à la complexité familio-individuelle s'ajoute de façon écrasante les complications groupales, sociales, technologiques,

intersystémiques, etc. Nos efforts se heurtent aux analogies symptôme-famille-institution, dues à des contaminations (J. Maisondieu, 6), rapidement cristallisées. Ceci est caricatural en psychiatrie institutionnelle de l'adulte et se retrouve dans le travail social et, même, dans toute institution médicale concernée par exemple par les maladies chroniques. Les doubles liens et les injonctions paradoxales accentuent l'objurgation complexe dans ces domaines, bien vue par J. Haley: «Contrôlez et soignez!»

Dans nos systèmes bloqués, l'anticipation d'une évolution positive fait habituellement défaut. Tout pousse à se limiter aux changements de niveau I. Les «coups de génie» ratés succèdent à ceux qui ont réussi. L'intervenant ou l'équipe manquent habituellement d'un champ d'hypothèse suffisamment complexe pour répondre à chaque situation particulière. Une utilisation habituelle de l'Epreuve d'Anticipation peut répondre à ce type de problème, manifestement crucial. L'aide des images trouve là un emploi captivant.

L'Epreuve d'Anticipation de Mario Berta

La clé de ce test projectif réside dans cette idée: *en toute crise existentielle prend place un refus du devenir*. A ce niveau, le symptôme doit alors être considéré comme une tentative confuse de communication sur ce thème. La possibilité de dépasser ce brouillard expressif se manifeste lorsque le thérapeute obtient de son patient des formulations imagées contrastées, grâce à une procédure technique spécifique. Ce test aborde la crise conceptuelle en différenciant les images des valeurs vécues et celles des contre-valeurs, *symboles positifs et symboles négatifs ainsi distingués*. Selon la pratique de M. Berta, le refus et la crainte du changement existentiel en cours bloquent les capacités prospectives du client. Un réflexe de facilité et d'idéalisation conduit en fait à la répétition du symptôme. A l'opposé, la confrontation aux valeurs négatives, induite et assistée par le thérapeute, la néantisation, peut faire découvrir des issues potentielles.

Donc, selon l'idée claire et simple de Mario Berta, le patient en crise vit ceci: «Je refuse actuellement d'être celui que je suis.» Le patient est à la fois fasciné par le facile positif et effrayé par le rebutant négatif. Incapable de percevoir les éléments du changement latent, il refuse certaines informations qu'il possède à ce niveau. Ou encore, disons qu'il refuse de puiser dans le négatif sa solution de la crise. Il lutte contre cette loi éco-systémique: «Le neuf ne peut naître que du bruit», *c'est-à-dire de ce que je perçois, à cet instant et dans cette situation, comme un non-sens menaçant*.

La méthode consiste donc à obtenir des images actuelles, contrastées en positives et négatives. La «force mentale» des images, ou disons plutôt *leur qualité néguentropique de croissance existentielle* deviendra étonnante si se met en route la distinction dialectique entre l'idéal et le néant, puis si l'intervenant conduit une confrontation dialoguée, en particulier au niveau des expressions imagées négatives.

La structure de cette situation projective propose donc une forme de dialogue. La première étape réside en l'obtention des images, avec leurs éléments qualitatifs,

et la seconde dans leur commentaire en face à face. Dans une situation duelle, par exemple avec un patient névrotique, le processus du dialogue consiste d'abord à laisser le sujet se confronter à ses images positives, idéalisation assez agréable à percevoir pour lui. Puis l'intervenant soutient la confrontation bien plus délicate avec le négatif. Ici, il s'inspire de la formule: «Tu es celui que tu te refuses d'être en ce moment.» Plusieurs séances peuvent être nécessaires.

Un élément crucial pour cette production projective réside dans l'entrée simultanée du client et de l'intervenant dans l'imaginaire. La première consigne est, en effet, celle-ci: «Si je vous donnais une nouvelle vie, *que souhaiteriez-vous être avant tout?* Choisissez parmi tout ce qui existe, à l'exception d'un être humain.» Ces derniers mots engagent le processus projectif hors de l'inertie relationnelle ou narcissique. L'intervenant conseille de laisser venir les images, probablement inattendues, et de les exprimer verbalement le plus spontanément possible. Il écrit simultanément les réponses dans leur détail. Ensuite, la seconde consigne sera: «Si je vous donnais une nouvelle vie, *que ne voudriez-vous absolument pas être?* Pensez à tout ce qui existe, *sauf un être humain.*»

Ce décrochage ayant placé le client sur la pente projective, M. Berta induit ensuite une succession d'oppositions imagées. Chacune comporte son vécu simultané, sentiment qu'il faut faire préciser immédiatement. Dans ce but, l'intervenant sollicite le client pour obtenir des qualificatifs. Chaque image est ainsi communiquée *avec le sentiment qui l'accompagne*, valeur ou contre-valeur, telle que le client l'éprouve, spécifiquement, au moment même.

L'Épreuve d'Anticipation aboutit aussi à un «planigramme d'anticipation» qui présente l'ensemble des apports. Ceci permet la lecture aisée des détails. Leur présentation d'ensemble en un tableau favorise cette confrontation (cf. l'exemple ci-après).

Lorsque la situation relationnelle est difficile, ou quand la question critique est insuffisamment précisée, l'épreuve peut s'arrêter au bout de quatre ou de six images. Un ensemble à huit images présente la complexité la plus riche. Tout ceci est si possible obtenu à un rythme continu dans un temps bref, une dizaine de minutes pour cette partie projective. La participation du client doit donc être entretenue par des sollicitations attentives et adroites de l'intervenant. L'apparition des images s'accompagne d'une forme d'«hypnose sans hypnose», ou d'une confusion légère, très caractéristique du travail imagogique dans cette épreuve centrée sur la croissance existentielle du client.

M. Berta, au-delà de sa pratique du Rêve éveillé dirigé de Desoille, et simultanément à la mise au point de son test, a créé d'autres techniques imagogiques, telles que «l'activation pictographique» et «l'activation kinétique», par exemple. Il utilise son Épreuve d'Anticipation également dans l'«analyse du transfert et du contre-transfert». *Cette dernière formulation s'applique à notre pratique de contrôle de cas dans les institutions, sujet principal de cette recherche.* Voici donc maintenant une observation détaillée.

L'aide aux intervenants institutionnels apportée par l'Épreuve d'Anticipation

Un groupe de formation-contrôle réunit la majorité d'une petite équipe travaillant dans un hôpital de jour pour enfants. Une soignante présente le cas de

Mariline V., 7 ans: important retard de langage, énurésie, jeux d'attouchements sexuels en collectivité infantile. Non scolarisable, elle fréquente depuis plusieurs années cet hôpital de jour. Elle oscille entre l'isolement rêveur, des bizarreries relationnelles et la réponse paradoxalement vive et rapide aux propositions d'activité ou surtout de jeu. A la maison, toute la famille la comprend, alors que le handicap verbal, entre autres, empêche les contacts extérieurs. Monsieur V., le père, 38 ans, s'occupe d'une petite entreprise de pierre de taille. Il a dû modérer son activité à la suite d'un infarctus. Il est décrit comme secret, «actif-anxieux». Madame V., employée d'administration à mi-temps, est à la fois rigide et vive, d'une sociabilité assez superficielle, et très intervenante dans la situation, à la différence de son mari. En particulier, elle exerce un contrôle étroit sur le corps de la fillette, surtout dans la zone génito-urinaire. Il semble que ceci remonte à une infection urinaire grave avec hospitalisation, survenue chez Mariline à l'âge de un an.

Les soins psychologiques ont commencé à 3 ans $\frac{1}{2}$ et se poursuivent auprès d'une psychothérapeute et d'une orthophoniste. Une première intervention au niveau familial a eu lieu initialement. Elle s'est arrêtée après la deuxième séance. Cette exploration a montré surtout un conflit grave entre les deux familles d'origine avec rupture définitive à ce niveau générationnel. Chaque conjoint garde de son côté des contacts espacés et rituels.

A 5 ans, Mariline est admise à temps partiel à l'hôpital de jour. L'observation éducative entreprise est simultanée à la poursuite des soins antérieurs, externes à l'institution. Des entretiens familiaux sont organisés à un rythme mensuel, avec les parents, l'enfant et des intervenants de l'hôpital de jour. C'est dans ce cadre que Madame V. révèle un secret à son mari et à l'équipe. Sa mère a donné naissance tardivement à une fille atteinte de mongolisme, qui est décédée jeune. Madame V., âgée de 18 ans lors de cette naissance, et son propre père avaient insisté auparavant en faveur d'un avortement.

Au fil du séjour institutionnel, ces deux dernières années, les relations se sont améliorées dans leur ensemble. Mariline fait de nets progrès de langage, aime dessiner et sait attirer l'attention de l'ensemble de l'équipe par le développement de sa spontanéité. Les parents manifestent toutefois une importante difficulté de communication réciproque. Madame V., pour sa part, malgré une meilleure disponibilité, montre épisodiquement des comportements étranges vis-à-vis de Mariline: elle l'emmène à Lourdes, lui passe la peau du bas-ventre à l'iode, l'habille avec des vêtements vieillis qui rappellent le temps de sa propre sœur mongolienne, morte, tout en induisant chez sa fillette un maquillage étonnant. L'agressivité de ces conduites semble lui apparaître un peu plus clairement. Monsieur V. montre un retrait persistant. Tout en venant volontiers aux entretiens collectifs, il évite les contacts spontanés avec l'équipe. Sa femme ne lui laisse pas la parole dans le groupe et tient souvent, en aparté, des propos péjoratifs à son égard.

Certes, l'équipe a l'impression que les conjoints «vivent avec» et «s'arrangent comme ça». Monsieur et Madame V. ont fait une tentative sans lendemain de thérapie conjugale. La question se pose dorénavant: comment ce couple peut-il évoluer, au moins un peu, pour faciliter l'évolution de Mariline? Posée telle que, la question recueille le consensus du groupe présent. Une des «stagiaires» accepte alors de réaliser pour nous tous une Epreuve d'Anticipation sur ce thème.

Voici donc le «planigramme d'anticipation» obtenu grâce au test face à cette question: *comment pouvons-nous mieux comprendre le couple de ses parents, pour aider Mariline dans son évolution actuelle?*

LE COUPLE DES PARENTS DE MARILINE

<p>1. <i>Que souhaiteriez-vous qu'il soit?</i> <i>Un voilier qui vogue.</i> Léger, fluide, dynamique, libre. Voilà le couple idéal, tel que je l'imagine.</p>	<p>2. <i>Que refuseriez-vous qu'il soit?</i> <i>Un boulet.</i> Quelque chose de lourd. Ça vous retient, c'est la prison. C'est sombre, noir, triste.</p>
<p>4. <i>Qu'est-ce que l'inverse du voilier?</i> <i>Le boulet. Ou une image affreuse. Je ne sais pas pourquoi. Un lépreux qui rampe. C'est l'horreur.</i></p>	<p>3. <i>Qu'est-ce que l'inverse du boulet?</i> <i>Un oiseau.</i> Ça ressemble au voilier, les mêmes choses. Indépendant. C'est beau, clair, dans le ciel.</p>
<p>5. <i>Donnez les qualificatifs inverses de ceux donnés en 1.</i> Lourd, compact, statique, enchaîné. <i>Quelle image résume ceux-ci pour vous?</i> Un truc à jeu statique. Oui: <i>un flipper.</i></p>	<p>6. <i>Donnez les qualificatifs inverses de ceux donnés en 2.</i> Léger, libéré, clair, joyeux. <i>Quelle image résume ceux-ci pour vous?</i> <i>Une bulle.</i></p>
<p>8. <i>Quel est l'inverse du flipper?</i> <i>Une voile.</i></p>	<p>7. <i>Quel est l'inverse de la bulle?</i> <i>Une pierre.</i></p>

Planigramme d'anticipation selon la méthode de Mario Berta.

Cette épreuve aisément acceptée et rapidement conduite, laisse «un peu perdue» la soignante qui la réalise pour nous. Peut-être est-ce un reflet assez exact de la confusion critique créée par les relations incertaines de ces conjoints en difficulté et, peut-être aussi, la soignante parle-t-elle quelque peu d'elle-même. Quoi qu'il en soit, le travail avec elle et le groupe, pendant trois quarts d'heure environ, comporte des échanges spontanés et congruents, riches d'aperçus, de souvenirs ou d'hypothèses concernant Monsieur et Madame V.

Voici un résumé de cette confrontation *hic et nunc* avec ces huit images, qui symbolisent les relations dans ce couple et alentour.

Le formateur rappelle tout d'abord la classification simple de ces données:

- *des images positives*, idéalisées: 1. Le voilier, 3. Un oiseau, 6. Une bulle, 8. Une voile, avec leurs valeurs de mouvement, de vol aérien, de légèreté, belle idéalisation du couple;
- *des images négatives*, néantisées: 2. Un boulet, 4. Un lépreux qui rampe, 5. Un flipper, 7. Une pierre. Elles apportent des contre-valeurs: lourdes, closes, dramatiques, inertes.

Voilà donc plutôt ce avec quoi nous allons travailler, *le négatif*. Derrière ces craintes, *ce qui nous fait peur ici*, peut-être découvrirons-nous certaines réalités potentiellement évolutives. Peut-être trouverons-nous la voie pour la recherche d'autres informations à leur niveau. Les symboles idéalisants peuvent être effacés du tableau. Ils nous intéressent peu à ce stade exploratoire d'une situation collective où le pathologique, malgré les bonnes volontés, l'emporte. La tâche des intervenants est de percevoir au mieux ce qui peut se trouver au-delà de ce qui menace leur projet évolutif.

Les images négatives sont donc fortes, lourdes, closes et certes vécues comme dramatiques par le groupe. Le formateur précise: «Ce couple va peser sur vous, par son inertie. Vous travaillez avec des gens qui vous font peur et, peut-être même, qui sont contagieux. *Mais il ne s'agit aussi que de la représentation brute, peu explorée, que vous avez d'eux*. Notre travail ensemble maintenant consiste à voir de plus près les contre-valeurs et à découvrir concrètement certaines possibilités dans leurs aspects négatifs eux-mêmes.»

«Pierre, c'est positif», pour un membre du groupe qui ne connaît pas la famille. C'est solide. On peut bâtir. Monsieur V. est d'ailleurs «compagnon des tailleurs de pierre». L'intervenante qui le connaît bien précise: «Pour moi, la pierre c'est Monsieur V. Il est vulnérable, mais il a organisé une carapace par rapport à sa femme.» Quelqu'un d'autre a bien perçu aussi le côté sensible, caché, de cet homme. Une pierre ça peut être fragile. Il ne s'exprime pas. Il souffre.

Le formateur demande: «Et Madame V., dans ces images que peut-elle être?» L'intervenante qui a fait le test répond: «Je la vois comme la boîte à jeu, le flipper. Elle ne fait que réagir, comme lorsqu'on presse un bouton. Son apparente activité, c'est une forme stérile d'agitation.»

Parlons de l'horreur, de cette image d'un lépreux. Un membre du groupe reconnaît le sentiment que lui donne le maintien de la sœur morte dans le vécu familial. L'horreur est que Mariline soit habillée avec des vêtements vieillots, qui sont peut-être ceux de la mongolienne morte: «Ça ressemble à un film d'horreur.» On peut aussi placer ici les manipulations de Madame V. sur le corps de sa fille. Quant au boulet, c'est peut-être le père mais peut-être aussi Mariline qui retient toute l'attention de ses parents sur elle.

Dans la suite de cette discussion, il apparaît que la relation du couple dans le système thérapeutique semblerait peut-être évoluer, ces derniers temps. La mère se veut très proche de l'équipe. Le père conduit souvent sa fille aux séances, mais il reste figé dans sa voiture tout le temps de celles-ci. De plus, la mère essaye de venir sans lui aux entretiens collectifs. L'équipe tient bon et déplace les rendez-vous lorsque le père est censé «ne pas pouvoir venir», selon la mère.

Le groupe présente donc des faits un peu plus nuancés concernant les parents. Madame V. possède malgré tout une relative solidité. Même en difficulté autour de Mariline, le couple fonctionne encore. L'un et l'autre semblent en train de manifester une certaine «croissance». Madame a l'air moins brusque et moins sthénique. Monsieur fait percevoir des sentiments derrière le masque. L'équipe perçoit qu'il importe d'aller dans ce sens, en utilisant ces minces indices.

On dit finalement que Mariline possède elle aussi des potentialités évolutives. D'abord elle est jolie. Elle aime la vie de groupe. Une aide scolaire, nouvellement

prévue, va prendre place dans les soins. Ceci permettra peut-être une moindre intrusion des problèmes parentaux dans les relations entre Mariline et l'institution où elle progresse bien, en ce moment.

Commentaires

A travers cet exemple et cette intervention, les capacités projectives de l'Épreuve d'Anticipation apparaissent clairement. La plupart des tests projectifs connus ne possèdent ni cette simplicité concrète d'exécution, ni son entrée directe dans le dialogue. Enfin, la présence décodable des éléments problématiques ouvre un accès très nuancé vers une dynamique individuelle ou de groupe.

La présentation du test par son créateur apporte tous les approfondissements nécessaires. Persuadé de ceci, je l'ai souvent utilisé depuis une dizaine d'années. Après des contacts personnels avec Mario Berta, j'ai simplifié la présentation formelle qu'il proposait initialement et, en particulier, j'ai suivi son conseil récent pour un passage direct entre les items 2 et 3, puis 6 et 7, ce qui favorise la continuité de la production symbolique (4).

Une difficulté principale concerne le praticien du test. Lorsqu'il s'agit de faire passer un test projectif directement inclu dans un processus de type psychothérapeutique, l'expérience prolongée du thérapeute et sa connaissance de la diversité des situations explorées jouent un rôle crucial dans la réussite même de chaque épreuve. Ajoutons à cela un goût et un respect spécifiques du praticien pour le vaste monde si étrange des images. Dans l'emploi proposé ici, le contrôle de cas systémique institutionnel, la difficulté consiste à formuler d'abord clairement la crise vécue dans le système thérapeutique. Ici, par exemple, le couple parental est choisi comme zone d'exploration dans la mesure où le travail de réflexion sur le cas a conduit l'équipe et le superviseur à ce questionnement.

Peut-être va-t-il s'agir de la seule bonne question, dans la mesure où elle reflète bien le foyer de la crise du système thérapeutique et où un des membres du groupe se montre capable d'assumer cette partie imagogique de l'exploration, l'Épreuve d'Anticipation réalisée devant le groupe. En effet, une autre difficulté encore va naître des rétroactions immédiates du groupe, pendant la production même des images par le volontaire: rires gênés, dialogues dans le groupe, suggestions intrusives, etc. Tout l'art du formateur contrôleur consiste donc à la fois à bien percevoir le vécu imagé représenté, et à protéger vis-à-vis de ces jeux du groupe le sujet en cours de symbolisation.

Ici, l'anticipation obtenue concerne le travail collectif d'une équipe. Ailleurs ce sera un groupe plus hétérogène. De toute façon, le dépassement du blocage décrit avec le cas étudié est possible dans la mesure où le groupe partage la confuse perception d'un changement possible.

Dans la discussion générale, autour des images, lorsque la banalisation ou le pessimisme sont laissés de côté, des informations nouvelles apparaissent, dites par le ou les participants connaissant le groupe familial étudié. Certains détails, jusque-là «jettés avec l'eau du bain» dans le négatif, prennent soudain le rôle d'indices précieux. La clairvoyance intuitive qui caractérise l'approche systémique

se trouve rafraîchie, au-delà de ce que l'on observe dans la supervision ou le contrôle courants. Dans une situation de contrôle individuel, ou dans une application du test à soi-même, l'intervenant «coincé» découvre avec étonnement les ouvertures apportées par ce jeu avec le négatif, une fois ce dernier assumé.

Rappelons que l'«objet métaphorique *négatif* inducteur d'anticipation» (OMNIA) comporte de façon similaire un soutien offert par le patient institutionnalisé à la communication avec ses thérapeutes et sa famille (4). Ces méthodes analogiques jouent un rôle capital dans l'amélioration métacommunicative, dès qu'il est question de troubles graves conduisant vers l'institutionnalisation, non seulement le sujet mais aussi le groupe qui l'entoure.

Très généralement, l'induction à la croissance existentielle que comporte certaines images est un des éléments captivants de ce grand phénomène communicationnel que G. Bateson a dénommé *l'abduction* (2). Cette notion ou celle d'anticipation peuvent nous faire découvrir de nouveaux champs de recherche clinique et thérapeutique.

Discussion

Dans une recherche sur les changements thérapeutiques familio-systémiques, en particulier en institution, la rencontre avec le thème de l'anticipation était inévitable. Le pessimisme psycho-pathologique et social règne dans nos domaines. L'attention enfin portée — grâce à l'approche systémique — au *langage imagé*, aux *objets*, aux *espaces vécus*, ou encore à des modifications ou à des rétroactions *mimiques* légères ou progressives, tous ces faits observés dorénavant peuvent faire découvrir des processus évolutifs, seulement ébauchés dans nos contextes hyperhoméostatiques par les clients et les familles, et ceci mieux sans doute que «les mots d'emblée». Une fois que l'intervenant sait observer ces langages corporels et matériels, il devient mieux à même d'utiliser «les mots ensuite», ceux qui avec leur précision digitale soulignent, ou commentent, ou «connotent positivement». Parfois même ses propres changements analogiques métacommunicatifs, et le progrès de son authenticité, constituent la première ébauche de sa nouvelle réponse à un embryon de nouveau comportement-communication dans les relations entre le patient et sa famille.

Il faut encore ajouter qu'*une partie essentielle du travail institutionnel se déroule dans les échanges entre les soignants*, d'autant plus qu'il se centre sur les patients dans leurs relations avec leurs familles. Paradoxe, si l'on veut.

Malgré les apparences et au-delà de la bonne volonté d'équipe, de nouvelles méthodes et des techniques concrètes nous manquent cruellement. Plus l'approche familio-systémique nous introduit dans le foyer des crises, plus nos outils doivent s'adapter à la complexité vivante que nous recherchons, ce *système thérapeutique institutionnel* dont l'existence reste toujours incertaine. L'idéal qu'il représente sombre aisément dans la confusion, par l'insuffisance de notre confrontation lucide au négatif institutionnel.

Quant aux images, Mario Berta nous montre, à travers son test lui-même, qu'elles se caractérisent par leur inobjectivité fondamentale. Ceci vaut pour les

objets métaphoriques eux-mêmes. Souvent, leur négation d'eux-mêmes nous choque (4). Cette néantisation contaminée cède à ce seul fait: un sentiment «fort», accompagne chaque image ou chaque objet «fortement» négatif. Ceci concerne le thème crucial de la croissance existentielle.

Dans l'Épreuve d'Anticipation, la dialectisation proposée par M. Berta va séparer les valeurs et les contre-valeurs, grâce à la conduite d'une «Instrumentation du Mal» par le thérapeute. Avec l'idée des «images négatives», nous retrouvons l'idée de «mind», capacité mentale organisatrice et d'évolution, idée présente dans toute l'œuvre de G. Bateson. Le comble de la confusion, c'est-à-dire la situation de double lien, se situe à l'angle de la bifurcation de la crise soit vers la démence, soit vers l'invention (1). Ces mots évoquent donc autant de drames que de réussites ou de réussites que de drames. Nous retrouvons ici le thème évolutionniste batesonien et celui du cycle de vie de Milton H. Erickson, et donc le débat entre évolution, co-évolution, homéostasie, changement. Le travail avec le thème de l'anticipation et sa pratique clinique se situent à cette bifurcation où le clinicien est appelé par la crise.

Bateson nous rappelle que «l'explication de type cybernétique est toujours négative» (1). Certes le système ne peut fonctionner que s'il réintroduit ses erreurs comme correctrices dans ses actions. Ainsi, «le cours des événements est soumis à des restrictions». Ces restrictions aboutissent à des orientations.

Or, dans ce processus d'essais et d'erreurs, à un niveau aussi élevé pour nous que celui des choix existentiels, l'être humain doit se hâter de mettre à l'écart mille erreurs inexplorables! Comment percevoir vivement la solution?

Nous sommes heureusement doués d'un imaginaire, enrichi par des phénomènes de conscience et de culture. Cette association fait l'art, la religion, et l'artisanat de la psychothérapie aussi. Curieusement les images négatives, lorsque l'individu en cause parvient à les distinguer de celles qui lui font plaisir, lui apportent des solutions attendues-inattendues. L'information novatrice — dans son originalité foncière — ne peut naître que du bruit, pour l'informaticien. Pour le clinicien, *le neuf ne peut naître que du négatif vécu et repoussé, lorsque celui-ci devient vécu et accepté.*

Ceci concerne les difficultés projectives si constantes dans le travail systémique institutionnel. Si un contexte «est un schème inclus dans le temps», *il faut bien que demain soit présent aujourd'hui.* Lorsque ce système thérapeutique que nous voulons créer pour chaque cas dans notre institution devient quelque peu cohérent et découvre des indices évolutifs, il appartient aux intervenants de percevoir plus clairement ceux-ci et de leur apporter appui. Ceci nécessite l'accueil de formes a priori négatives chez le patient et alentour. Ce type de recherche peut se poursuivre, sa richesse nous comblera.

J.C. Benoit

C.H.S. Paul Guiraud
54, avenue de la République
F-94806 Villejuif Cedex

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1980): *Vers une écologie de l'esprit, II*. Le Seuil, Paris.
2. Bateson G. (1984): *La nature et la pensée*, Le Seuil, Paris.
3. Berta, M. (1983): *Prospective symbolique en psychothérapie. L'Épreuve d'Anticipation*, E.S.F., Paris.
4. Benoit J.C. et Berta M. (1988): *La pénombre du double*, E.S.F., Paris.
5. Desoille R. (1945): *Le rêve éveillé en psychothérapie*. P.U.F., Paris.
6. Maisondieu J. (1988): «Contamination». In: Benoit J.C., Malarewicz J.A., Beanjean J., Colas Y. et Kannas S., *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, E.S.F., Paris.
7. Sutter J. (1983): *L'Anticipation*. P.U.F., Paris.
8. Thom R. (1980): *Modèles mathématiques de la morphogénèse*, Christian Bourgeois, Paris.

THÉRAPIE FAMILIALE ET TOXICOMANIE*

M. SILVESTRE**

Résumé: *Thérapie familiale et toxicomanie.* — Expérience et traitement pour toxicomanes et leurs familles dans un centre de jour à Los Angeles, Californie. Mise en pratique du modèle de travail développé par Stanton et Todd sur une période de quatre ans et demi. Notion de travail avec patients sous injonction thérapeutique.

Summary: *Family therapy and drug abuse.* — Treatment experience with drug addicts and their families in an out patient clinic in Los Angeles, California. Application over a period of four and a half years of the treatment model developed by Stanton and Todd. Work with involuntary patients sent by the courts.

Mots-clés: Toxicomanie — Thérapie familiale — Hiérarchie familiale dysfonctionnelle — Injonction de traitement.

Key words: Drug abuse — Family Therapy — Dysfunctional family hierarchy — Involuntary patients.

Introduction

Ces propos sont basés sur mon expérience de directeur d'un Centre de Traitement pour toxicomanes dans une banlieue ouvrière de la ville de Los Angeles (USA) de janvier 1986 à juin 1990.

Ce centre est composé d'une équipe de trois thérapeutes à temps plein (niveau de formation professionnelle: maîtrise de psychologie), d'un thérapeute à mi-temps, d'un directeur/superviseur à temps plein et de deux stagiaires psychologues en fin d'étude.

En moyenne cinq cents patients sont vus annuellement, 90% d'entre eux sont envoyés par les systèmes judiciaires et de protection de l'enfance pour usage et possession de drogue. 10% viennent volontairement parce qu'ils réalisent qu'ils ont un problème et qu'ils ont besoin d'aide, la plupart viennent donc *sans une demande de soins*.

En moyenne, 60% sont de sexe masculin, 40% de sexe féminin et les âges varient entre 18 et 60 ans. Le niveau socio-économique est celui d'une population ouvrière et/ou défavorisée. Beaucoup reçoivent une aide financière de l'Etat pour

* Texte présenté aux 7^{es} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon, du 11 au 14 septembre 1991.

** Psychologue, Service de Traitement, d'Orientation et de Prévention Systémiques «S.T.O.P.S.», Esplanade du Pharo, F-13007 Marseille.

des raisons de chômage et/ou d'assistance pour parent célibataire. Approximativement, 60% sont de race noire, 35% de race blanche et 5% asiatique et/ou mexicaine.

Les drogues les plus utilisées sont la cocaïne sous forme de «crack» ou de poudre, puis l'héroïne et parfois le PCP (phénicyclidine: anesthésique animal). De plus, la consommation de marijuana et/ou d'alcool est un phénomène courant parmi la majorité des patients.

Support théorique

Une perspective systémique nous permet de considérer la toxicomanie comme ayant une fonction dans l'ensemble du système familial. Dans leur ouvrage «Family Therapy of Drug Abuse and Addiction», Stanton et Todd décrivent (p. 30): «... le cycle de la toxicomanie comme faisant partie d'un pattern familial comprenant un système homéostatique complexe de mécanismes de rétroactions qui servent à maintenir le toxicomane et aussi la stabilité du système familial. Le pattern interactionnel comprend généralement trois personnes et suit une séquence dans laquelle, quand le toxicomane va mieux, les membres du sous-système parental commencent à se séparer et quand il (le toxicomane) redevient problématique, ils détournent leur attention sur lui, au moins jusqu'à ce qu'il recommence à aller mieux, ramenant ainsi ce pattern au point de départ.»

La prise de drogue s'inscrit dans le cadre d'une tentative inappropriée d'un membre de la famille pour négocier son émancipation du système familial. En devenant toxicomane, il¹ quitte sa famille sans jamais la quitter. La prise de substance va le maintenir en contact très étroit avec sa famille d'origine pour des besoins matériels et émotionnels. Le but du travail thérapeutique avec la famille est donc d'aborder parallèlement à la prise de substance, la fonction du symptôme au sein du système familial. Il est bien entendu que ceci n'est qu'une construction théorique qui nous permet d'éclairer la toxicomanie sous un angle différent.

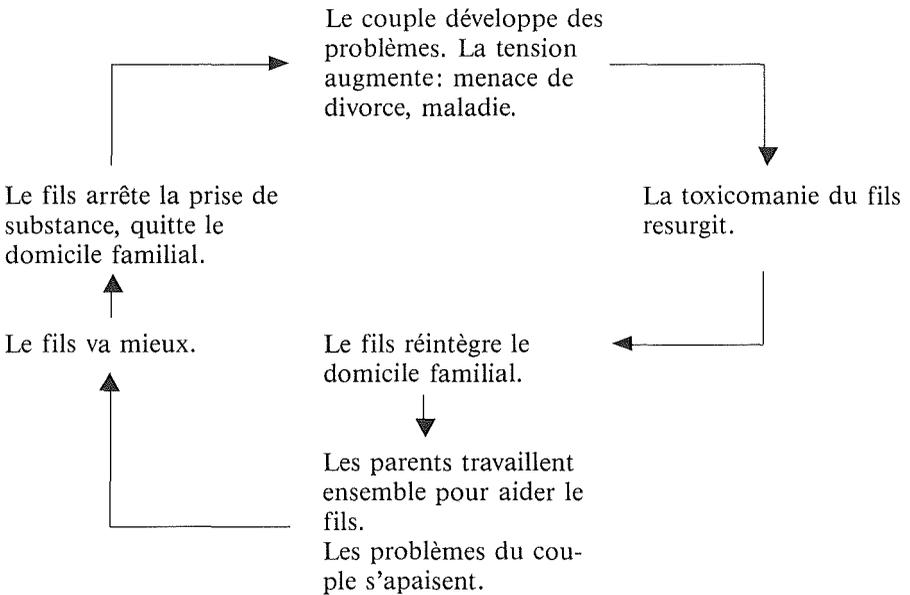
Une des caractéristiques propres à ces familles est la notion de «cycles de départs et de retours» qui existent entre le toxicomane et ses parents.

Le toxicomane va essayer à plusieurs reprises, souvent sans succès, de s'émanciper du système familial par une série d'emplois temporaires, et/ou une série de relations émotionnelles très instables. La prise de substance est une manifestation de cette impossibilité de quitter le système familial.

Les «départs et retours» prennent un sens particulier lorsqu'on les analyse dans le cadre du contexte interactionnel famille-toxicomane. Il est surprenant de constater que les départs correspondent à des périodes de crise dans cette même famille. Dans leur ouvrage, Stanton et Todd (5) font l'hypothèse que le départ du toxicomane est vécu par le sous-système parental comme une menace qui rompt l'équilibre structuré autour de ses parents et du patient. Le départ du patient désigné peut

¹ Pour des raisons de simplicité, nous considérons le patient comme étant de sexe masculin bien que la toxicomanie soit un problème propre aux deux sexes.

être une décision d'entrer en traitement, de faire une cure de désintoxication ou l'entrée dans la vie professionnelle. On observe alors très rapidement une crise au sein du sous-système parental: menace de divorce, perte d'emploi, maladie. La réponse du patient désigné à une telle crise prend la forme d'une rechute, d'une perte d'emploi, et d'un retour à la maison. Puis le cycle continue, le toxicomane essaie à nouveau de s'émanciper mais sans succès. Le toxicomane semble ainsi fonctionner comme l'élément qui permet à la relation père-mère de se maintenir en se polarisant sur son comportement dysfonctionnel. Stanton et Todd parlent alors du toxicomane comme fusible de la relation père-mère.



Il faut envisager plusieurs points: la prise de drogue, l'autonomisation du toxicomane et la restructuration de la famille d'origine. Le toxicomane doit pouvoir s'autonomiser et vivre de façon indépendante sans garder une fonction de maintien de l'équilibre du milieu familial. Parallèlement, la famille doit apprendre à vivre sans un membre toxicomane. La rupture d'un tel cycle est essentielle au succès du traitement thérapeutique.

Après avoir abordé le problème de la prise de drogue et obtenu un changement dans le comportement du toxicomane (ex.: arrêt de prise de substance pour deux semaines à un mois), le thérapeute doit aborder la relation qui existe entre les parents du toxicomane. Le toxicomane est vu comme triangulé au sein du sous-système du couple et son comportement comme la manifestation de cet équilibre particulier.

Jay Haley (2) emploie le concept de hiérarchie dysfonctionnelle pour décrire une telle organisation familiale.

Une réorganisation du système familial est alors nécessaire pour détriangler le toxicomane. Il s'agit de créer ou de re-crée une frontière plus précise entre le sous-système du couple et le toxicomane (1). Cette création de frontière se fera pendant et/ou en dehors des séances de thérapie familiale, par l'intermédiaire de prescriptions directes ou indirectes données à la famille (3).

Les séances de thérapie familiale et ensuite de thérapie de couple vont d'abord aborder le problème (abus de substance) et ensuite la fonction de ce problème (maintenance d'un certain équilibre familial) (1).

Le traitement s'articule autour de trois axes :

1. Arrêt de la prise de substance.
2. Démarrage d'activités régulières quotidiennes (emplois, études) qui permettent au toxicomane d'envisager un début d'autonomisation par rapport au milieu familial.
3. Départ du milieu familial: départ soit physique soit émotionnel.

La fonction du symptôme sera ainsi plus particulièrement mise en lumière lorsque de possibles conflits conjugaux seront abordés.

Les problèmes particuliers associés avec la prise de drogue, dépendance physique, physiologique, psychologique, déni, seront abordés dans des séances de thérapie individuelle et de groupe où le toxicomane sera confronté par d'autres toxicomanes ayant atteint des niveaux différents de sobriété.

Modalité de traitement

Le centre de traitement a adopté une position très claire par rapport à la prise de substance. Les patients sont informés dès leur arrivée qu'ils devront arrêter toute consommation de drogue et d'alcool pendant les six mois de la durée du traitement. S'il s'avère que ce n'est pas possible, une cure de désintoxication peut être envisagée, suivie d'un retour au centre de jour.

Les deux principaux axes de traitement sont la thérapie de groupe et la thérapie familiale systémique. Des entretiens individuels sont aussi prévus lorsque cela est nécessaire.

Thérapie de groupe

La thérapie de groupe est particulièrement appropriée en début de traitement. Elle permet au thérapeute de confronter le déni du patient et donne à celui-ci accès à un groupe de support très tôt dans son traitement. Les groupes sont composés de personnes ayant atteint différents niveaux de sobriété. Certaines viennent juste de commencer, d'autres sont en train de terminer. Les groupes sont mixtes. Au maximum, il y a quinze patients par groupe. Chaque groupe a son propre thérapeute et se réunit deux fois par semaine pour une heure et demie par séance. Ceci pour une durée de six mois en moyenne.

La durée prévue du programme est de six mois avec une possibilité d'extension jusqu'à un an.

Le groupe fonctionne pour le patient comme un outil à possibilités multiples :

1. Un outil de socialisation grâce auquel le patient peut réapprendre à exprimer ses sentiments, à partager ses soucis, sa souffrance avec d'autres personnes qui ont vécu une expérience similaire. Le but est de briser cet isolement communicationnel et relationnel dans lequel le toxicomane s'est enfermé.
2. Un outil cognitif grâce auquel des messages d'information, de prévention, d'éducation peuvent être relayés (ex. : information sur l'action de la drogue au niveau corporel, relation drogue-SIDA, etc.).
3. Un outil de traitement car il faut partager avec d'autres son vécu de toxicomane. Je rejoins ici un concept développé depuis longtemps par l'organisation des Alcooliques Anonymes à savoir que la première étape vers le changement consiste à parler à d'autres de sa dépendance et de la perte de contrôle de son existence face au produit.

Thérapie familiale systémique

La direction théorique du travail avec ces familles est fortement influencée par les travaux de Salvador Minuchin et de Jay Haley. Les notions de structure, frontières, sous-systèmes, hiérarchie dysfonctionnelle sont à la base de toute analyse clinique et de toutes interventions auprès de ces familles.

Les familles sont invitées à participer au traitement du toxicomane dès l'admission dans le centre. Leur participation est essentielle et le thérapeute déploie beaucoup d'énergie pour s'en assurer. Dans un grand nombre de situation, le père est souvent le membre le plus difficile à convaincre et le thérapeute doit alors l'inviter d'une façon très personnelle (ex. : coup de téléphone sur le lieu de travail, visite à domicile). Le thérapeute doit être très clair avec l'idée que la famille vient au centre pour **l'AIDER** à travailler avec le toxicomane. La famille ne doit pas ressentir une dimension blâmante ou culpabilisante de la part du thérapeute. La famille ne vient pas parce qu'elle est «malade», elle vient pour **AIDER** le thérapeute.

La fréquence des séances varie en fonction des familles. Certaines familles sont vues une fois par semaine, d'autres une fois toutes les deux semaines. Généralement en fin de traitement, les familles sont vues une fois par mois. Il est indispensable de pouvoir mettre en place un système de suivi qui permette au thérapeute de reconstruire les familles trois mois et neuf mois après la fin du traitement. Ce suivi est essentiel car il permet, d'une part, à la famille de pouvoir parler du changement et de ses conséquences et, d'autre part, au thérapeute de s'assurer que la famille continue son évolution vers un mode de fonctionnement libre de symptôme.

Lors de la première séance avec la famille, le thérapeute doit avoir un plan d'intervention très précis qu'il veut négocier : en particulier les trois points suivants par ordre de priorité (5) :

1. Le toxicomane doit arrêter la prise de toute drogue légale (ex. : méthadone) et/ou illégale.

2. Le toxicomane doit aussi rapidement que possible trouver un emploi, entrer dans un centre d'apprentissage, suivre des études.
3. Le toxicomane doit envisager un lieu de vie stable et autonome. S'il vit chez ses parents, il devra penser dans un futur proche à déménager et vivre seul ou avec des amis. (Ce troisième point n'est évidemment possible et réalisable qu'avec des patients en âge légal de le faire.)

Puisque la prise de drogue est le problème majeur dans une famille de toxicomane, le thérapeute doit poser une question essentielle dès le début: «Quand est-ce que le toxicomane va entrer en cure de désintoxication?» Cette question permet au thérapeute de négocier avec la famille «quand», «comment» et «avec qui» va se mettre en place la désintoxication.

Dans la majeure partie des cas, il s'est avéré très utile de mettre au point une cure de désintoxication à domicile. La famille fonctionne alors comme une équipe soignante pendant trois ou quatre jours; principalement pendant le week-end, d'un vendredi au lundi matin. Durant ce laps de temps, chaque membre de la famille a un rôle très précis à jouer, défini par le thérapeute: «qui - fait quoi - et - quand.» Cette technique est très appropriée pour les toxicomanes accrochés à l'héroïne et/ou à la cocaïne (le crack en particulier). Bien évidemment, il faut prévoir un support médical en cas de situation d'urgence. Néanmoins, pendant les quatre dernières années et demie, nous n'avons jamais eu besoin de faire intervenir ce support médical.

De nombreux avantages découlent de cette technique. Le plus important est le fait que la famille reprend un certain pouvoir sur la vie et la santé du toxicomane plutôt que d'abdiquer ce pouvoir envers une autorité médicale (centre de désintoxication). La famille (en particulier les parents) se sentira d'autant plus motivée à participer à de futures séances de thérapie familiale si la désintoxication à domicile a été un succès. Le thérapeute envoie un message très clair à la famille: «J'ai besoin de vous pour aider votre enfant et vous pouvez le faire.»

D'un autre côté, si le toxicomane a continué à prendre de la drogue pendant la période de désintoxication à domicile, il est intéressant d'un point de vue diagnostique de savoir quel membre de la famille a laissé volontairement ou involontairement le toxicomane prendre de la drogue. Cette information permettra de mieux comprendre la structure de la famille et la qualité des frontières entre chaque membre. Par exemple: qui était supposé surveiller le toxicomane pendant qu'il a consommé de la drogue? C'est-à-dire qui était de garde? Le père, la mère, le grand-père, la grand-mère...?

Si la désintoxication s'est faite en milieu hospitalier, il est nécessaire de mettre en place un suivi dès la sortie de l'hôpital. Il est même préférable de commencer la thérapie familiale sur le lieu de désintoxication avant le retour au domicile, afin de continuer le processus de changement et d'éviter un retour vers l'état d'équilibre antérieur.

Une autre dimension du traitement est l'analyse d'urine pratiquée totalement au hasard par l'équipe thérapeutique. Dans un premier temps, les patients doivent se soumettre à une analyse d'urine au moment de leur admission dans le centre. Cette analyse permet au thérapeute de connaître le ou les types de drogues prises.

Les analyses suivantes sont sous la responsabilité du thérapeute et doivent garder un rythme de hasard pour le patient. Le but de telles analyses est de s'assurer que le toxicomane a arrêté la prise de substance. Cette information est essentielle pour mobiliser la famille, empêcher les coalitions dysfonctionnelles et attaquer le déni.

Plus tard dans le traitement (autour du troisième ou quatrième mois), les résultats des tests sont utilisés par le toxicomane comme des renforts pour montrer à l'équipe thérapeutique et à sa famille qu'il est sobre et également pour se réassurer dans sa lutte contre la drogue.

Relation avec le référent

La majeure partie des patients étant en situation de non-demande, il a fallu mettre au point un mode de travail qui prenne en compte cet état de fait.

Le système thérapeutique doit être vu comme comprenant non seulement le patient désigné, le thérapeute mais aussi la famille et le référent. Le référent peut être soit un agent du service de probation, soit un travailleur social du service de protection de l'enfance. Il nous a paru essentiel de développer un réseau de communication avec le référent de façon à l'impliquer dans la démarche thérapeutique.

Si le patient n'est pas demandeur, alors le référent devient le demandeur pour que nous fassions quelque chose avec/pour son patient.

Par analogie avec le système familial, on peut dire que le toxicomane a à répondre à au moins «deux parents»: le thérapeute et le référent. Référent qui détient, en fait, le pouvoir de le renvoyer devant un juge avec peine de prison possible à la clé.

Pour éviter une situation contextuelle de triangulation dysfonctionnelle pouvant être similaire à celle observée dans la famille du toxicomane, il est nécessaire de faire en sorte que ces deux «parents» aient une idée commune, sinon très spécifique, du moins générale du but du traitement. En l'occurrence, l'arrêt de la prise de substance.

Ainsi, c'est la responsabilité du thérapeute de communiquer au référent l'information suivante concernant son patient :

1. Date d'entrée dans le programme.
2. Après trois mois de traitement, évaluation des progrès ou manque de progrès, résultats des analyses d'urine.
3. Résultat final après la durée des six mois de traitement.
4. Date de fin de participation dans le programme et la raison de l'arrêt de traitement.

Au cours de notre expérience, il nous est apparu que l'information qui satisfait le référent devait porter sur l'arrêt ou non de la prise de substance, la participation régulière ou non, et le résultat final. Le référent ne montrant aucun intérêt au contenu spécifique du traitement. Ceci laisse donc au thérapeute une marge de manœuvre très large quand au travail clinique avec le patient.

Il est primordial d'avoir un accord tacite entre les «deux parents» quant au but du traitement, à savoir l'arrêt de la prise de substance. L'absence d'un tel accord peut donner au toxicomane la possibilité de manipuler ces «deux parents» et créer un cadre de triangulation défavorable au traitement.

Nous avons constaté que cet état de fait est propre à tout travail thérapeutique mandaté par un juge quelque soit le problème présenté.

Support technique

La mise en place d'un tel programme ne se fait pas sans difficultés. La participation des familles, l'utilisation d'une glace sans tain, l'enregistrement vidéo des séances font que les membres de l'équipe thérapeutique doivent faire preuve d'une grande volonté d'apprendre et d'une souplesse de fonctionnement.

Il est primordial que se crée une atmosphère de respect et d'entraide, chaque thérapeute étant appelé à être observé et à observer ses collègues. L'échange d'information doit être valorisé et facilité de façon à éviter la création de sous-systèmes au sein de l'équipe qui pourrait se traduire par l'apparition de secret. Un secret au sein d'une équipe crée une situation de déséquilibre similaire à celle d'un système familial lorsqu'un des parents sait et l'autre ne sait pas. Le secret ouvre la porte aux manipulations du toxicomane qui crée un état de confusion au sein de l'équipe. Il est donc essentiel que tous les membres de l'équipe connaissent la direction thérapeutique suivie pour tel ou tel cas.

Des règles de fonctionnement très spécifiques limitent l'apparition des problèmes soulignés ci-dessus :

1. Une supervision régulière hebdomadaire ou bi-mensuelle de chaque membre de l'équipe par le responsable clinique du programme.
2. Une réunion hebdomadaire de toute l'équipe durant laquelle les cas sont discutés soit en supervision directe (derrière une glace sans tain) soit par analyse de bande vidéo.
3. Un échange constant, informel d'informations entre les différents collègues.

Conclusion

Quant aux résultats, nous n'avons pu, malheureusement, faire d'analyse précise par manque de moyens. Par contre, il nous est apparu que la moitié des patients abandonnait leur traitement durant les deux premiers mois, soit à la suite d'une prise de substance ininterrompue, soit à cause d'une participation très irrégulière voire inexistante.

Nous avons estimé que parmi l'autre moitié des patients, 80% en moyenne finissaient leur traitement de façon satisfaisante. Ce qui nous donnerait approximativement 40% de résultat avec cette population.

D'autres programmes de traitement qui n'utilisent pas la participation des familles comme support essentiel sembleraient obtenir entre 27% et 30% de résultat (5, p. 403).

Nos critères de succès reposent sur les trois points essentiels présentés à la famille et au toxicomane en début de traitement :

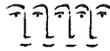
1. Arrêt de la prise de substance; d'où l'intérêt des analyses d'urine pour contrôler cet arrêt.
2. Activité journalière régulière (travail, études...).
3. Emancipation du milieu familial.

Nous n'avons pas de statistiques sur un suivi à long terme, mais c'est notre observation que la permanence du changement dépend pour une majeure partie de la participation ou non de la famille.

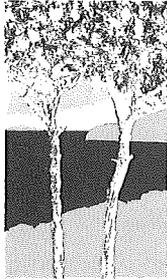
M. Silvestre
Service de Traitement, d'Orientation
et de Prévention Systémiques
«S.T.O.P.S.»
Esplanade du Pharo
F-13007 Marseille

BIBLIOGRAPHIE

1. Haley J. (1976): *Problem Solving Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
2. Haley J. (1980): *Leaving Home*, New York, Mc Graw-Hill.
3. Minuchin S. (1974): *Families and Family Therapy*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
4. Minuchin S. and Fischman H.C. (1981): *Family Therapy Techniques*, Harvard University Press.
5. Stanton D., Todd T. et coll. (1982): *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford.



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: Mony Elkaïm
Membres: Gianfranco Cecchin, Marcella de Nichilo Andolfi,
Hugh Jenkins, Camillo Lorio, Luigi Onnis, Rick
Pluut, Jacques Pluymackers, 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)

LE PROFIL PSYCHOSOCIAL DE LA FAMILLE MULTIASSISTÉE

M. FELZENSZWALB*

Résumé: *Le profil psychosocial de la famille multiassistée.* — Les familles multiassistées avec leurs problèmes complexes et multiples ont toujours présenté un défi spécial aux équipes de santé mentale. Ces familles sont victimes de plusieurs circonstances sociales, notamment des conditions économiques très difficiles, un manque de participation et d'intégration dans la communauté et un sentiment d'infériorité, de dépendance et de désespoir. Cet article explore les effets de ces circonstances sur les interactions internes de ces systèmes familiaux, sur leur structure, sur leur façon de communiquer, sur la manière dont celles-ci vivent leur affect et surtout sur le développement des enfants. On examine également le cycle vital de ces familles.

Summary: *The psychosocial profile of the multiproblem family.* — The multiproblem families with their innumerable complex problems have always represented a special challenge to mental health professionals. These families are subject to several social circumstances, such as a severe economic stress, a lack of participation and integration in the society and a sense of helplessness, dependence and inferiority. This article explores these circumstances' impact on these families' interactions, structure, communication processes, on the way they experience their feelings and, above all, on the children's development. We also examine these families' life cycle.

Mots-clés: Familles multiassistées — Contexte social — Structure — Affect — Cycle vital.

Key words: Multiproblem families — Social context — Structure — Affect — Life cycle.

Introduction

Les familles multiassistées, avec leurs problèmes complexes et multiples, ont toujours présenté un défi spécial aux équipes de santé mentale. On rencontre ces familles dans toutes les grandes villes à travers le monde. Elles ont en commun une lutte difficile pour survivre dans la société et dans cette croisade elles accumulent des rapports avec plusieurs systèmes sociaux. Ainsi, ces familles sont connues de la police, des tribunaux, des services d'action sociale, des services de l'emploi, des foyers et accueils spécialisés, des hôpitaux et d'autres services publics ou privés.

Face à ces familles, chacun des intervenants, dans les divers systèmes sociaux impliqués est pris dans l'amalgame des problèmes concrets liés à leur survie dans

* Psychologue-thérapeute familial.

la vie quotidienne et à leur désorganisation émotionnelle et psychologique. Minuchin (6) affirme que dans ces familles, la dynamique des comportements de survie et d'interaction est à tel point mélangée, qu'il est difficile de savoir si une situation déterminée relève de l'adaptation à une réalité sociale subie par la famille, ou si elle exprime principalement les phénomènes intrapsychiques.

L'attitude des intervenants vis-à-vis de ces familles est souvent celle d'essayer de résoudre d'abord les problèmes réels de revenu, de logement, d'emploi, de santé et d'éducation, avant de traiter les problèmes concernant les interactions et les relations familiales. Ainsi, ils dépensent énormément de temps, d'énergie et d'argent pour obtenir tout ce qui leur est nécessaire, pour constater avec beaucoup de frustration que, finalement, il n'y a aucune amélioration dans la capacité des familles à faire face à leurs problèmes, dans les rapports entre les membres de la famille et principalement dans leur envie même de changer.

Le résultat de ces démarches est l'épuisement de l'intervenant qui se sent vidé et qui commence à éprouver à son tour les sensations généralement attribuées à ces familles: le même manque d'objectif, le manque d'orientation, le besoin de résultats concrets et immédiats, une impression d'impuissance et de désespoir, ainsi que le même sentiment de désorganisation, de déception et une tension nerveuse insupportable qui pousse à la recherche (non récompensée) de soulagement immédiat.

Au cours des années, plusieurs moyens ont été essayés afin de rompre avec ce modèle et de créer des services adéquats pour les familles multiassistées. Cette recherche nécessite une meilleure connaissance de la structure, du fonctionnement et de la problématique spécifique de ces familles.

La famille multiassistée

La famille multiassistée est souvent victime de multiples circonstances sociales, notamment des conditions économiques très difficiles, un manque de participation et d'intégration dans la communauté et un sentiment d'infériorité, de dépendance et de désespoir. Quel est l'impact de ces circonstances sur l'organisation et l'interaction familiales et sur les rapports de ces familles avec la société et ses institutions?

Comme toutes les généralisations sur le comportement humain, les caractéristiques qui seront ici analysées ne s'appliquent pas à toutes les familles multiassistées. Chaque système familial est unique et doit être vu comme tel. Il y a chez ces familles autant de diversité qu'il y en a chez toutes les familles. Néanmoins, malgré de nombreuses différences, on trouve quelques caractéristiques communes chez les familles dites «multiassistées» (Minuchin, 6; Sackin and Raffé, 9; Greene and Orman, 3).

Ces familles illustrent l'échec réciproque de rapports stables et constructifs entre elles et la société. Il y a un non-engagement mutuel, sauf quand il y a des crises sociales, économiques ou de santé (Bandler, 1).

Elles partagent également un certain nombre d'idées préconçues: on n'a pas besoin d'elles, elles n'ont pas le droit d'exister, la société leur dit qu'elles sont

inutiles, elles sont persuadées que la société elle-même est en train de les détruire. Elles développent par conséquent un sentiment d'impuissance et de haine envers la société. Leur seul but est de survivre (Colon, 2).

Le contexte social de la famille multiassistée

Le chômage, l'alcoolisme, la violence, la drogue, la promiscuité et la prostitution accablent habituellement le quartier et la vie familiale. Les séparations, les divorces, les désertions, l'abandon et les mauvais traitements infligés aux enfants courent les rues (Stein, 10).

Cinq caractéristiques de base définissent ce contexte social :

1. **La privation**, c'est-à-dire la non satisfaction des besoins psychologiques, éducationnels, sociaux ou culturels.
2. **Le danger**, représenté par le monde intérieur des impulsions et le monde extérieur des comportements violents.
3. **L'excès**, à savoir, l'utilisation des comportements extrêmes et désorganisés.
4. **L'inconstance**, entendu comme le manque de rythme et d'un minimum de routine dans le quotidien.
5. **La passivité**, représentée par l'atmosphère de léthargie de l'environnement et par l'absence d'initiative dans les familles.

Ces caractéristiques marquent et influencent la croissance et le développement des enfants dans les familles qui, à leur tour, les perpétuent.

Elles produisent ce qu'on peut décrire comme étant un cadre typique dans ces familles où les activités sont déterminées par l'impulsion, sans aucune consistance. Les tâches ménagères sont commencées mais pas toujours finies. La mère peut rester au lit jusqu'à midi et les enfants sont laissés à eux-mêmes. Il n'y a pas d'heures régulières pour les repas. On ne mange presque jamais ensemble. Les enfants qui restent à la maison ne portent rien d'autre qu'une simple couche et ceux qui sont assez grands pour sortir restent dehors sans surveillance.

Les parents ne font pas de différence entre les enfants. S'ils se fâchent contre un, ils peuvent choisir de punir un autre, plus proche. Les enfants n'ont rien qui leur appartienne. Il y a très peu de communication verbale et quand elle existe elle n'est pas toujours claire. Quand les enfants grandissent, il n'y a presque pas de différenciation entre le rôle des parents et celui des enfants. Les besoins des parents deviennent impérieux et doivent être satisfaits comme ceux des enfants.

Les enfants apprennent très vite à se débrouiller seuls et arrivent à être assez malins avec les adultes pour obtenir l'attention, la protection, l'argent, la nourriture ou d'autres choses dont ils ont besoin. Ils savent également manipuler d'autres enfants pour avoir ce qu'ils veulent. Ils peuvent aussi garder des secrets et mentir pour protéger les parents (Pavenstedt, 7).

Parmi les caractéristiques décrites ici, l'*inconstance* des parents constitue l'un des aspects le plus marquant dans ces familles. Il n'y a pas de routine par rapport

aux repas, à l'heure de dormir, à la toilette, etc. Les petits enfants sont pris en charge par plusieurs personnes, la mère, les frères et sœurs, la grand-mère, les tantes, etc. On ne peut pas compter sur la présence physique et émotionnelle de la mère, souvent débordée par les autres enfants et la maison. La mère n'a qu'un désir: que les enfants grandissent vite pour qu'ils ne lui demandent pas davantage. Les petits enfants sont laissés à eux-mêmes durant des heures sans aucune stimulation, même s'ils pleurent.

Néanmoins, cette isolation peut alterner avec des baisers et des câlins assez passionnés.

La même imprévisibilité est présente par rapport au comportement des enfants. Ceci produit très souvent ce qu'on appelle la réaction de l'élastique: il y a une action, mais il n'y a pas de réponse; l'action est renouvelée, encore renouvelée, jusqu'à ce que l'élastique arrive au but de son élasticité; alors la réponse vient avec beaucoup de violence, une violence inouïe. Cette réponse de la part des parents n'a pas toujours une liaison claire avec l'action menée par l'enfant. L'enfant sait au moins que la réponse viendra et éprouve ainsi d'un côté l'absence de réponse et, de l'autre, l'excès, sans rien au milieu (Minuchin, 5).

L'enfant répète donc l'action ou en augmente l'intensité pour obtenir une réponse. Le besoin d'une réponse devient plus important que la nature même de cette réponse, ce qui perpétue une situation où un parent débordé répond d'une façon irrationnelle à un enfant confus qui agit de façon à assurer un contact avec quelqu'un qui pourrait le contrôler. L'enfant est donc orienté vers l'action; il est impulsif et confus.

Le fait que les parents ont eux également grandi dans un milieu identique fait que ces familles sont, en fait, des *familles d'enfants*. Il existe une constante rivalité entre les parents et les enfants. Les besoins des parents précèdent parfois ceux des enfants.

Les enfants sont ainsi brisés par une insuffisance maternelle, et vont donc avoir du mal à materner leurs propres enfants. *Et le cycle se répète.*

En conséquence, on trouve dans ces familles un état assez marqué de *dépendance*, c'est-à-dire des parents qui essaient d'être pris en charge par d'autres. Parfois, c'est aux enfants qu'ils le demandent, souvent à la société.

Les femmes dans leur quête permanente d'une figure maternelle tendre et dévouée s'attachent rapidement, à travers des rapports sexuels, ce qui amène très souvent des grossesses précoces. Néanmoins, les résultats sont généralement décevants, car les personnes choisies ne peuvent jamais remplir les attentes magiques d'élimination immédiate de toutes les souffrances.

Ces familles ont toutes reçu de l'aide publique sous plusieurs formes, ainsi que leurs parents l'ont reçue avant eux. Les rapports avec les intervenants sociaux sont marqués par la même méfiance, qui imprègne tous les aspects de la vie de ces familles. Toujours dans la crainte d'une rebuffade douloureuse, il leur faut maintenir une distance et surtout éviter des rapports soutenus avec les autres, soit leur propre conjoint, leurs enfants, leur famille élargie et tous les intervenants et systèmes sociaux. Les rapports sont donc éphémères, superficiels, souvent virulents et généralement non satisfaisants. Les systèmes sociaux ont tendance à prendre en charge la famille, renforçant ainsi sa dépendance.

Les jeunes adultes n'ont pourtant pas une identité propre et n'ont jamais pu se forger une image d'eux-mêmes. Le fait d'avoir des enfants leur donne finalement une identité, un foyer et surtout le sentiment d'avoir enfin une appartenance, des racines. Ce sont donc les enfants qui organisent les relations entre les adultes et qui donnent une raison à l'existence des parents. Cependant, une fois qu'ils élèvent leurs enfants, ils s'accrochent à eux comme à une drogue et, comme tous les drogués, ils passent leur vie à haïr et à désirer les objets (enfants), auxquels ils se sont attachés d'une manière impulsive.

A cause du manque d'identité, ces parents n'arrivent pas à développer un sens de la famille et de lui appartenir. Les parents ne se perçoivent pas comme ayant une fonction active dans l'éducation et le contrôle des enfants. Les enfants ont le sentiment de n'appartenir à personne étant donné que ce qui leur arrive dans la vie n'est généralement pas la conséquence des consignes directes de leurs parents. Il y a une apparence de famille mais il n'y a pas une conscience de famille (Rabinowitz, 8).

Le résultat de cette succession de démarches est une attitude de désespoir et d'impuissance. Les familles multiassistées se distinguent par le fait qu'elles ne peuvent plus lutter contre leurs échecs (Tonge, 11). Leur attitude signifie que pour eux rien n'a plus d'importance, et qu'eux-mêmes ne se rendent plus compte de ce qui leur arrive. Les gens ignorent tout ce qu'ils ne parviennent pas à maîtriser: la pauvreté, les règles imposées par la société et la planification à long terme. Leur comportement devient aléatoire, désorganisé et peu effectif. Les caractéristiques d'une situation de crise apparaissent: l'apathie, l'impulsivité, l'agressivité; les décisions ne sont prises que pour le présent immédiat. La pression d'agir, de faire quelque chose, est si intense qu'elle élimine la réflexion. Leur tension ne peut être soulagée que par l'action explosive ou par l'utilisation de sources externes (drogues, alcool).

Ces caractéristiques marquent de façon très forte les interactions internes de ces systèmes familiaux, leur structure, leur façon de communiquer, ainsi que la manière dont celles-ci vivent leur affect.

La structure de la famille

La structure de la famille multiassistée est, principalement, caractérisée par les aspects suivants:

1. Ce sont très souvent des familles mono-parentales; généralement c'est la mère qui assure la continuité à travers une succession de figures masculines non stables.
2. La nature et l'utilisation du pouvoir parental est très chaotique: les parents peuvent être à la fois très autoritaires et répressifs, ou complètement débordés, voire totalement passifs.
3. Le sous-système couple est très mal délimité. Le couple conjugal fonctionne plutôt comme couple parental. L'identité est trouvée à travers le rôle des parents. Tout s'articule autour de l'axe: «*Toi et moi autour des enfants.*»

4. Les fonctions exécutives sont soit complètement abandonnées, soit déléguées implicitement ou explicitement à un enfant plus âgé. Il y a alors émergence d'un élément très important dans ces familles: l'enfant parentifié, qui n'est pas toujours prêt à assumer ce rôle. Néanmoins, il arrive à aider ses frères et sœurs dans leur besoin d'attention et de support.
5. Le sous-système des enfants est ainsi très importants en tant qu'agent de socialisation. Il révèle une cohésion assez forte chaque fois que cela se montre nécessaire. Il y a une rupture dans la communication parents-enfants et le sous-système enfants a une tendance à s'opposer au contrôle parental. Les sous-groupes enfants agissent en dehors de la connaissance et du contrôle des parents. Les parents ne se sentent pas responsables de ce que font les enfants.
6. Il arrive très souvent que les filles aient des enfants très tôt. Toutefois, elles ne sont pas capables d'assumer leur rôle de mère. Ce rôle est donc délégué à leur mère, qui prend ces enfants comme s'ils étaient ses propres enfants. Cela implique qu'il n'y a pas changement de rôles, ce qui perpétue la désorganisation et empêche la possibilité de croissance dans le système familial (Minuchin, 6).

Les processus de communication

On peut observer dans ces familles une méconnaissance des règles implicites qui régulent la communication. La communication est donc marquée par des interruptions fréquentes, par le fait que tous parlent en même temps, ainsi que par un changement rapide de sujets. Personne n'écoute l'autre ni ne s'attend à être écouté. Il y a une constante augmentation de l'intensité vocale pour attirer l'attention. Les enfants s'aperçoivent très vite que le volume du son produit plus d'effet que la qualité des sujets abordés.

Le vocabulaire est souvent pauvre, et tourne autour d'un contenu chargé de thèmes agressifs et dirigés contre la société.

La communication entre les mères et les enfants est généralement composée de «ne fait pas ça», rarement accompagné du pourquoi, ce qui ne permet pas aux enfants de comprendre la raison de l'interdiction et, subséquentement, de généraliser l'expérience. Plus grave encore, la réponse de la mère au comportement perturbateur d'un enfant est souvent étendue à tout le groupe, ce qui empêche une évaluation juste du comportement, entraîne la diffusion de la responsabilité et l'absence de culpabilité. Les messages des mères valorisent très rarement ce qui est positif, c'est-à-dire les tentatives de changer, de grandir, de réussir.

Les interactions entre frères se situent toujours autour du pouvoir. Ils essaient de résoudre les conflits à travers une succession d'échanges de menaces, accompagnées de gestes de force. Les sujets sont rarement épuisés et réapparaissent dans d'autres contextes, dans une autre lutte pour le pouvoir.

La communication est caractérisée par le fait que les messages sont *relationnels* et non de contenu. La majorité des échanges verbaux exprime un message «*moi par rapport à toi*». Les tentatives de définir les positions interpersonnelles passent d'un sujet à l'autre et les changements de contenu sont plutôt illusoire.

La socialisation de l'affect

Les interactions entre les membres de familles multiassistées sont du type «tout ou rien», c'est-à-dire qu'elles peuvent évoluer du désengagement total à l'enchevêtrement intense et le changement d'une modalité à l'autre survient sans qu'on puisse clairement en déterminer la cause. L'enchevêtrement se produit surtout autour de deux pôles affectifs: l'agressivité et les soins.

Il est très rare dans ces familles que l'on parle de ses sentiments ou que l'on réagisse aux sentiments des autres. Ainsi, les enfants grandissent dans un modèle global d'expérience et d'expression de leur affect. Cela implique la nécessité d'expériences assez fortes pour que les enfants s'aperçoivent que «ça m'arrive à moi» et non pas «autour de moi».

La façon brusque selon laquelle l'humeur de la famille peut changer d'un excès d'agressivité à un excès d'affectivité produit pour l'enfant un milieu de socialisation spécial où le contact agressif semble être central, mais qui peut, néanmoins, être subitement remplacé par un contact affectif.

Les caractéristiques psychosociales des enfants

Il est évident que les aspects décrits jusqu'ici ont de lourdes conséquences sur le développement psychique et social des enfants. Cependant, il faut rester très attentif au fait que ces enfants sont attirants, vifs et intelligents, et surtout qu'ils sont capables de survivre dans un monde où d'autres ne réussiraient pas.

Minuchin (5) les décrit comme porteurs d'un mélange de dépendance enfantine et d'une bravade négativiste. Ils se débrouillent à la perfection dans la rue mais très souvent à l'école c'est l'échec total. Ils ne savent réagir et sentir que par l'action. Ils apparaissent comme manipulateurs et explorateurs mais ils se perçoivent comme manipulés et exploités par le monde des adultes. Et, en particulier, ces enfants restent aveugles à leur impact sur les autres et ressentent toutes sortes de tentatives de contrôle comme arbitraires et externes. Ils ont, à la fois, une forte sensation d'impuissance et d'omnipotence.

Il y a trois attributs prédominants dans la vie de ces enfants:

1. *La privation*, c'est-à-dire le manque de soins, de consistance, de présibilité et, surtout, d'une figure maternelle fiable qui les prenne en charge. Comme décrit auparavant, les enfants grandissent dans un milieu chaotique, bruyant, avec une mère continuellement dépassée par les tâches ménagères et la garde de plusieurs enfants et dont la présence physique et émotionnelle n'est pas toujours garantie. Il y a, en général, très peu de câlins et de contacts physiques si nécessaires aux bébés et aux petits-enfants. Les soins, au-delà de leur inconsistance et impulsivité, ne répondent pas aux besoins réels des enfants. Le plaisir, le jeu, l'exploration et l'expérimentation sont réduits au minimum.
2. *La dévalorisation*, présente dans tout l'environnement: les enfants côtoient pendant toute la journée les ivrognes, les clochards, les chômeurs, ainsi que

d'autres images d'échec et de dégradation. Plus grave encore, les familles souffrent de la dévalorisation de la communauté. Elles sont dépossédées et traitées comme telles par la collectivité. Elles sont souvent objet de mépris, de suspicion et d'hostilité. Ce sentiment est réciproque puisque les familles réussissent sans le vouloir à induire ce mépris, ce qui ne fait que renforcer leur manque de respect vis-à-vis d'eux-mêmes. Il y a, donc, très peu voire aucun respect de soi. Ceci est transmis aux enfants: à la maison, ils ont très peu d'objets qui leur appartiennent; les vêtements d'un enfant servent à tous les autres. Parfois, leurs tentatives d'être reconnus provoquent des réactions tels que: «Il pense qu'il est quelqu'un», «Qui est-il? Un moins que rien».

3. *Le danger externe* représenté par les périls réels dans la famille et le quartier. Ces enfants sont souvent battus, même quand ils ne sont pas coupables. Ils sont quotidiennement témoins de la violence, des rapports sexuels, de la promiscuité. Ils sont toujours sur leur garde, responsables de leur propre survie. Ils apprennent très vite à connaître le monde des adultes, ce qu'ils aiment ou n'aiment pas et ce qu'ils craignent. Ils sont toujours en alerte face aux bruits et aux signes de la rue.

Comme conséquence, on constate le développement accru de l'acuité visuelle et auditive. Cela conduit à l'utilisation de l'imitation des adultes comme forme de relation et d'auto-protection.

Ces enfants font également preuve d'un manque total de soins corporels. Etant donné qu'ils restent seuls dans la rue depuis tout petits, les petites blessures ne sont pas toujours soignées et ils s'aperçoivent qu'il n'y a personne qui se soucie vraiment de leur bien-être.

Pour l'apprentissage, les conséquences sont importantes. Il y a une inflexibilité très marquée: les enfants s'attachent à ce qui marche et la similitude les rassure. Ils ont des difficultés à acquérir de nouveaux concepts et montrent peu d'intérêt, de curiosité, d'initiative et de plaisir par rapport à l'apprentissage. Ceci est aggravé par le fait que l'apprentissage et l'éducation ne sont pas du tout valorisés par la famille et l'environnement. Dans la famille, il existe déjà une histoire d'échec scolaire des parents et des frères et sœurs; le langage est pauvre et la curiosité des enfants est souvent découragée.

Pour les enfants, ces circonstances impliquent de sérieuses difficultés de communication et une immaturité dans le développement verbal. L'utilisation du langage comme moyen de raisonnement et d'abstraction est partiellement bloquée chez ces enfants. Le langage est utilisé plutôt comme une façon d'attirer l'attention des autres.

Il y a aussi un manque d'intérêt dans l'apprentissage des noms et des propriétés des objets: les couleurs, les nombres, les tailles et les formes sont relativement interchangeable. Leur façon de penser reste immature, magique et excessivement concrète. Ils ont un concept d'objet très pauvre et n'arrivent pas à garder quelque'un ou quelque chose en tête dès que ceux-ci ne sont plus disponibles.

Les enfants n'ont pas le sens de la relation de cause à effet; il leur est difficile de reconnaître les intentions des autres ainsi que de saisir et d'exprimer leurs propres intentions, probablement parce que dans leurs familles ils sont souvent punis

pour des choses qu'ils n'ont pas faites ou pour des choses qui ont été encouragées auparavant.

Finalement, il y a chez ces enfants une difficulté à contrôler les impulsions. Ils ont généralement tendance à agir sous l'effet de leur impulsivité, à décharger leur tension ainsi que leurs sentiments de frustration et de stress à travers un comportement diffus et physique. Cela accentue leurs difficultés à maintenir et à diriger l'attention dans le milieu scolaire.

Pour pouvoir s'adapter à leur environnement, pour aider et plaire à leurs parents, ils grandissent trop vite, en dépit des limitations à leur croissance et à leur développement (Malone, 4).

Le cycle vital des familles multiassistées

Les membres des familles multiassistées sortent de la maison, se marient, ont des enfants, divorcent, deviennent grands-parents et meurent plus tôt que leurs pairs des classes moyennes (Colon, 2).

Ils ont moins de temps pour résoudre les tâches de chaque phase du cycle vital de l'individu et de la famille. A chaque phase, il est plus difficile de laisser tomber le rôle qu'ils avaient avant et d'assumer le suivant. Il y a un amalgame de rôles sans qu'il y ait une démarcation précise ou des rituels de passage.

D'après ces circonstances, on peut considérer que ces familles ont, en général, un cycle vital qui ne comprend que trois phases :

1. Le jeune adulte

Les tâches des jeunes adultes dans leurs familles consistent généralement à forger leur identité propre, ainsi qu'à se préparer pour le monde professionnel et le mariage. Cependant, dans les familles multiassistées, les adolescents sont soit forcés à quitter très tôt la maison pour se débrouiller tout seuls, soit retenus pour aider à la survie financière de la famille. Pour la majorité d'entre eux, rester devient insupportable; ainsi ils partent, souvent sous la pression des amis. Comme ils n'ont pas les atouts nécessaires pour réussir, ils peuvent recourir à n'importe quel moyen pour survivre. Les filles recourent souvent à la prostitution, ou fondent dès que possible une nouvelle famille.

2. La famille avec enfants

Le manque de modèles fait qu'ils répètent dans leur propre famille la façon de vivre qu'ils ont vécue auparavant. Ils n'ont forgé ni leur identité d'adolescent, ni de couple et encore moins de parents. La mère devient plus centrale, plus dominante et l'homme plus périphérique.

Cette phase est d'habitude très longue parce qu'il y a plus d'enfants dans une période plus longue.

3. La famille au 3^e âge

Il n'y a pas vraiment de très grands changements parce que les rôles sont figés. La structure reste inchangée. La mort de la mère/grand-mère peut être dévastatrice. Normalement, la fille plus âgée prend le relais, ou la famille peut se détruire.

Conclusion et implications

Ces familles multiassistées que l'on rencontre dans toutes les grandes villes à travers le monde, représentent un défi spécial pour les services de santé et d'assistance sociale qui depuis toujours cherchent les moyens de les assister effectivement. Ces difficultés sont dues, en partie, à une méconnaissance du fonctionnement de ces familles et de leurs rapports avec la société et ses institutions.

Dans cette étude, nous avons examiné la famille multiassistée sous ces multiples aspects. Malheureusement, il manque à ces familles la structure, l'organisation, enfin tous les éléments essentiels pour le bon fonctionnement d'une famille. En raison de leur propre expérience de privation, les parents de ces familles ne peuvent pas procurer à leurs enfants la stabilité, la constance et les soins indispensables qui leur assureront la survie physique, la socialisation ainsi que la promotion du développement des identités différenciées.

Les effets de ces carences sur les enfants sont importants. Dès leur plus jeune âge, les enfants apprennent à se débrouiller dans leur environnement, en dépit des limitations à leur croissance et à leur développement. Ils grandissent avec le même manque d'identité propre, la même attitude de désespoir et d'impuissance et la même impulsion pour survivre n'importe comment qui règnent dans leur famille. Ils sont destinés à répéter l'expérience de leurs parents.

Cette série de conditions a, incontestablement, des implications directes sur la prise en charge de ces familles. En dépit du fait qu'elles ne se perçoivent pas en tant que membres effectifs de la communauté, ces familles en dépendent pourtant pour leur survie économique, sociale, leur santé physique et mentale. Le traitement de ces familles doit donc tenir compte simultanément de la réalité des forces destructives, qu'elles soient sociales, économiques ou culturelles, qui agissent déjà sur plusieurs générations, ainsi que de leurs effets sur le système familial.

Cela demande un effort conjoint de la part des services soignants et des responsables pour la création de programmes sociaux. Seule une action intégrée pourrait mettre fin à la frustration des professionnels qui luttent pour arriver à ce que les familles changent leurs rapports internes et progressent, pour les voir, par la suite, affronter la réalité de leur environnement détérioré et le manque d'opportunités disponibles. Cela évitera également les diverses situations où les programmes créés pour aider ces familles n'arrivent pas à les atteindre et à vancre leur résistance massive.

M. Felzenszwalb

24 bis, rue Jean-Jaurès
F-94800 Villejuif

BIBLIOGRAPHIE

1. Bandler L. (1967): «Family functioning: a psychological perspective». In: *The drifters*, ed. Eleanor Pavenstedt, Boston, Little, Brown and Co., Boston.
2. Colon F. (1981): «The multi-problem poor family». In: *The family life cycle*, ed. Carter and McGoldrick, Garder Press, New York.
3. Greene M.J. and Orman B. (1981): «Nurturing the unnurtured», *Social Casework*, 62 (7), pp. 398-404.
4. Malone C.A. (1967): «The psychological characteristics of the children from a development viewpoint?». In: *The drifters*, ed. Eleanor Pavenstedt, Little, Brown and Co., Boston.
5. Minuchin S., Auerswald E.H., King C.H. and Rabinowitz C. (1964): «The study and treatment of families who produce multi acting-out boys», *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, pp. 125-133.
6. Minuchin S., Montalvo B., Guerney B.G., Rosman B.L. and Schuner F. (1967): *Families of the slums*, Basic Books, New York.
7. Pavenstedt E. (1965): «A comparison of the child-rearing environment of upper, lower and very lower class families», *American Journal of Orthopsychiatry*, 35, pp. 89-98.
8. Rabinowitz C. (1969): «Therapy for underprivileged delinquent families». In: *Family dynamics and female sexual delinquency*, eds. Pollack and Friedman, Science and Behaviors Books, Palo Alto, California.
9. Sackin D.H. and Raffae I.H. (1976): «Multiproblems families: a social-psychological perspective», *Clinical Social Work Journal*, 4.
10. Stein M.R. (1967): «Sociocultural perspectives on the neighborhood and the families». In: *The drifters*, ed. Pavenstedt E., Little, Brown and Co., Boston.
11. Tonge W.L., James D.S. and Hillam S.M. (1975): *Families without hope*, Headly Brothers Ltd., Great Britain.

**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.

MARITAL TENSION

Une introduction à la lecture de Henry Dicks

O. LE BON¹, N. ZUCKER² et A. PAIRON³

Résumé: *Marital tension: une introduction à la lecture de Henry Dicks.* — «Marital tensions», probablement la contribution la plus importante de Henry Dicks, n'a jusqu'ici pas été traduite en français, trente années après sa publication. Cet article constitue une introduction à cette œuvre que nous considérons comme fondamentale pour la compréhension et la thérapie d'une relation aussi typiquement systémique qu'un couple humain. L'auteur a basé ses théories sur sa propre expérience de clinicien et la psychanalyse kleinienne. Il propose deux hypothèses fondatrices: dans la première, le partenaire est considéré comme un déplacement de l'objet parental (directement ou indirectement), l'insatisfaction provenant de la rupture de l'idéalisation. Dans la seconde hypothèse, l'auteur considère que chacun des partenaires persécute chez l'autre des projections de son propre moi, en réalité celles qui avaient d'ailleurs suscité l'attraction du début. Le couple est ensuite présenté comme une entité dyadique, un nouvel organisme, une sorte de relation thérapeutique naturelle destinée à assurer un meilleur équilibre à chacun. Finalement, l'auteur propose encore des pistes pratiques pour le traitement, mais ceci dépasse le cadre de cet article et n'est pas repris ici.

Summary: *Marital tensions: an introduction to Henry Dicks.* — «Marital tensions», probably the most important contribution of Henry Dicks, has not yet been translated into French, thirty years after its publication. This article constitutes an introduction to this work that we think is fundamental for the understanding and therapy of such a typical systemic relationship as the human couple. The author based his theories on his own clinical experience and Kleinian psychoanalysis. He raises two basic hypotheses. In the first, the partner is considered a substitute for the parent object (directly *versus* indirectly), the dissatisfaction and the problems surging from the rupture of the idealization. In the second hypothesis, the author considers that each of the partners persecutes in the other the projection of parts of his own self, in fact the ones that had attracted him or her at the first place. The couple is then presented as a dyadic organism, a new entity, a kind of natural therapeutic relationship designed to allow a better balance for each. The author then proposes practical clues for therapy, but these go beyond the purpose of this introduction and are not detailed here.

Mots-clés: Couple — Système — Psychoanalyse — Dicks.

Key words: Couple — System — Psychoanalysis — Dicks.

¹ Psychiatre, résident à l'hôpital universitaire Brugmann, Université Libre de Bruxelles, Service du prof. Pelc, place Van-Gehuchten 4, B-1020 Bruxelles.

² Psychiatre, consultante à l'hôpital Saint-Pierre, Université Libre de Bruxelles.

³ Post-graduée en psychiatrie, Université Libre de Bruxelles.

A. Introduction

L'évolution actuelle en épistémologie systémique tend à réduire le cloisonnement existant entre les différentes théories psychothérapeutiques. Le systémicien nous paraît d'ailleurs privilégié à cet égard, car porté naturellement à porter de l'attention à sa position dans le monde qui l'entoure, dans son milieu de travail comme dans son approche conceptuelle. Il est probablement plus enclin que d'autres à un dialogue interactif transdisciplinaire.

A l'heure où on souligne à la fois les facettes relationnelle et intrapsychique de la relation du couple où le thérapeute va contribuer à créer une nouvelle dynamique, un regard sur l'intrapsychique interrelationnel nous paraît précieux.

Le travail de Henry Dicks permet, tant au niveau théorique que clinique, d'intégrer des notions développées par les théoriciens analystes de la relation à l'objet dans une optique systémique. Dans la continuité du développement des sciences humaines, nous pouvons légitimement considérer cet auteur comme un précurseur important de l'approche systémique.

L'œuvre de Dicks reste cependant largement méconnue dans le monde francophone, sans doute en bonne partie à cause de l'absence de traduction de son ouvrage principal. C'est dans le cadre d'une formation en thérapie familiale (Edith Tilmans) que nous avons découvert cette importante contribution («Marital tensions») y fait d'ailleurs l'objet d'une lecture «obligatoire», comme c'est le cas dans plusieurs centres hollandais, et cela malgré le handicap de la langue).

Notre présentation ne pouvait être mieux couronnée de succès que si elle pouvait donner l'envie de découvrir le texte original, qui malgré les presque trente années qui nous séparent de sa parution, nous semble rester largement d'actualité et donner un éclairage perçant sur les pathologies du couple.

Résumer en quelques pages un ouvrage aussi dense, fourmillant d'exemples cliniques, décrivant le chemin parcouru des premières hypothèses jusqu'aux conclusions, tout en proposant des pistes de travail, ne peut bien sûr qu'être réducteur. Nous nous sommes laissés guider par notre subjectivité, tout en tâchant de rester rigoureux. D'autres lectures sont bien sûr possibles et sans doute complémentaires.

B. Le contexte général

Pour tout ce qui suit, l'auteur a considéré la population londonienne des années soixante comme la base de son étude. Il ne pose pas son modèle comme universel et nous laisse la latitude d'extrapoler.

Les tensions et les ruptures du couple sont mises en relation avec les forces puissantes de changement social affectant tous les aspects de la vie. La famille est conçue comme un atôme social, soumis à l'accélération des changements, tels que les phénomènes d'urbanisation, l'émancipation de la femme et les transformations technologiques. L'ordre traditionnel des choses s'est vu érodé, qui gouvernait explicitement les relations entre parents et enfants, sur un modèle d'autorité et de subordination, y compris pour ce qui concerne le choix du partenaire.

Cette évolution a accentué l'importance des liens intrafamiliaux nucléaires, qui ont dû assurer les besoins de sécurité et les satisfactions offertes auparavant par un milieu familial plus large et plus structuré où existait une pression constante exercée par les sanctions sociales et religieuses.

Les familles étendues ne servent plus de petits tribunaux privés. Les dissensions et les possibilités d'éclatement du couple ne sont d'autre part plus vécues comme des péchés capitaux et ne sont plus cachées comme auparavant. Les attentes respectives sont davantage fonction des personnes.

L'idée de bonheur provenant entre autres d'une satisfaction sexuelle mutuelle paraît récente. Les familles sont donc le siège des contradictions de la société, entre les besoins de croissance individuelle d'une part, les positions défensives archaïques de domination et de possession d'autre part. Les familles nucléaires sont le reflet microscopique de la société.

Avant de détailler ses hypothèses quant aux liens qui unissent et déchirent un couple, quelques points théoriques sont ici rapidement détaillés par l'auteur.

C. Place du couple dans l'économie de la personne

1. Dépendance

Pour arriver à former un couple durable, il faut d'abord surmonter la dépendance par rapport à la famille d'origine (ce qui n'était pas le cas dans les traditions rurales où on pouvait très bien amener son épouse à vivre sous le toit familial). On demande à présent une grande autonomie de la part des adultes. C'est de la personne même, sans le « corset moral » que représente le groupe, que va dépendre la solidité des engagements.

D'autre part, cet adulte va vivre dans une société technologique stressante, où les exigences sont élevées pour les récompenses en promotion et en revenus. Il devra arriver à sauvegarder ses capacités d'ouverture, de générosité et d'écoute des besoins d'autrui, ce qui est rendu possible s'il est suffisamment sûr de lui et à l'écoute de ses propres besoins. Dans le cas contraire, il risque de fonctionner de manière anxieuse, paranoïde, défensive, excluant les contrats pour lui-même et sa famille.

2. Identité et choix de l'objet

C'est le passage plus ou moins satisfaisant par les différentes positions du développement qui assurera la maturité future. Le rôle de l'entourage est évidemment primordial pour l'enfant, à chacun des stades, dans la satisfaction des besoins ou l'établissement de barrières.

Au départ, les expériences seront jugées par l'enfant comme entièrement bonnes, gratifiantes, ou mauvaises et frustrantes. Ce n'est que graduellement que ces contrastes vont s'émousser. L'enfant pourra ainsi tester la réalité des réponses de l'objet, reconnaître la personnalité réelle de sa mère et développer une tolérance aux frustrations.

La prépondérance des contacts gratifiants avec la réalité et la résolution des conflits entre haine et amour vont permettre de développer un potentiel relationnel adéquat. La bonté profonde des objets intériorisés ne sera pas mise en doute si la communication est bonne. L'enfant va faire siens les sentiments du bon objet, comme des modèles identificatoires. Les bons objets vont former des ressources intérieures. L'enfant pourra prendre conscience et accepter sa propre ambivalence tout comme celle de l'autre, grâce à la tolérance des parents et la maîtrise de leur propre colère dans un contexte dominé par un climat d'amour.

Un bon couple parental ne va pas se laisser diviser par la haine et l'ambivalence de l'enfant, qui pourra alors se faire à l'idée de la futilité de ses fantasmes œdipiens. La « scène primitive », soit le fantasme de relations sexuelles parentales, ne va pas être violente, meurtrière, anxiogène, culpabilisante pour les sentiments de l'enfant. A l'opposé, ce dernier risque de présenter de gros troubles si la violence des parents et leurs frustrations sexuelles laissent planer des doutes sur le possible accomplissement des fantasmes. Dans de telles familles, les enfants ne seront pas les seuls à avoir des désirs de mort et des pensées incestueuses.

Les identifications peuvent être directes ou au contraire réaliser un contre-investissement, forgé psychodynamiquement par répulsion: « le contraire de maman. » En se projetant dans une entité plus large, plus puissante, l'enfant peut intérioriser de façon rassurante les modèles parentaux et éprouver une fierté d'appartenance. L'humain est à ce moment une unité à moitié soi et à moitié objet d'amour, en mélanges variés, selon les avatars de tout un chacun.

Les mauvaises figures parentales seront également intériorisées et le potentiel relationnel correspondant sera refoulé. Les objets investis avec haine — et inévitablement culpabilité — seront vécus à la fois à l'intérieur de soi et dans l'objet envers soi (dans un cycle introjection - projection). Il peut y avoir une surcharge d'anxiété empêchant l'enfant d'entrer en relation autrement qu'en suivant un mécanisme de défense rigide.

3. Clivage

Lorsque les objets primaires ont été vécus comme dangereux pour la survie, ils sont clivés. L'identité de l'ego est préservée par la division inconsciente défensive du monde des objets intérieurs. Plus cela se produit précocement dans l'évolution et plus profondes seront les conséquences pour le développement personnel. Le potentiel futur est fixé autour du noyau clivé du moi intérieur, figés avec la source originale du rejet: les figures parentales primaires, qui n'ont pu répondre adéquatement aux besoins de dépendance et de libido.

L'auteur fait ici appel aux théories de Fairbairn et Gunthrip (3, 4). Selon ces derniers, une partie de l'ego (ego libidinal) s'isolerait alors, en « contenant » en quelque sorte les besoins gelés. Si cette scission se produit tôt, cette enclave restera infantile: un pauvre petit self n'osant pas exprimer sa présence, son besoin de dépendance, de tendresse, d'amour. Les pulsions sexuelles ambivalentes en rapport aux objets excitants et frustrants seront entourées par le mur du tabou.

Une autre enclave, l'ego « antilibidinal », plus ou moins analogue au surmoi primitif sadique de Freud, contiendrait les aspects dangereux de la relation à l'objet, ceux qui évoquent la frustration et la haine et qui sont intériorisés avec angoisse.

Ces egos «libidinal» et «antilibidinal» resteraient en relation avec les *objets* correspondants et réagiraient en identification-projection avec eux. L'ego central en croissance se trouverait coincé entre ces deux enclaves. La personne, bien que divisée, resterait donc en contact indirect avec les forces de son monde intérieur, même si cette relation peut prendre la forme d'une opposition.

Ce modèle hypothétique d'un ego central, dont les investissements relationnels douloureux ou ambivalents ont été écartés et sont restés figés à un stade de développement primitif, permet de comprendre le développement social et intellectuel parfois étonnant de personnes pouvant rester par ailleurs très pauvres dans leurs relations d'objet intimes.

On retrouvera par exemple chez certains de l'ambivalence, de la cruauté, de l'auto-sabotage par l'ego antilibidinal ou bien une attitude excessivement maternelle et étouffante stimulée par l'ego libidinal. A l'inverse, dans d'autres cas, par attachement à l'*objet* antilibidinal, certaines personnes vont rechercher systématiquement des partenaires suscitant en eux l'anxiété, la culpabilité, voire un dégoût sexuel, le parallèle «libidinal» étant la recherche de partenaires suscitant un sentiment de régression¹.

4. Maturité

La maturité est synonyme en psychanalyse kleinienne (5) d'accès relatif à la «génitalité». Balint (1) la présente de façon négative, comme une relation d'objet ni trop orale (insatiable, refusant l'indépendance), ni trop sadique (tendance à blesser, humilier, dominer), ni trop anale (mépris des désirs de l'autre, dégoûts, attirance par les aspects «négatifs» des objets), ni trop phallique (complexe d'infériorité ou de supériorité liés au sexe). On peut isoler quelques caractéristiques d'une relation «mûre» à l'objet :

- *Idéalisation réduite*: acceptation chez soi et chez l'autre de l'ambivalence et des traits prégénitaux, ce qui permet un lien réaliste, et une vigilance consciente pour maintenir l'amour de l'autre, pour interpréter ses désirs.
- *Tendresse*: acceptation des besoins de régression.
- *Flexibilité*: elle requiert un degré de confiance dans sa propre identité, une force

¹ Voir à ce propos la notion kleinienne d'identification projective, concept capital et relativement difficile à saisir. L'identification projective a un sens bien particulier qui n'est pas celui que l'association de ces deux termes suggère au premier abord, à savoir une attribution à autrui de certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même.

Ce mécanisme, en relation étroite avec la position paranoïde-schizoïde, consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de l'ego par l'enfant, voire de l'entière de cet ego (et non seulement de mauvais objets partiels), de façon à nuire, à posséder et à contrôler la mère de l'intérieur.

L'identification projective apparaît comme une modalité de la *projection* au sens strict (rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais). Si l'on parle ici d'*identification*, c'est en tant que la personne propre est projetée.

Cette notion ne tranche pas nettement entre un type d'identification où c'est le sujet qui s'assimile à l'autre et un second où c'est l'autre qui est assimilé au sujet (in: *Vocabulaire de la psychanalyse*, Laplanche et Pontalis, 6).

du moi adéquate. L'ego est suffisamment à l'aise avec ses divers aspects propres, il n'a pas perdu le contact avec ses différents sentiments ambivalents et n'a pas besoin de positions de défenses trop rigides pour préserver son identité. Cette force du moi permet d'accepter la différence de l'autre comme ne menaçant pas sa propre intégrité.

- *Identification sexuelle*: phénomène essentiellement culturel. La ligne de démarcation entre les hommes et les femmes est subtile et fonction des modes et des générations. Il ne paraît pourtant pas évident à l'auteur que les rôles respectifs aient fondamentalement changé. Les grands clichés éternels représenteraient la «nature du monde». C'est l'image d'Épinal où l'homme protège le nid et assure la subsistance, alors que la femme s'occupe surtout de l'éducation des enfants. L'homme développant davantage les qualités instrumentales et la femme, l'expressivité. Si les partenaires jouent leur rôle sans complexe, cela permet à l'autre de prendre pleinement la place complémentaire.

A l'inverse, ce sont ceux dont l'identification est la moins certaine qui vont adopter les positions les plus extrêmes, ce qui engendre d'évidentes difficultés au sein du couple.

5. Couple

Le partenaire va attirer parce qu'il représente ou promet une redécouverte d'un important aspect perdu de la personnalité du sujet qui, suite à un conditionnement antérieur, a été rejeté, attaqué, dénié. Durant la période de cour, l'urgence sexuelle met ces aspects à l'arrière-plan, alors qu'ils constituent une source potentielle de tensions futures. Plus tard, le conflit intrapsychique va ressortir dans la dyade comme une sorte d'écran de projection des problèmes intrapsychiques. Quatre mécanismes de défense sont fréquemment impliqués dans les difficultés de couple:

- *Réaction paranoïde*: à l'origine, le bébé, oralement frustré, craint de perdre sa source unique de satisfactions et doit pour se défendre, surveiller tous les mouvements.
- *Mécanisme d'anxiété dépressive et culpabilisation*: la figure ambivalente de l'autre est préservée comme étant entièrement bonne: toute la frustration et la haine sont perçues comme venant de soi, d'où l'apparition de sentiments de contrition, de comportements d'auto-punition.
- *Réaction de détachement obsessionnel (schizoïde)*: il existe des doutes constants quant aux possibilités de bonheur, avec une sensation de vide intérieur et un manque de disponibilité sexuelle et amoureuse.
- *Réaction hystéroïde*: autre forme d'indisponibilité, centré sur des mécanismes de la relation sexuelle proprement dite.

Ces mécanismes témoignent chacun d'une peur profonde de l'engagement, parce que le potentiel relationnel profond en est resté au stade des sentiments honteusement ambivalents par rapport à la figure aimée, qui reste toujours trop punissante et castratrice (si elle correspond à une projection de l'objet antilibidinal) ou

trop peu exigeante (objet libidinal «excitant»). L'ego central peut alors se sentir menacé et rester distant, sans passion, sans excitation. Les défenses chercheront à refouler les fragments clivés et préserveront ainsi l'image de soi.

On attendra du partenaire qu'il agisse de manière à ne pas perturber cette position: il devra jouer les rôles en miroir, ceux qui vont préserver les défenses. L'idéalisation (peut-être plus encore dans les cas de défenses hystéroïdes et dépressives) va aider à nouer le lien entre les partenaires. En déniaient la réalité de l'ambivalence vis-à-vis des objets d'amour et de haine dans les variétés de l'identification projective, l'un ou les deux partenaires attribue à l'autre soit les mauvais sentiments qu'ils ne doivent pas posséder eux-mêmes, ne gardant pour eux que ce qui est acceptable, soit au contraire font de l'autre un personnage entièrement positif, eux-mêmes endossant toute la honte et la culpabilité.

Cette idéalisation empêche d'entrer en relation avec la personne réelle, rassurante de l'autre, elle empêche la croissance, l'engagement mutuel. Plus la relation va être gratifiante et moins elle va devoir reposer sur ces mécanismes de défense (par ex. absence d'agressivité, ou même de sexualité). Il y aura moins de risques de menace pour soi et moins de risque de destruction de cette image de l'autre.

1. Dysfonctionnement du couple

1. Première hypothèse

De nombreuses tensions et incompréhensions entre les partenaires semblent provenir de la déception qui surgit lorsque l'autre ne joue pas le rôle qui est attendu en fonction des fantasmes. Le partenaire est sensé combler dans la vie réelle un besoin du monde intérieur du sujet. Les choses se compliquent en outre du fait que le partenaire attend également du sujet qu'il se conforme à ses propres fantasmes. On peut imaginer deux variantes:

a) *Le partenaire comme simple déplacement de l'objet parental*

Chacun des partenaires traite l'autre comme si ce dernier était réellement l'objet d'amour plus ancien. Au besoin, il tentera de forcer l'autre à jouer ce rôle en recourant à la régression et aux attitudes infantiles de revanche ou de séduction (chacun étant à la fois son propre modèle parental et l'enfant qui réagit en fonction des mécanismes de projection et d'introjection). D'autre part, les attitudes de rejet ou d'interdiction sont attribuées à l'autre (ou suscitées à leur tour par lui): le mauvais objet fait la navette entre les deux compétiteurs, et c'est là le signe d'une collusion¹.

Lorsque la similitude fantasmée fait défaut, par rapport à l'image parentale compliante souhaitée, l'ambivalence plus profonde à l'égard de l'objet d'amour remonte à la surface, avec le ressentiment et la haine jusqu'ici recouverts par l'idéalisation.

¹ Voir ce concept chez Jurg Willi (7).

Exemple: Prenons ce couple qui consulte pour violence. Tout avait pourtant bien commencé et l'union s'était réalisée après des approches étalées sur plusieurs mois. Elle a ses premières crises de colère quand il veut lui indiquer la marche à suivre dans l'un ou l'autre domaine. Il a en effet besoin d'avoir toujours raison et étouffe en elle ses côtés infantiles: il lui faut avoir un toit, de l'argent, etc. S'installe alors une compétition pour la domination, car elle a en elle un modèle maternel dominateur (même s'il est anxiogène). Elle répond à son mari par des silences ironiques, des moqueries. Elle a une attitude triomphante lorsqu'elle marque un point. Elle est la féministe de choc luttant contre son obsessionnel de mari. Lui considère comme acquis que l'homme doit être le guide. Il se trouve gentil, raisonnable, ouvert, magnanime. Il n'entend cependant rien des demandes de sa femme. Elle le méprise et se moque. La perte de plus en plus complète de coopération mènera au divorce.

Commentaire: Le mari s'attendait à une perpétuation facile des rôles de ses parents: quelques bons conseils et une gifle à l'occasion maintiendraient l'ordre au logis. La femme a intériorisé pour sa part à la fois le modèle de sa mère dominatrice et de l'enfant qui se rebelle contre elle. Elle joue ici ses besoins de domination et les projette en même temps de façon hystéro-paranoïde sur son mari en l'accusant de vouloir la dominer. Lui, culpabilisé et paralysé, ne peut utiliser son agressivité (qu'il n'avait pas pu développer dans la relation avec son propre père). N'ayant d'autre recours face aux colères de sa femme, il régresse comme un petit garçon, cherche le soutien de figures parentales (par ex. le thérapeute), se plaignant et cherchant à se faire aider pour arriver à dominer sa femme. Sa propre identification avec son père est ainsi remise en question, car il ne se sent pas à la hauteur, ce qui est difficilement tolérable.

Les intentions conscientes et matures sont brisées par les rôles qui ne sont pas joués par l'autre. La déception et la confusion mèneront aux régressions, aux modèles infantiles. La rigidité des familles d'origine limite clairement le répertoire pour les voies alternes. L'autre est vu comme déplacement d'une figure parentale et non comme personnes réelle.

b) *Le couple bâti sur le contraste apparent aux modèles parentaux*

Ici les partenaires cherchent sciemment à ne pas reproduire les comportements des parents. Leurs modèles sont refoulés, ou déniés, contre-investis. Toutefois, malgré cette intention, les partenaires vont se rendre à l'évidence après un certain temps que l'un et l'autre répètent les schémas rejetés, ce qui peut mener à la dépression. Au départ, chacun a pu être attiré chez l'autre en partie par des éléments parentaux. Il y avait un espoir de retrouver chez le partenaire les aspects aimés de l'objet parental clivé, sans ses aspects oppressifs détestés. La tension entre les partenaires va provenir de ce que celui-ci, après tout, va quand même jouer le rôle marital qui correspond à la figure parentale frustrante, similarité déniée pendant les premiers temps de la vie en commun. Cette découverte mène à la modification du comportement propre, à la régression dans les attitudes infantiles pour influencer le partenaire.

Cette opposition est en fait plus apparente que réelle. Il s'agit en effet toujours de l'idéalisation d'un objet par référence aux objets rejetés. Et c'est du même objet qu'il s'agit, dont le «mauvais côté» est ôté par clivage ou déni. Celui-ci se transforme alors en bon objet idéal, envers lequel on pourra alors exprimer ses attentes tout en déniaient ses propres ambivalences (ce dernier point rendant difficile une identification directe du moi aux modèles parentaux).

Exemple: Prenons ce couple où l'épouse a cherché à trouver un modèle masculin opposé à celui de son père, distant, rigide et moralisateur. Telle une somnambule, elle se rapproche d'une figure à l'apparence contrastée, celle d'une sorte de gangster, bon père mais sans scrupules. Ce dernier va lui assurer une suite ininterrompue de frustrations, de séparations, de déchirements. Doit-elle faire mieux que sa propre mère et rester ou revenir au foyer familial? Incite-t-elle les attaques sadiques et les négligences d'hommes qui finissent par la rejeter? Cherche-t-elle à se frustrer et se punir de désirs incestueux? Pour lui, cette femme devait être l'objet apparemment idéal: sexuellement attirante, maternelle, admirative de son courage d'homme puissant, elle représentait une gratification narcissique. Ayant besoin de lui, elle lui donnait envie de réussir. Elle promettait de combler chez lui une identification masculine déficiente, correspondant apparemment à une inversion de l'image maternelle autoritaire. Il devait la sentir comme une figure projetée intérieurement qui se sentait par rapport à lui comme il voulait se sentir lui-même, c'est-à-dire comme la nature a voulu que les pères soient.

Commentaires: L'échec viendra lorsque, à la suite des inadéquations sexuelles et économiques du mari, l'épouse commencera à exprimer ses idées et sa volonté propres. Elle va réveiller chez lui l'image intériorisée, anti-libidinale de ce père fort, admiré autant que haï et lui rappeler qu'il n'est qu'un tigre de papier. Elle glissera ainsi vers la domination, le défi, la mise à l'épreuve de sa force. C'est pour lui, le retour d'une mère contrôlante et agressive, qui réactivera sa haine envers les femmes qui menacent la force de son ego et son image. Il perdra le contrôle de sa violence et de ses tendances infantiles de remords, de besoin d'être pardonné et aimé, et pour l'épouse, il ne sera plus le modèle de l'homme fort: ceux-là ne pleurent pas. Le rejet du mari ne viendra pas de sa violence mais de l'infantilisme et du manque d'autorité. S'ajoutera encore pour lui l'idée de ne pas être à la hauteur de son modèle.

2. Deuxième hypothèse

La clinique montre l'insistance avec laquelle les partenaires persécutent chez l'autre des parties d'eux-mêmes, refoulées ou déniées, qui sont projetées chez lui. Il semble que ce soit ce contraste à l'image consciente de soi qui précisément avait justifié l'attrance vers l'autre. D'où la seconde hypothèse, selon laquelle les partenaires vont persécuter chez l'autre les tendances qui, au départ, avaient engendré l'attrance, le partenaire ayant été inconsciemment perçu comme un symbole de cet aspect de soi perdu et refoulé.

Exemple: Prenons cet homme qui a besoin de repousser les caractéristiques orales infantiles spontanées et les sentiments de liberté de son épouse lorsque celle-ci demande des satisfactions immédiates, alors qu'il est lui-même un modèle de frugalité et de planification. C'est le régime peu créatif de l'orphelinat, qui avait réprimé en lui ses aspirations de tout jeune enfant qui se trouve projeté ici dans la situation de couple. L'homme se voit traiter sa femme comme l'aurait fait une grand-mère sévère, alors qu'il avait été au départ attiré chez elle par ce qui lui rappelait cet aspect refoulé chez lui.

Commentaires: L'anxiété produite à la rencontre d'une femme représentant son ego libidinal refoulé montre le clivage chez cet homme entre d'une part une demande profonde de se rapprocher à l'intérieur du couple de cette partie infantile perdue chez lui (besoin d'amour provenant d'une grand-mère généreuse) et, d'autre part, la compulsion d'agir par intériorisation d'une mère répressive, antilibidinale, par la suppression de la spontanéité et les gratifications qui menaceraient son ego antilibidinal rigide, sur lequel il a basé sa position et sa vie sociale. L'épouse réagit, elle, selon l'hypothèse « la »: elle attend de lui une figure parentale indulgente, protectrice, qui lui permette de garder sa spontanéité et sa chaleur et qui reste une perspective d'ordre et de prudence (dont elle a besoin mais qu'il lui fournira en excès).

On remarquera l'aspect de complémentarité qui existe dans ce couple. C'est comme si chacun des partenaires tentait de restaurer une personnalité complète par leur union: lui devenant la tête pensante, rationnelle, pragmatique, donnant la cohérence à l'unité; elle, comme cœur de la dyade. Chacun peut en effet tirer profit de cette complémentarité.

E. Commentaires généraux

Les interférences envers l'intégration souple de ce nouvel organisme dyadique proviennent de la persistance chez chacun des partenaires de pulsions inconscientes à l'égard des relations d'objet ayant conditionné le clivage d'objets internes ambivalents en deux parties incompatibles. La relation d'objet interne peut, par sa dynamique propre, faire se développer le besoin croissant de coincer l'autre dans la projection d'objets investis de manière ambivalente, et ce même en contradiction flagrante avec les qualités dans le réel de la personnalité de l'autre. Pendant les premiers temps, ceci avait déterminé l'idéalisation, ensuite, ce sera précisément le contraire.

Lorsque à l'épreuve continue de la réalité, le partenaire ne peut plus correspondre à cet objet idéalisé, il y a avec le retour du refoulé comme un gant qui se retourne. L'autre partie de l'ambivalence polarisée vient se mettre à l'avant-plan. L'objet idéalisé devient persécuteur et haï et le comportement envers lui devient régressif. Par rapport au « mauvais objet » dans la projection, l'attitude sera facilement paranoïde: c'est l'expulsion, le rejet total, voire le meurtre. Seul l'amour déçu peut engendrer tant de haine. Dans le mécanisme d'identification projective,

lorsqu'il y a eu clivage dans la petite enfance suite à des situations de conflits avec les parents qui n'ont pu être dépassées, il y a une part de soi dans l'objet rejeté par projection. Ce ne sont en effet pas seulement l'image interne et les sentiments liés à cet objet qui sont refoulés, mais encore la partie de l'ego qui est en relation avec cet objet dangereux.

On retrouvera en général un étonnant degré de «bonne foi blessée» lorsque les points de vue ne sont pas partagés par le partenaire, comme évidents ou universels. «Si seulement elle pouvait voir les choses comme moi, je serais le mari parfait.» Il ne peut y avoir de marge, car les objets idéalisés n'en ont pas. Ils se conforment aux objets intérieurs.

Il existe une propension connue à persécuter les gens qu'on aime le plus. Dans le couple, cela se produit avec un sentiment aigu d'appartenance. Il est en général clair pour les conjoints qu'ils ne leur passeraient pas par la tête de traiter ainsi qui que ce soit d'autre, à l'exception peut-être des enfants. Chacun des partenaires sent que l'autre fait partie de lui, il y a émoussement des frontières du moi.

Paradoxalement peut-être au sens commun, cette collusion mutuelle dans l'engagement des partenaires apparaît plus forte dans les couples perturbés que chez ceux où une interdépendance de personnes plus mûres se produit de façon libre et souple. Ici, un large répertoire d'identifications avec différents objets internes permettent une interdépendance profonde et une maturation de la relation. Là, au contraire, l'activation des besoins infantiles refoulés et la haine provenant des frustrations consécutives induisent des demandes impossibles à satisfaire. C'est l'exemple de ces «couples modèles», faux self, souvent très bien considérés car d'une grande conformité sociale, mais qui requièrent un effort constant pour maintenir intacts les clivages internes, sous peine de naufrage. Ces couples fonctionnent largement sur la tolérance à la frustration et les sources alternatives de satisfaction. On fait comme si l'autre était l'objet idéal pour soi et comme si on était soi-même l'objet idéal de l'autre. On rejette ainsi les réalités extérieures, il y a collusion contre le changement, c'est la façade lisse d'un bonheur sans ombres. Cette fiction peut durer. Les tensions générées ne ressortent pas à l'intérieur du couple, mais peuvent monter à la surface sous une forme psychosomatique, une dépression périodique, des problèmes chez les enfants. La communication entre les partenaires de ce couple, qui fera pourtant l'envie des voisins, restera à un niveau superficiel, sans controverses. S'il y a cassure, celle-ci pourra être tragique, car plus le rejet, le déni de l'échec de l'idéalisation est intense et plus grande sera la force de l'éruption.

En général cependant, au-delà de l'évidente souffrance, on remarquera l'existence de liens primitifs profonds. Les sujets entrevoient la possibilité de régler enfin les problèmes liés aux attaches anciennes. On retrouve des besoins comme le contrôle de l'objet aimé, la possibilité de blesser et d'être blessé, une relation de dépendance mutuelle, un gain narcissique par la présence du partenaire. L'établissement de ces liens permet l'apparition d'aspirations plus adultes comme l'établissement d'un foyer stable avec des enfants à aimer. La dyade peut ainsi absorber les besoins régressifs et les problèmes de chacun des partenaires, leur permettre de s'affirmer et de se pousser mutuellement à réussir dans l'existence. Une névrose grave peut même être contenue dans le système. Chacun des partenaires cherche

la stabilité, en acceptant, jusqu'à un certain degré de souffrance, d'être le bouc émissaire de l'autre. Le couple peut donc être considéré comme une relation thérapeutique naturelle, une tentative pour grandir à la stature adulte.

F. Conclusions

Henry Dicks propose ici un aperçu théorique concernant la vie en couple, fruit de son expérience clinique d'une dizaine d'années à la Tavistock Clinic de Londres et développée au départ de théories psychanalytiques centrées sur la relation d'objet.

Il situe le couple et la famille nucléaire comme des reflets microscopiques de la Société, traversés par les divers courants qui agitent cette dernière. Après un rappel théorique sur la place que va occuper le partenaire dans l'économie de la personne, l'auteur propose deux hypothèses fondatrices. Dans la première, le partenaire est conçu comme un déplacement de l'objet parental (avec la variante de l'identification par contraste), l'insatisfaction provenant de la rupture de l'idéalisation. Dans la seconde, l'auteur propose que chacun des partenaires persécute en réalité chez l'autre la projection d'une partie refoulée de son propre self, laquelle avait par ailleurs suscité l'attirance au départ.

Le couple est ensuite présenté comme une dyade, une entité nouvelle, une relation thérapeutique naturelle devant permettre une meilleure stabilisation de chacun.

Un accent est porté sur l'intérêt à pouvoir dépasser les simples projections d'objet au bénéfice des contacts avec les personnes réelles, dans la tolérance, le respect, pour le plus grand bien — entre autres — des enfants.

L'auteur présente ensuite des pistes et des méthodes de travail qui dépassent le cadre de cet article.

Nous avons trouvé pour notre part dans cette lecture une source d'informations considérable, complétant utilement le modèle systémique du couple et qui nous paraît encourager un dialogue fécond entre deux approches certes éloignées d'un point de vue épistémologique mais confrontées aux mêmes réalités.

Olivier Le Bon, Nicole Zucker, Annick Pairon

Université Libre de Bruxelles
B-1020 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Balint M. (1948): «On genital love», *International Journal of Psychoanalysis*, 29, Pt 1.
2. Dicks H. (1960): *Marital tensions*, Tavistock Publications, London.
3. Gunthrip H. (1963): *Personality structure and human interaction*, Hogarth, London.
4. Jones E. (1952): in Fairbain W.R.D.: *Psychoanalytic studies of the personality*, Tavistock Publications, London.
5. Klein M. (1948): *Contributions to psychoanalysis*, Hogarth, London.
6. Laplanche J. et Pontalis J.B. (1967): *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F.
7. Willi J. (1984): «The concept of collusion. A combined systemic and psychodynamic approach to marital therapy», *Family Process*, vol. 23, 2, pp. 177-185.

RECENSIONS

Philippe CAILLÉ: «Un et un font trois», Ed. E.S.F., 1991.

Comment définir un couple sinon par son «sens» dans les rapports humains? Le thérapeute recueille là des informations sur un système vivant avec lequel il est en interaction. Il introduit au sein de la rencontre l'objet de cette étude: le tiers, exclu de la demande, la conjonction des représentations mentales des membres du couple, ce que Ph. Caillé nomme l'«absolu du couple». Thérapeute et couple apprennent alors la curiosité face à ce nouveau modèle, à ce paradigme qui organise le regard.

Le paradoxe de la demande tient à l'autoréférence du couple qui s'autorise et «sert» à se prolonger lui-même. «Soyez d'accord que cela ne peut plus continuer, mais...» Le couple s'interroge sur la complexité de son modèle relationnel derrière l'allégation de la panne. Cette panne a une valeur heuristique: elle distancie le couple de cet «absolu», cause douloureuse de ces problèmes. Deux individus ont vu un couple et parvenant à le voir l'ont créé. De cette conquête cognitive naît une création qui les fait se distinguer des autres. Cette création, émergence cognitive, est l'absolu ou modèle organisant.

Reprenant et complexifiant ce modèle, l'auteur explore les niveaux de récursivité à l'intérieur du modèle et dans ses rapports avec les individus. Couple et thérapeute ont une relation récursive à leur absolu respectif qui eux-mêmes connaissent une cohérence et une évolutivité entre leurs deux niveaux rituel et mythique. L'absolu doit apporter aux individus du couple un sens acceptable au risque d'y sacrifier leur identité. L'absolu d'un couple peut être aboli mais aussi évoluer. Mais, s'il est exclu de la demande, d'où le paradoxe, le couple qui cherche à se faire réparer, privé de son modèle organisant, sera irréparable.

Mais comment incorporer «l'absolu relationnel» et refuser la réparation? Une négociation «cognitive» préliminaire en fera estimer avantages et désavantages, quitte à en rester là. Quand le couple, curieux, peut s'engager dans ce travail, le but est de lui révéler son propre modèle organisant, processus initiatique qui le place devant ses responsabilités. Celle du thérapeute se limite à la révélation du modèle organisant. Dans le protocole invariable, cadre de la thérapie que l'auteur reprend ici dans le détail, les membres du couple apportent eux-mêmes les représentations symboliques des niveaux rituels et mythiques. Les prescriptions de changement contradictoire aux rituels testeront la cohérence du modèle. Le thérapeute pourra faire prendre conscience aux membres du couple du plan mythique du modèle et illustrer l'emprise de l'absolu sur les destins individuels.

L'absolu du thérapeute est aussi un modèle cognitif organisant avec un niveau rituel, pragmatique, et un niveau mythique, théorique. Le thérapeute tente de «construire» l'intelligibilité du couple, système complexe seulement accessible par

modélisation. Le questionnement réciproque des deux modèles fait naître la conscience de l'autre, et de là, le fait évoluer. L'absolu du thérapeute est un absolu de modélisateur qui évolue par transformation de son propre modèle. Ce qui est «transmis» dans une telle thérapie devient alors un modèle pour construire des modèles.

Entre le monde du couple et celui du thérapeute existe un espace intermédiaire, contenant ces «objets flottants», traces d'une symbolisation partagée, et garant de l'autonomie de l'autre. Le cadre formel du protocole invariable fait surgir des données imprévisibles et explorer les niveaux de récursivité. Les exemples cliniques présentés ici montrent cette création commune. Seule, leur lecture attentive pourra en rendre compte.

Nous sommes bien dans une épistémologie de la complexité. On reconnaît la coexistence d'autres épistémologies (les planètes alpha et beta...) et, cessant de vouloir maîtriser la complexité du réel, on dialogue avec elle par l'intermédiaire de modèles. Dans la sensibilisation du couple à son modèle cognitif, il n'y a pas transmission d'un savoir mais révélation d'une vision qui existait déjà. Le couple n'apparaîtra pas alors comme plus transparent mais plus dense.

M.F. Poulain

Jean-Claude BENOIT : «La démarche PSY. Cent façons dont quelque part ça vous interpelle», Ed. ERES, 1991.

On connaissait Jean-Claude Benoit l'écrivain infatigable aux multiples facettes : le psychothérapeute passionné par la narco-analyse, le rêve éveillé dirigé ou le test d'anticipation de Mario Berta, le systémicien introduisant (insinuant faudrait-il dire) le germe de la réflexion éco-systémique dans les institutions dès son apparition en France, le rassembleur d'idées et de collaborateurs pour l'édification d'un dictionnaire pilier d'une pragmatique de la systémique familiale et institutionnelle au quotidien.

Il nous restait à découvrir une facette de plus : celle d'un humoriste et philosophe.

Disons en passant qu'il faut un certain courage pour oser se montrer un peu plus que par un docte ouvrage de psychothérapie aux termes élaborés, mais parfois vidés de signification concrète ou affective, et proposer au lecteur, une «lecture» de la vie qui pour être de l'ordre d'un enseignement, n'en est pas moins une vision extrêmement personnelle.

C'est d'ailleurs grâce à cette écriture très personnelle et ce style très imagé, que le lecteur se sent précisément «interpelé» (comme le titre le souligne fort justement) jusque dans sa vie quotidienne bien au-delà de sa pratique professionnelle, qu'il soit thérapeute ou non.

Gageons que plus d'un lecteur se sentira tour à tour amusé, ironique, ému, agacé voire irrité, car sous une apparence anodine perce parfois une malice qui peut égratigner.

C'est sous la forme d'un dialogue socratique, dont la visée pédagogique n'est plus à démontrer, dialogue entre Faustus le savant ou plutôt le sage, et Magie (et

non pas Maggy à la consonance anglaise) la naïve, que Jean-Claude Benoit a choisi de nous emmener dans le paysage de son expérience.

Différents thèmes des «choses de la vie» (la condition humaine, le sexe, les relations, la vision du monde) sont ainsi abordés à côté d'autres thèmes des «choses de la psychothérapie» (la psychologie, les psychothérapeutes, la psychothérapie). Le mélange d'ailleurs donne un aspect «et un raton laveur» à l'ensemble du livre, ce qui n'est pas sans connotation poétique.

Au hasard du déroulement de la lecture, que l'on peut percevoir comme une Rêverie Organisée (mettre des majuscules semble contagieux...), apparaissent des questions essentielles telle: «passer l'aspirateur fait-il partie de la condition humaine», des souvenirs professionnels (question: les proches collaborateurs de Jean-Claude Benoit se sont-ils jamais doutés que des décisions aussi importantes que la transformation éventuelle d'un SL en PO ou encore la mixité dans les pavillons dépendaient de l'aspect engageant ou repoussant d'une paréidolie d'un (faux) tapis persan?).

On y trouve encore une vision originale d'auteurs tels Bateson, Bachelard ou Berne, une théorisation nouvelle et humoristique de stratégies relationnelles telles que: l'I.I.D. incompetence impuissance définitive, ou la P.H.E. position hyperbasse efficace... Mais il serait par trop réducteur de vouloir recenser toutes les découvertes d'une longue pratique psychothérapeutique, laissons à chaque lecteur le soin de relever celles qui lui feront sens.

C'est un livre où il faut se laisser guider et au fil des pages accepter de rencontrer le rire... ou la réflexion, le plaisir de la lecture en fera toute la... Magie!

B. Waternaux

J.G. LEMAIRE: «Famille, Amour, Folie», Editions Paidos, Centurion, 1989.

Le Conflit entre les écoles psychanalytiques et systémiques n'a jamais pris en Europe la même intensité qu'aux USA. Mais les deux approches restent le plus souvent étrangères l'une à l'autre. C'est dommage car la pratique amène souvent à se poser le problème de leur place réciproque et de leur articulation possible.

C'est pourquoi il faut saluer dans ce livre la création d'une pratique originale qui utilise les deux théories tout en respectant leur spécificité.

J.G. Lemaire se situe dans le champ des thérapies familiales psychanalytiques, mais il s'appuie largement sur les concepts et les protocoles élaborés par les systémiciens, tout en restant dans la logique d'une écoute des processus inconscients.

Ici, pas de distorsion des concepts freudiens pour les étendre de l'individu à la famille, comme c'est trop souvent le cas dans les théories psychanalytiques de la famille.

J.G. Lemaire propose une vision de l'homme intégrant la relation à l'autre comme une sorte d'espace de transition, et cherche à élargir le repérage topique de la métapsychologie classique trop refermée sur le sujet isolé.

L'homme, pour J.G. Lemaire, est à la fois fragile et toujours en devenir. Même adulte, il a besoin de moment de régression, de fusion. De la symbiose originelle à l'individualisation, le cheminement est long et fait bien des détours.

Dans nos sociétés complexes et exigeantes, la famille est le lien électif où s'exprime l'archaïque, l'irrationnel. Elle canalise la folie douce ou ordinaire, la rend fertile ou supportable. Mais quand rien ne va plus, elle la réprime jusqu'à l'explosion ou la laisse devenir mortifère. La description sémiologique du fonctionnement familial utilise des concepts systémiques classiques — lois, frontières, mythes... — renouvelés et fécondés par l'éclairage analytique.

Certains aspects importants du travail avec les familles, laissés dans l'ombre par la théorisation systémique, prennent là tout leur relief.

L'auteur développe une technique thérapeutique fine, s'adressant aux familles capables d'emblée d'un travail approfondi, ou ayant bénéficié d'une approche thérapeutique préliminaire.

Il s'attache au problème rarement évoqué des indications, et propose des repères concrets, facilitant le choix entre les diverses approches familiales — guidance, thérapie systémique, thérapie psychanalytique — ainsi qu'entre travail individuel et approche familiale.

Le livre se clôt sur une libre réflexion autour de l'amour : désir de fusion et menace pour les frontières de l'individu, il est au centre de l'ivresse de la passion amoureuse comme du refus terrifié de l'enfant autiste.

Lisez ce livre, les auteurs qui parlent d'amour sont ceux qui nous apprennent le plus.

A.M. Garnier

Jean LE CAMUS: «Les racines de la socialité. Approche éthologique», Editions Paidós, Centurion, 1989.

Ce livre s'ouvre sur une réflexion à propos de l'éthopsychologie. Quelle est sa place aujourd'hui parmi les autres sciences de l'homme — psychologie, psychanalyse, ethnologie, histoire...? Quelle est sa spécificité?

L'éthopsychologie a évolué, elle a pris ses distances avec le zoocentrisme des débuts de l'éthologie humaine. Et si certains concepts comme l'attachement restent essentiels dans son corpus théorique, elle se garde désormais de plaquer sans nuances sur les situations humaines une lecture issue des observations chez l'animal.

L'approche méthodologique, en éthologie, s'appuie sur une observation globale, directe et *in situ*, mais à propos de l'homme, elle peut emprunter à la psychologie pour créer des situations expérimentales.

N'ayant pas de théorie globale du comportement humain à proposer, elle travaille par hypothèses partielles, focalisées sur le comportement observé, et s'inspirant des quatre questions de l'éthologue : qu'est-ce qui provoque ce comportement? — quelle est sa fonction? — Comment apparaît-il au cours du développement individuel et du développement de l'espèce? L'éthopsychologie, confrontée à d'autres disciplines, apporte cette ouverture à l'imprévu, cette capacité d'observation que lui confère une approche naturaliste, écologique, mais pauvrement conceptualisée.

Les atouts et les faiblesses de cette démarche, bien définis par l'auteur, s'illustrent dans la partie clinique du livre, centrée sur la socialisation de l'enfant. Elle

est envisagée dans trois dimensions: relation à la mère, au père, aux pairs — ici, compagnons de crèche et de maternelle.

Dans un souci de dialogue permanent, l'auteur cite des travaux récents d'historiens, de psychanalystes, d'ethnologues, avant de détailler les études menées par son équipe de recherche.

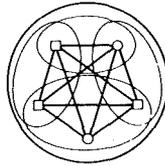
Ses conclusions sur la complémentarité des trois différents types de relation étudiés chez le bébé occidental restent imprégnées de bon sens.

C'est plus l'originalité des angles d'approches choisis, la finesse des observations, le caractère inattendu de certains résultats partiels qui retiendront l'attention.

Jean Le Camus définit avec rigueur les spécificités et les limites de la démarche actuelle en éthopsychologie, dans un esprit de dialogue et d'ouverture qui donne tout son poids à sa recherche.

A.M. Garnier

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 120.— FF 500.—*
Abonnements individuels: FS 64.— FF 267.—*

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

INFORMATIONS

DIPLÔME d'université de 3^e cycle. Faculté de Médecine de Montpellier I. «Etude et traitement de la douleur» et «psychosomatique et thérapies de relaxation». Durée 2 ans.

Informations: Centre Anti-Douleur, D.A.R. B, Hôpital Saint-Eloi, F-34059 Montpellier Cedex. Tél. 67.33.72.71.

JOURNÉES D'ÉTUDES DE THÉRAPIE FAMILIALE organisées par le Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes:

- 2 décembre 1991: Ch. Van Custem: «Beau-père, belle-mère: les images parentales à travers le divorce».
- 14 janvier 1991: R. De Bernart: «Emotions des familles, émotions des thérapeutes».
- 25 février 1992: R. Neuburger: «Corps individuel, corps familial: les limites du corps entre espace imaginaire et espace familial».
- 30 mars 1991: G. Ausloos: «Le processus de changement dans les prises en charge institutionnelles».

Informations: Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes, av. Edouard-Lacomblé 30, B-1040 Bruxelles. Tél. 02-771.74.76.

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.

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 Paris. Tél. 16 (1) 42.49.66.44.

SÉMINAIRE de thérapie contextuelle avec le Prof. I. Boszormenyi Nagy sur les thèmes: Ethique relationnelle; approche contextuelle de la famille; unité des thérapies; application concrète de l'approche contextuelle. Paris, les 30 et 31 janvier 1992.

Informations: Dr J.F. Le Goff, C.H.S. Barthélémy Durand, av. du 8-mai-1945, F-91152 Etampes Cedex. Tél. 64.94.80.60 Poste 525.

6^e CONGRÈS INTERNATIONAL de thérapie familiale: «Divorce and remarriage: interdisciplinary issues and approaches». Divorce and Remarriage: Therapeutic approaches, adults and children; Religious aspects; Legal aspects; Social networks; Cross cultural studies; Social and economic aspects. Mediation: Legal and professional aspects. Courts and family issues: Issues in child custody; The binuclear family. Jérusalem, du 29 mars au 3 avril 1992.

Informations: Congress secretariat, Ms Meera Jacobson, c/o International Ltd, P.O. Box 29313, 61292 Tel Aviv, Israel. Tél. 972-3-510-2538. Fax: 972-3-660604.

1^{er} COLLOQUE INTERNATIONAL: «Santé mentale, sociétés et cultures». Pour une psychiatrie humanitaire. Sous l'égide de Médecins du Monde. Bucarest, du 20 au 22 mai 1992. Semaine culturelle du 19 au 23 mai 1992.

Informations: Secrétariat d'organisation, F. Lucchesi, Médecins du Monde, B.P. 7185, F-30914 Nîmes Cedex. Tél. 66.38.35.14. Fax 66.29.15.32.

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

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

FORMATION: «Approche systémique et institution», destinée à des responsables de projets institutionnels (services hospitaliers, services sociaux, médicaux et éducatifs). Animateurs: S. Hirsch et P. Segond. Début: janvier 1992, 5 sessions de deux jours par année.

Informations: Centre d'Etude de la Famille-Association (C.E.F.A.), 18, rue du Champ-de-l'Alouette, F-75013 Paris. Tél. (1) 43.36.90.95.

International conference on the use of stories and metaphors as fools in communication. Budapest du 16 au 19 juillet 1992.

Renseignements: Congressbureau of the federation of Hungarian Medical Societies (MOTESZ), Ms Krisztina Csongrádi, H-1443, Hungary, Budapest, P.O. Box 145, Tél. (36-1) 251-7999.

INDEX CUMULATIF PAR ARTICLES

Vol. VIII, IX, X, XI, XII (1987, 1988, 1989, 1990, 1991)

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
A la recherche de la structure qui relie. Contextes et sens dans le temps.	Vieytes-Schmitt C.	(1989) X: 231-250
Adolescents et jeunes adultes en quête de leur autonomie. Réflexions sur 20 cures individuelles conduites en référence systémique.	Masson O.	(1990) XI: 247-260
Appartogramme.	Ritz F. <i>et al.</i>	(1988) IX: 39-44
Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget.	Réal O., Vannotti M.	(1988) IX: 295-308
Approche intergénérationnelle et problèmes de setting en thérapie de famille.	Salem G.	(1988) IX: 135-146
Approche systémique de la sélection des familles d'accueil.	Schneider B.	(1990) XI: 55-72
Approche systémique de patients intraitables en clinique psychiatrique.	Igodt Paul	(1988) IX: 83-92
Approche systémique et collaboration interdisciplinaire en hôpital psychiatrique.	Grasset F.	(1988) IX: 3-16
Approches thérapeutiques du couple remarié.	Verstraeten D.	(1989) X: 113-120
Aspects formels de la communication verbale dans l'approche diagnostique et thérapeutique des systèmes familiaux en difficultés.	Olier M.	(1989) X: 341-350
Catamnèse d'interventions conduites dans 12 situations de crises familiales périnatales.	Cuendet C.L.	(1987) VIII: 153-168
Catastrophes de la Communication et ruptures de comportements.	Rochat F.	(1987) VIII: 389-402
Collaborer, c'est travailler ensemble: des parents-clients aux parents-collaborateurs.	Ausloos G.	(1991) XII: 237-248
Comment permettre à des adolescents «arrêtés» dans le temps de retrouver, dans leurs valeurs et leur histoire familiale, les racines de leur projet d'avenir?	Emery C.	(1991) XII: 171-186
Contribution des rites au fonctionnement familial.	Morval M.	(1988) IX: 119-126
Côté Cour, Côté... Psy.	Scieur Y., Siméon M.	(1988) IX: 309-322
Croissance et changement dans une famille à transactions rigides.	Goubier-Boula M.O., Vannotti M.	(1991) XII: 65-80

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
De l'individualisme à l'autonomie.	Nanchen M.	(1990) XI: 261-272
De la circularité dans le modèle circumplexe d'Olson.	Fontaine P.J. <i>et al.</i>	(1991) XII: 211-224
De la délégation à la médiation...	Cauletin M.	(1990) XI: 439-452
De la famille aux institutions: les messages irrécupérables, erreur et créativité.	Rey Y. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 7-18
Des entretiens de famille aux observations à domicile et retour.	Rochat F.	(1991) XII: 249-256
Des ruptures paradoxales. Divorce et réactivation des liens familiaux.	Bastard B., Cardia-Vonèche L <i>et al.</i>	(1989) X: 251-260
Des travailleurs sociaux sous ordonnances.	Aubrée G., Taufour Ph.	(1988) IX: 331-348
Du concept de neutralité ou les héritages ne se refusent pas.	Vola P.E.	(1988) IX: 261-270
Effets contre-intuitifs de la crise induite.	Pauze R. <i>et al.</i>	(1989) X: 289-296
Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circumplexe de Olson ou: comment la logique des contraintes est aussi une logique des proximités.	Reynaert C. <i>et al.</i>	(1991) XII: 55-64
Emploi de l'hypnose pendant les entretiens de famille.	Béguelin C.	(1991) XII: 161-170
Entretiens familiaux, désintoxication hospitalière et traitement ambulatoire de l'alcoolisme.	Roussaux J.P.	(1988) IX: 167-176
Equipe éducative entre contrôle et changement, 1 ^{re} partie.	Pauze R. <i>et al.</i>	(1990) XI: 27-40
Equipe éducative entre contrôle et changement, 2 ^e partie.	Pauze R. <i>et al.</i>	(1990) XI: 221-230
Essai sur la thérapie de réseau: une approche systémique de la psychiatrie sociale.	Chavanne J. <i>et al.</i>	(1988) IX: 93-98
Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapique.	Cuendet C.L.	(1991) XII: 257-272
Familles assistées et travail social. L'offre et la demande.	Mugnier J.P.	(1990) XI: 41-54
Formation Action Recherche et Supervision «Le réseau Rasta».	Benghozi P. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 315-328
Formation de médecins généralistes à l'épistémologie systémique et son application dans la relation médecin-patient.	Tilmans-Ostyn E.	(1989) X: 103-112
Du «jeu symétrique» du couple au «jeu psychotique» de la famille.	Prata G.	(1991) XII: 3-16
Hiérarchie et circularité dans le dialogue. L'apport d'une recherche sur la dyade.	Fivaz-Depeursinge E.	(1991) XII: 29-44
Historique du Centre Monceau.	Angel S.	(1991) XII: 301-313
Homéostasie familiale et espace mythique individuel, une contradiction?	Cassiers L.	(1988) IX: 111-118
Hospitalisation psychiatrique: qui veut quel changement?	Renz T.	(1988) IX: 67-70
Incurabilité ou absence de cure? Une recherche systémique sur les troubles psychosomatiques chroniques.	Onnis L.	(1988) IX: 199-218

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
Individu - Symptôme - Famille.	Ausloos G.	(1990) XI: 273-280
Individu, famille, systèmes plus larges — aller et retour.	Duss-von Werdt J.	(1991) XII: 279-292
Induire la crise du système thérapeutique.	Vola P.E. <i>et al.</i>	(1989) X: 297-310
Interactions Famille - Justice - Institutions. Description de la prise en charge institutionnelle d'un adolescent délinquant et de sa famille.	Beday-Hauser P.	(1988) IX: 383-396
Introduire l'approche systémique par une intervention banale.	Terribilini C.	(1988) IX: 45-48
L'adolescence — Temps des passions.	Vieytes-Schmitt C.	(1991) XII: 121-134
L'affiliation initiale. Essai de théorisation.	Rougeul F.	(1989) X: 323-340
L'anorexie mentale dans une perspective systémique.	Selvini-Palazzoli M.	(1989) X: 87-102
L'anticipation: Aider l'intervenant face au changement.	Benoit J.C.	(1991) XII: 315-325
L'approche familiale de la maladie en Afrique centrale, étiologie et parenté.	Guilé J.M. <i>et al.</i>	(1988) IX: 127-134
L'approche systémique et les patients âgés à l'hôpital psychiatrique.	Colas Y.	(1988) IX: 71-82.
L'autisme infantile et la famille. Le holding de Michele Zapella comme approche écopyschosomatique.	Compernelle F.J.	(1989) X: 33-50
L'écosystème individuel. Réflexions sur l'individu et l'individualisme thérapeutique.	Duss-von Werdt J.	(1990) XI: 237-246
L'émergence des récits comme foyer de thérapie.	Sluzki Carlos E.	(1991) XII: 293-300
L'énurésie: définitions et approches thérapeutiques. Diversité et redondance.	Sacré M.	(1990) XI: 139-154
L'esthétique du changement. Application du modèle cybernétique à la thérapie familiale.	Igodt P., Cauffmann L.	(1987) VIII: 127-140
L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-88.	Pauze R., Cotnarianu P.A.	(1991) XII: 45-54
L'expression des émotions dans la famille.	Dessoy E.	(1988) IX: 247-260
L'inceste, symptôme de troubles hiérarchiques graves dans la famille.	Gonsalves P., Chaperon-Mégroz C.	(1990) XI: 155-156
L'individu: réseau et processus.	Seywert F.	(1990) XI: 309-322
L'individu dans le jeu.	Selvini-Palazzoli M. <i>et al.</i>	(1989) X: 3-14
L'individu dans le système.	Caillé Ph.	(1989) X: 205-220
L'intervenant, le système et la crise.	Caillé Ph.	(1987) VIII: 359-370
L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques.	De Clercq M.	(1988) IX: 231-246
L'urgence psychiatrique et le médecin généraliste.	Demay-Laulan M.	(1987) VIII: 247-256
L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés.	Barudy J.	(1989) X: 15-32
La barrière de microbes.	Prata G.	(1990) XI: 3-14

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande.	Tilmans-Ostyn E.	(1987) VIII: 229-246
La demande par delà le mandat. Etude de la demande en milieu institutionnel pour les jeunes en difficulté d'adaptation.	Bourassa B., Des Rochers H.	(1989) X: 163-174
La dépendance du thérapeute... Condition de l'autonomie.	Rougeul F.	(1991) XII: 151-160
La dynamique des systèmes. Un modèle sur la toxicomanie.	Laufer J., Gordon E.	(1990) XI: 191-220
La famille: phénomène autoréférentiel et non pas système autopoïétique.	Stigler M.	(1990) XI: 323-330
La famille peut-elle être considérée comme un système autopoïétique?	Cecchin G.	(1987) VIII: 99-106
La fiche téléphonique, pierre angulaire de la première rencontre avec la famille.	Di Blasio P. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 257-274
Le labyrinthe de la supervision.	Ackermans A. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 275-286
La pensée systémique et l'approche du problème présenté.	Vansteenwegen A.	(1988) IX: 103-110
La situation paradoxale du patient psychiatrique. Une stratégie d'intervention.	Serra P.	(1988) IX: 147-158
La systémique et l'art. L'art de l'approche systémique.	Vieytes-Schmitt C., Tilmans-Ostyn E.	(1990) XI: 117-138
La thérapie avec les familles des migrants.	Serrano J.A.	(1989) X: 311-322
La thérapie de l'alcoolisme par le couple.	Hers D. <i>et al.</i>	(1989) X: 63-72
La thérapie familiale face à l'inceste.	Vanmarcke D., Igodt P.	(1987) VIII: 371-388
Le jeu des images dans un système familial avec un enfant handicapé.	Sacre M.	(1987) VIII: 185-196
Le Juge, le Secret et le «common knowledge».	Neuburger M.	(1988) IX: 301-308
Le médioscope systémique et l'objet métaphorique négatif anticrateur à l'hôpital psychiatrique.	Benoit J.C.	(1988) IX: 27-38
Le modèle systémique des relations humaines ou l'hypothèse de l'autonomie créative.	Caillé Ph.	(1987) VIII: 19-30
Le placement familial, système à double parentalité.	Bridgman F.	(1987) VIII: 301-314
Le problème du référent quand celui-ci est membre de la fratrie.	Selvini-Palazzoli M.	(1987) VIII: 337-358
Le profil psychosocial de la famille multi-assistée.	Felzenszwalb M.	(1991) XII: 337-347
Le psychodrame familial.	Traube R.B.	(1990) XI: 331-344
Le récit familial et ses variations.	Salem G.	(1990) XI: 281-294
Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique. Influences actuelles sur la théorie et sur la pratique.	Onnis L.	(1991) XII: 99-110
Le syndrome d'épuisement professionnel.	Masson O.	(1990) XI: 355-370
Le thérapeute comme acteur du jeu ou de la compétition des vouloirs dans la transaction psychotique.	Vola P.E.	(1990) XI: 167-174
Les cartes institutionnelles. Une figuration topologique des doubles liens.	Benoit J.C.	(1991) XII: 17-28

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
Les différents champs d'analyse et d'intervention systémique dans la maltraitance infantile.	Barudy J. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 169-184
Les systèmes familiaux à parentalité multiple.	Bridgman F.	(1989) X: 51-62
Lois générales, règles intrinsèques, singularités et construction du réel.	Elkaïm M.	(1987) VIII: 31-44
Maigrir... sans m'aigrir.	Siméon M., Malvaux P.	(1990) XI: 103-116
Maigrir... sans m'aigrir. II. Résultats d'une recherche.	Siméon M. <i>et al.</i>	(1990) XI: 385-406
Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie.	Masson O.	(1988) IX: 283-300
Mariage, environnement familial et ulcère duodéal chronique: de l'acidité familiale à l'acidité gastrique?	Janne P. Reynaert C. <i>et al.</i>	(1988) IX: 183-198
Marital Tensions: Introduction à la lecture d'Henry Dicks.	Le Bon O. <i>et al.</i>	(1991) XII: 349-360
Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise.	Cuendet C.L.	(1988) IX: 219-230
Modèles du système et systèmes de modèles.	Le Moigne J.L.	(1987) VIII: 107-120
Mythe, rituel et autoréférence en thérapie familiale.	Goffinet S.	(1990) XI: 73-90
Niveaux de signification et communication.	Vasquez L. <i>et al.</i>	(1991) XII: 135-150
Paradoxe et contre-paradoxe, complexité et contre-complexité.	Guitton C.	(1991) XII: 201-204
Pensée systémique et logopédie.	Grandchamp G.	(1989) X: 121-134
Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance.	Gaillard J.P.	(1991) XII: 195-200
Pour une clinique de l'affiliation initiale.	Rougeul F.	(1989) X: 261-274
Pour une suicidologie systémique.	Vallée D.	(1988) IX: 159-166
Qu'attendent les familles de l'hospitalisation psychiatrique d'un de leurs membres.	Duruz N. <i>et al.</i>	(1988) IX: 49-66
Quelques mécanismes d'action des interventions systémiques.	Gouiran M., Teppa J.	(1990) XI: 371-384
Quelques précurseurs de la théorie générale des systèmes: Anaximandre, Moïse de Léon, Saint-Bonaventure, Novalis.	Bernard-Weil E.	(1989) X: 221-230
Qui fait la loi? A propos d'une expérience de thérapie familiale sous ordonnance judiciaire au décours de sévices à un enfant.	Blanchon Y., Chassin M.	(1988) IX: 365-374
Redéfinition des problèmes: un exemple de la créativité du thérapeute systémique.	Onnis L.	(1987) VIII: 59-70
Rencontre avec B. Defranck-Lynch.	Defrank-Lynch B.	(1990) XI: 175-190
Respecter la créativité du thérapeute. Analyse d'une supervision centrée sur le système thérapeutique.	Cancrini L.	(1987) VIII: 45-58
Setting didactique et setting thérapeutique: notes pour une réflexion.	Prata G., Raffin C.	(1989) X: 191-204
Signalement et abord systémique.	Mugnier J.P.	(1988) IX: 349-364

Titre	Auteurs	Parution <i>Ther. fam.</i>
Temps des familles. Temps des thérapeutes.	Ausloos G.	(1990) XI: 5-26
Thérapie familiale — Perspective anthropoanalytique.	Hipolito J., Mendes Coelho F.	(1989) X: 351-358
Thérapie familiale dans une consultation de pédopsychiatrie.	Masson O., Gonsalves P.	(1987) VIII: 141-152
Thérapie familiale de l'anorexie mentale: un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales.	Onnis L.	(1991) XII: 225-236
Thérapie familiale de longue durée et processus de développement.	Grasset F. <i>et al.</i>	(1989) X: 147-162
Thérapie familiale et toxicomanie.	Silvestre M.	(1991) XII: 327-335
Thérapie familiale systémique et famille africaine contemporaine. Le cas du Cameroun.	Tsala Tsala J.P.	(1991) XII: 111-120
Topologie institutionnelle psychiatrique à la façon de René Thom.	Benoit J.C., Basard P.	(1989) X: 135-146
Travailler avec les familles non volontaires.	Poisson P.	(1988) IX: 323-330
Typologies de familles ou structurations des formes de sociation?	Macquet C.	(1991) XII: 205-210
Un cas d'énurésie: de l'équilibrage des interactions à la différenciation intergénérationnelle.	Gonsalves P., Mannella C.	(1990) XI: 425-438
Un écosystème ouvert: l'institution psychiatrique	Schurmans D.	(1987) VIII: 403-420
Un essai d'une évaluation contextuelle d'un patient hospitalisé.	Duruz N. <i>et al.</i>	(1987) VIII: 197-214
Un recadrage métaphorique: le conte de la famille.	Andrey B.	(1987) VIII: 77-98
Une «thérapie» doublement contraignante.	Corchuan L.	(1988) IX: 375-382
Une pratique familiale de secteur psychiatrique à la Martinique.	Billon E.	(1987) VIII: 215-224
Vers un travail systémique individuel.	Amiguet O., Gresslin Ph.	(1987) VIII: 287-300
Violence individuelle — Violence familiale — Violence hospitalière.	Lalive J. <i>et al.</i>	(1988) IX: 17-26
Y a-t-il un pilote dans la classe? Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel.	Evéquoq G.	(1990) XI: 407-424
Y a-t-il des paradoxes sociaux?	Barrel Y.	(1987) VIII: 71-76

INDEX CUMULATIF PAR AUTEURS

Vol. VIII, IX, X, XI, XII (1987, 1988, 1989, 1990, 1991)

Auteurs	Titre	Parution <i>Ther. fam.</i>
Ackermans A <i>et al.</i>	Le labyrinthe de la supervision.	(1987) VIII: 275-286
Amiguet O., Gresslin Ph.	Vers un travail systémique individuel.	(1987) VIII: 287-300
Andrey B.	Un recadrage métaphorique: le conte de la famille.	(1987) VIII: 77-98
Angel S.	Historique du Centre Monceau.	(1991) XII: 301-313
Aubrée G., Taufour Ph.	Des travailleurs sociaux sous ordonnances.	(1988) IX: 331-348
Ausloos G.	Temps des familles. Temps des thérapeutes.	(1990) XI: 5-26
Ausloos G.	Collaborer, c'est travailler ensemble: des parents-clients aux parents-collaborateurs.	(1991) XII: 237-248
Ausloos G.	Individu — Symptôme — Famille.	(1990) XI: 273-280
Barrel Y.	Y a-t-il des paradoxes sociaux?	(1987) VIII: 71-76
Barudy J.	L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés.	(1989) X: 15-32
Barudy J. <i>et al.</i>	Les différents champs d'analyse et d'intervention systémique dans la maltraitance infantile.	(1987) VIII: 169-184
Bastard B., Cardia-Vonèche L. <i>et al.</i>	Des ruptures paradoxales. Divorce et réactivation des liens familiaux.	(1989) X: 251-260
Beday-Hauser P.	Interactions Famille - Justice - Institutions. Description de la prise en charge institutionnelle d'un adolescent délinquant et de sa famille.	(1988) IX: 383-396
Béguelin C.	Emploi de l'hypnose pendant les entretiens de famille.	(1991) XII: 161-170
Benghozi P. <i>et al.</i>	Formation Action Recherche et Supervision «Le réseau Rasta».	(1987) VIII: 315-328
Benoit J.C.	L'anticipation: Aider l'intervenant face au changement.	(1991) XII: 315-325
Benoit J.C.	Le médioscope systémique et l'objet métaphorique négatif anticipateur à l'hôpital psychiatrique.	(1988) IX: 27-38
Benoit J.C.	Les cartes institutionnelles. Une figuration topologique des doubles liens.	(1991) XII: 17-28
Benoit J.C., Basard P.	Topologie institutionnelle psychiatrique à la façon de René Thom.	(1989) X: 135-146
Bernard Weil E.	Quelques précurseurs de la théorie générale des systèmes: Anaximandre, Moïse de Léon, Saint-Bonaventure, Novalis.	(1989) X: 221-230

Auteurs	Titre	Parution <i>Ther. fam.</i>
Billon E.	Une pratique familiale de secteur psychiatrique à la Martinique.	(1987) VIII: 215-224
Blanchon Y., Chassin M.	Qui fait la loi? A propos d'une expérience de thérapie familiale sous ordonnance judiciaire au décours de sévices à un enfant.	(1988) IX: 365-374
Bourassa B., Des Rochers H.	La demande par delà le mandat. Etude de la demande en milieu institutionnel pour les jeunes en difficulté d'adaptation.	(1989) X: 163-174
Bridgman F.	Les systèmes familiaux à parentalité multiple.	(1989) X: 51-62
Bridgman F.	Le placement familial, système à double parentalité.	(1987) VIII: 301-314
Caillé Ph.	L'intervenant, le système et la crise.	(1987) VIII: 359-370
Caillé Ph.	Le modèle systémique des relations humaines ou l'hypothèse de l'autonomie créative.	(1987) VIII: 19-30
Caillé Ph.	L'individu dans le système.	(1989) X: 205-220
Cancrini L.	Respecter la créativité du thérapeute. Analyse d'une supervision centrée sur le système thérapeutique.	(1987) VIII: 45-58
Cassiers L.	Homéostasie familiale et espace mythique individuel, une contradiction?	(1988) IX: 111-118
Cauletin M.	De la délégation à la médiation...	(1990) XI: 439-452
Cecchin G.:	La famille peut-elle être considérée comme un système autopoïétique?	(1987) VIII: 99-106
Chavanne J. <i>et al.</i>	Essai sur la thérapie de réseau: une approche systémique de la psychiatrie sociale.	(1988) IX: 93-98
Colas Y.	L'approche systémique et les patients âgés à l'hôpital psychiatrique.	(1988) IX: 71-82
Compernelle F.J.	L'autisme infantile et la famille. Le holding de Michele Zapella comme approche écopychosomatique.	(1989) X: 33-50
Corchuan L.	Une «thérapie» doublement contraignante.	(1988) IX: 375-382
Cuendet C.L.	Catamnèse d'interventions conduites dans 12 situations de crise familiale péripartales.	(1987) VIII: 153-168
Cuendet C.L.	Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapique.	(1991) XII: 257-272
Cuendet C.L.	Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise.	(1988) IX: 219-230
De Clercq M.	L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques.	(1988) IX: 231-246
Defranck-Lynch B.	Rencontre avec B. Defranck-Lynch.	(1990) XI: 175-190
Demay-Laulan M.	L'urgence psychiatrique et le médecin généraliste.	(1987) VIII: 247-256
Dessoy E.	L'expression des émotions dans la famille.	(1988) IX: 247-260
Di Blasio P. <i>et al.</i>	La fiche téléphonique, pierre angulaire de la première rencontre avec la famille.	(1987) VIII: 257-274
Duruz N. <i>et al.</i>	Qu'attendent les familles de l'hospitalisation psychiatrique d'un de leurs membres.	(1988) IX: 49-66

Auteurs	Titre	Parution <i>Theor. fam.</i>
Duruz N. <i>et al.</i>	Un essai d'une évaluation contextuelle d'un patient hospitalisé.	(1987) VIII: 197-214
Duss-von Werdt J.	L'écosystème individuel. Réflexions sur l'individu et l'individualisme thérapeutique.	(1990) XI: 237-246
Duss-von Werdt J.	Individu, famille, systèmes plus larges — aller et retour.	(1991) XII: 279-292
Elkaïm M.	Lois générales, règles intrinsèques, singularités et construction du réel.	(1987) VIII: 31-44
Emery C.	Comment permettre à des adolescents «arrêtés» dans le temps de retrouver, dans leurs valeurs et leur histoire familiale, les racines de leur projet d'avenir?	(1991) XII: 171-186
Evéquoz G.	Y a-t-il un pilote dans la classe? Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel.	(1990) XI: 407-424
Felzenswalb M.	Le profil psychosocial de la famille multi-assistée.	(1991) XII: 337-347
Fivaz-Depeursinge E.	Hiérarchie et circularité dans le dialogue. L'apport d'une recherche sur la dyade.	(1991) XII: 29-44
Fontaine P.J. <i>et al.</i>	De la circularité dans le modèle circumplexe d'Olson.	(1991) XII: 211-224
Gaillard J.P.	Plaidoyer pour un concept en voie de déchéance.	(1991) XII: 195-200
Goffinet S.	Mythe, rituel et autoréférence en thérapie familiale.	(1990) XI: 73-90
Gonsalves P., Chaperon-Mégroz C.	L'inceste, symptôme de troubles hiérarchiques graves dans la famille.	(1990) XI: 155-166
Gonsalves P., Mannella C.	Un cas d'énurésie: de l'équilibrage des interactions à la différenciation intergénérationnelle.	(1990) XI: 425-438
Goubier-Boula M.O., Vannotti M.	Croissance et changement dans une famille à transactions rigides.	(1991) XII: 65-80
Gouiran M., Teppa J.	Quelques mécanismes d'action des interventions systémiques.	(1990) XI: 371-384
Grandchamp G.	Pensée systémique et logopédie.	(1989) X: 121-134
Grasset F.	Approche systémique et collaboration interdisciplinaire en hôpital psychiatrique.	(1988) IX: 3-16
Grasset F. <i>et al.</i>	Thérapie familiale de longue durée et processus de développement.	(1989) X: 147-162
Guilé J.M. <i>et al.</i>	L'approche familiale de la maladie en Afrique centrale, étiologie et parenté.	(1988) IX: 127-134
Guitton C.	Paradoxe et contre-paradoxe, complexité et contre-complexité.	(1991) XII: 201-204
Hers D. <i>et al.</i>	La thérapie de l'alcoolisme par le couple.	(1989) X: 63-72
Hipolito J., Mendes Coelho F.	Thérapie familiale — Perspective anthropanalytique.	(1989) X: 351-358
Igdot P., Cauffmann L.	L'esthétique du changement. Application du modèle cybernétique à la thérapie familiale.	(1987) VIII: 127-140

Auteurs	Titre	Parution <i>Ther. fam.</i>
Igodt P.	Approche systémique de patients intraitables en clinique psychiatrique.	(1988) IX: 83-92
Janne P., Reynaert C. <i>et al.</i>	Mariage, environnement familial et ulcère duodénal chronique: de l'acidité familiale à l'acidité gastrique?	(1988) IX: 183-198
Lalive J. <i>et al.</i>	Violence individuelle — Violence familiale — Violence hospitalière.	(1988) IX: 17-26
Laufer J., Gordon E.	La dynamique des systèmes. Un modèle sur la toxicomanie.	(1990) XI: 191-220
Le Moigne J.L.	Modèles du système et systèmes de modèles.	(1987) VIII: 107-120
Le Bon O. <i>et al.</i>	Marital Tensions: Introduction à la lecture d'Henry Dicks.	(1991) XII: 349-360
Macquet C.	Typologies de familles ou structurations des formes de sociation?	(1991) XII: 205-210
Masson O.	Adolescents et jeunes adultes en quête de leur autonomie. Réflexions sur 20 cures individuelles conduites en référence systémique.	(1990) XI: 247-260
Masson O.	Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie.	(1988) IX: 283-300
Masson O.	Le syndrome d'épuisement professionnel.	(1990) XI: 355-370
Masson O., Gonsalves P.	Thérapie familiale dans une consultation de pédopsychiatrie.	(1987) VIII: 141-152
Morval M.	Contribution des rites au fonctionnement familial.	(1988) IX: 119-126
Mugnier J.P.	Signalement et abord systémique.	(1988) IX: 349-364
Mugnier J.P.	Familles assistées et travail social. L'offre et la demande.	(1990) XI: 41-54
Nanchen M.	De l'individualisme à l'autonomie.	(1990) XI: 261-272
Neuburger M.	Le Juge, le Secret et le «common knowledge».	(1988) IX: 301-308
Olier M.	Aspects formels de la communication verbale dans l'approche diagnostique et thérapeutique des systèmes familiaux en difficultés.	(1989) X: 341-350
Onnis L.	Thérapie familiale de l'anorexie mentale: un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales.	(1991) XII: 225-236
Onnis L.	Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique. Influences actuelles sur la théorie et sur la pratique.	(1991) XII: 99-110
Onnis L.	Incurabilité ou absence de cure? Une recherche systémique sur les troubles psychosomatiques chroniques.	(1988) IX: 199-218
Onnis L.	Redéfinition des problèmes: un exemple de la créativité du thérapeute systémique.	(1987) VIII: 59-70
Pauze R. <i>et al.</i>	Equipe éducative entre contrôle et changement, 1 ^{re} partie.	(1990) XI: 27-40
Pauze R. <i>et al.</i>	Equipe éducative entre contrôle et changement, 2 ^e partie.	(1990) XI: 221-230

Auteurs	Titre	Parution <i>Theor. fam.</i>
Pauze R., Cotnarianu P.A.	L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-88.	(1991) XII: 45-54.
Pauze R. <i>et al.</i>	Effets contre-intuitifs de la crise induite.	(1989) X: 289-296
Poisson P.	Travailler avec les familles non volontaires.	(1988) IX: 323-330
Prata G.	La barrière de microbes.	(1990) XI: 3-14
Prata G.	Du «jeu symétrique» du couple au «jeu psychotique» de la famille.	(1991) XII: 3-16
Prata G., Raffin C.	Setting didactique et setting thérapeutique: notes pour une réflexion.	(1989) X: 191-204
Réal O., Vannotti M.	Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget.	(1990) XI: 295-308
Renz T.	Hospitalisation psychiatrique: qui veut quel changement?	(1988) IX: 67-70
Rey Y. <i>et al.</i>	De la famille aux institutions: les messages irrécupérables, erreur et créativité.	(1987) VIII: 7-18
Reynaert C. <i>et al.</i>	Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou: comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités.	(1991) XII: 55-64
Ritz F. <i>et al.</i>	Appartogramme.	(1988) IX: 39-44
Rochat F.	Catastrophes de la Communication et ruptures de comportements.	(1987) VIII: 389-402
Rochat F.	Des entretiens de famille aux observations à domicile et retour.	(1991) XII: 249-256
Rougeul F.	La dépendance du thérapeute... Condition de l'autonomie.	(1991) XII: 151-160
Rougeul F.	L'affiliation initiale. Essai de théorisation.	(1989) X: 323-340
Rougeul F.	Pour une clinique de l'affiliation initiale.	(1989) X: 261-274
Roussaux J.P.	Entretiens familiaux, désintoxication hospitalière et traitement ambulatoire de l'alcoolisme.	(1988) IX: 167-176
Sacre M.	Le jeu des images dans un système familial avec un enfant handicapé.	(1987) VIII: 185-196
Sacre M.	L'énurésie: définitions et approches thérapeutiques. Diversité et redondance.	(1990) XI: 139-154
Salem G.	Le récit familial et ses variations.	(1990) XI: 281-294
Salem G.	Approche intergénérationnelle et problèmes de setting en thérapie de famille.	(1988) IX: 135-146
Schneider B.	Approche systémique de la sélection des familles d'accueil.	(1990) XI: 55-72
Schurmans D.	Un écosystème ouvert: l'institution psychiatrique.	(1987) VIII: 403-420
Scieur Y., Siméon M.	Côté... Cour, Côté... Psy.	(1988) IX: 309-322
Selvini-Palazzoli M.	Le problème du référent quand celui-ci est membre de la fratrie.	(1987) VIII: 337-358
Selvini-Palazzoli M.	L'anorexie mentale dans une perspective systémique.	(1989) X: 87-102
Selvini-Palazzoli M. <i>et al.</i>	L'individu dans le jeu.	(1989) X: 3-14
Serra P.	La situation paradoxale du patient psychiatrique. Une stratégie d'intervention.	(1988) IX: 147-158

Auteurs	Titre	Parution <i>Ther. fam.</i>
Serrano J.A.	La thérapie avec les familles des migrants.	(1989) X: 311-322
Seywert F.	L'individu; réseau et processus.	(1990) XI: 309-322
Silvestre M.	Thérapie familiale et toxicomanie.	(1991) XII: 327-335
Siméon M. <i>et al.</i>	Maigrir... sans m'aigrir (II). Résultats d'une recherche.	(1990) XI: 385-406
Siméon M., Malvaux P.	Maigrir... sans m'aigrir.	(1990) XI: 103-116
Sluzki C.E.	L'émergence des récits comme foyer de thérapie.	(1991) XII: 293-300
Stigler M.	La famille: phénomène autoréférentiel et non pas système autopoïétique.	(1990) XI: 323-330
Terribilini C.	Introduire l'approche systémique par une intervention banale.	(1988) IX: 45-48
Tilmans-Ostyn E.	Formation de médecins généralistes à l'épistémologie systémique et son application dans la relation médecin-patient.	(1989) X: 103-112
Tilmans-Ostyn E.	La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande.	(1987) VIII: 229-246
Traube R.B.	Le psychodrame familial.	(1990) XI: 331-344
Tsala Tsala J.P.	Thérapie familiale systémique et famille africaine contemporaine. Le cas du Cameroun.	(1991) XII: 111-120
Vallée D.	Pour une suicidologie systémique.	(1988) IX: 159-166
Vanmarcke D., Igodt P.	La thérapie familiale face à l'inceste.	(1987) VIII: 371-388
Vansteenwegen A.	La pensée systémique et l'approche du problème présenté.	(1988) IX: 103-110
Vasquez L. <i>et al.</i>	Niveaux de signification et communication.	(1991) XII: 135-150
Verstraeten D.	Approches thérapeutiques du couple remarqué.	(1989) X: 113-120
Vieytes-Schmitt C.	A la recherche de la structure qui relie. Contextes et sens dans le temps.	(1989) X: 231-250
Vieytes-Schmitt C.	L'adolescence — Temps des passions.	(1991) XII: 121-134
Vieytes-Schmitt C., Tilmans-Ostyn E.	La systémique et l'art. L'art de l'approche systémique.	(1990) XI: 117-138
Vola P.E. <i>et al.</i>	Induire la crise du système thérapeutique.	(1989) X: 297-310
Vola P.E.	Du concept de neutralité ou les héritages ne se refusent pas.	(1988) IX: 261-270
Vola P.E.	Le thérapeute comme acteur du jeu ou de la compétition des vœux dans la transaction psychotique.	(1990) XI: 167-174

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.

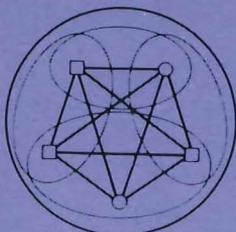
BIBLIOGRAPHIE

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'abrégé 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 4

SOMMAIRE

Présentation	277
J. DUSS-VON WERDT: Individu, famille, systèmes plus larges – Aller et retour	279
C. SLUZKI: L'émergence des récits comme foyer de thérapie	293
S. ANGEL: Bilan de dix années de fonctionnement du Centre Monceau ...	301
J.C. BENOIT: L'anticipation: aider l'intervenant face au changement	315
M. SILVESTRE: Thérapie familiale et toxicomanie	327
M. FELZENSZWALB: Le profil psychosocial de la famille multiassistée ...	337
O. LE BON, N. ZUCKER et A. PAIRON: Marital tensions: une introduction à la lecture de Henry Dicks	349
Recensions	361
Informations	367
Index cumulatif, vol. VIII, IX, X, XI, XII	369

CONTENTS

Presentation	277
J. DUSS-VON WERDT: Individual, family, larger systems – there and back	279
C. SLUZKI: The emergence of narratives as a focus for therapy	293
S. ANGEL: History of the Monceau Center	301
J.C. BENOIT: Anticipation: how to help the therapist to get change	315
M. SILVESTRE: Family therapy and drug abuse	327
M. FELZENSZWALB: The psychosocial profile of the multiproblem family	337
O. LE BON, N. ZUCKER et A. PAIRON: Marital tensions: an introduction to Henry Dicks	349
Recensi	361
.....	367
Cumulative index vol. VIII, IX, X, XI, XII	369