



THERAPIE FAMILIALE

Vol. VI — 1985 — N° 2

SOMMAIRE

J.-J. EISENRING : Bibliographie analytique de thérapie familiale francophone 1980-1984 61

CONTENTS

J.-J. EISENRING : Analytic bibliography of french speaking family therapy 1980-1984 61

THERAPIE FAMILIALE

Revue internationale d'Associations Francophones



1980 — 1984

CINQ ANS AU SERVICE
DE LA THÉRAPIE FAMILIALE
FRANCOPHONE

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

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal, Ph. CAILLE, Oslo, M. DEMANGEAT, Bordeaux, A. DESTANDAU, Menton, J. DÜSS-von WERDT, Zürich, P. FONTAINE, Bruxelles, L. KAUFMANN, Lausanne, J. KELLERHALS, Genève, S. LEOVICI, Paris, J.-G. LEMAIRE, Versailles, D. MASSON, Lausanne, A. MENTHONNEX, Genève, † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer, R. NEUBURGER, Paris, Y. PELICIER, Paris, R.P. PERRONE, St Etienne, F.X. PINA PRATA, Lisbonne, † J. RUDRAUF, Paris, P. SEGOND, Vaucresson, J. SUTTER, Marseille, M. WAJEMAN, Paris, P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

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

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène
Case postale 229
CH 1211 Genève 4 (Suisse)

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, 1211 Genève 6 —
Compte No C2 622 803.
- Compte de chèques postaux belges No 000-0789669-89

Pour la France, Belgique, Canada :

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

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :
SFR. 57.50 FF. 216. — FB. 1400. — \$CAN. 36. —
Bibliothèques et abonnements collectifs :
SFR. 70. — FF. 264. — FB. 1730. — \$CAN. 44. —
Numéro séparé :
SFR. 18. — FF. 66. — FB. 445. — \$CAN. 12. —

Pour vous abonner, il convient de renvoyer la carte jointe à ce fascicule. L'éditeur vous enverra une facture libellée en monnaie locale.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1985 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Édité en Suisse.

BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE DE THÉRAPIE FAMILIALE FRANCOPHONE 1980-1984

J.-J. EISENRING

Dans cette bibliographie, nous mettons à disposition de nos lecteurs les résumés de l'ensemble des articles parus dans la revue *Thérapie Familiale* ainsi que des résumés d'un certain nombre de contributions qui nous ont paru, à un titre ou à un autre mériter de paraître dans cette bibliographie.

Le tout a été classé par sujets. Il est évident que certains articles traitent de plusieurs sujets et ils n'apparaîtront que dans une seule des catégories.

Nous espérons ainsi mettre à disposition de nos lecteurs un moyen de retrouver facilement des références, de se documenter aisément sur des sujets qu'ils ont l'intention d'approfondir.

01. ALCOOLISME

Les changements des communications au cours de la thérapie familiale de l'alcoolisme

Ivana ALEKSIC, Branko GACIC

Thérapie Familiale, Genève. 2. 233-242. 1981.

Présentation théorique et pratique de la famille de l'alcoolique, de son traitement du point de vue de la théorie générale du système et de la théorie de la communication.

L'alcoolisme est une maladie de la communication; dans la famille de l'alcoolique, les communications sont régulièrement dysfonctionnelles: superficielles, vagues, inadéquates au contexte, incongrues, imprécises, nébuleuses jusqu'à l'impasse.

La femme de l'alcoolique préfère la lutte indirecte avec son mari pour le contrôle de la relation. Le phénomène de «divination» est une règle mutuelle implicite selon laquelle chacun des partenaires s'attend à ce que l'autre devine ses émotions, ses pensées, son humeur, sans tenir compte de l'imprécision du message. Également, chacun des partenaires est sûr qu'il devine, entrevoit ce que l'autre veut «vraiment dire». Le phénomène du «téléphone en panne» est très fréquent: conclusion d'après les messages indéfinis, confus, incomplets de l'autre avec reproche plus tard de la responsabilité pour le malentendu. La «paix à tout prix», en apparence le contraire du «syndrome de guerre», n'est en réalité que sa variante masquée: les concessions faites au nom de la paix sont à la longue de plus en plus grandes, mais au fond les partenaires sont de plus en plus éloignés, ils attendent l'un de l'autre de moins en moins et se trouvent peu à peu sur deux voies séparées comme s'ils étaient en guerre permanente.

Travail par familles multiples, en groupe de six à dix couples, avec ou sans famille, sous la responsabilité d'un thérapeute et d'un co-thérapeute. Ce travail permet de mettre en évidence le changement des modalités de communication en tant qu'indicateur de succès du traitement.

La dimension familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies

G. AUSLOOS

Les Cahiers du Great. 5.2. 5-36. 1981.

En introduction, l'auteur rappelle les notions théoriques de base touchant la thérapie familiale puis il aborde la fonction communicationnelle du symptôme, son aspect sémantique, son aspect syntaxique et son aspect pragmatique. Il discute la dimension familiale de l'alcoolisme avec la relation de symétrie, la relation de complémentarité, le système alcoolique, l'expérience et les perspectives thérapeutiques selon le modèle systémique.

Il reprend la même discussion en ce qui concerne la dimension familiale de la toxicomanie parlant de l'adolescent toxicomane, des parents, du toxico-mane et du système familial, les approches thérapeutiques avec l'approche inter-générationnelle systémique développée par Boszormenyi-Nagy, l'approche structurale inspirée principalement par Minuchin, le travail sur les phénomènes d'équilibration de la famille.

L'article est suivi d'une discussion et d'une bibliographie avec 25 titres.

La thérapie familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies: Brève revue de la littérature américaine

Guy AUSLOOS

Thérapie Familiale, Genève. 3. 235-256. 1982.

L'objectif de l'auteur est de présenter un choix parmi les articles les plus intéressants parus ces vingt dernières années, consacrés à l'approche familiale de l'alcoolisme et des toxicomanies aux États-Unis.

Sont passés en revue la dimension familiale de l'alcoolisme: une relation symétrique et paradoxale, le système alcoolique. Les différentes étapes de prise en charge systématique familiale chez les alcooliques sont décrites.

Les dimensions familiales de la toxicomanie sont ensuite abordées avec les adolescents toxicomanes, les parents, le toxicomane et son système familial; enfin des considérations thérapeutiques en particulier à partir de l'approche inter-générationnelle.

Consultations préliminaires dans le traitement de l'alcoolique

Bella BORWICK

Thérapie Familiale, Genève. 3. 201-213. 1982.

Répartition des patients alcooliques en deux catégories:

- la première catégorie regroupant des individus dont l'abus de boissons est périodique de courte durée, constituant un symptôme secondaire (on retrouve dans ce groupe la plupart des buveurs adolescents);
- la deuxième catégorie inclut ceux dont la boisson est devenue une force organisatrice de leur vie individuelle et familiale. Dans cette dernière catégorie, on retrouve des buveurs sur plusieurs générations, généralement dans les deux lignées de la famille.

Les différentes phases d'intervention sont précisées avec une description détaillée de la première phase d'intervention au cours de laquelle s'établit une négociation stratégique avec le système familial, négociation portant sur les conditions de la désintoxication.

L'intervention sans la présence du patient alcoolique est également discutée.

Fonction familiale de l'alcoolisme

L. Cassiers

Thérapie Familiale, Genève. 3. 291-305. 1982.

Les hypothèses systémiques de divers auteurs sont décrites et illustrées par un résumé clinique. La fonction positive homéostatique de l'alcoolisme doit être précisée: on peut y voir à un premier niveau un rôle de sédation de l'angoisse, une façon de pouvoir exprimer des conflits sans engager trop de risques de rupture, une manière de créer des temps d'expressivité dans le couple, ou de faire face à des conflits extérieurs... Il semble cependant nécessaire de comprendre cette fonction à un niveau plus essentiel comme une façon d'exprimer et de pousser à l'absurde le paradoxe d'une éthique familiale vécue sans distance, c'est-à-dire comme exigeant chez chaque membre une conformité exacte de conduite, desirs et sentiments, ce qui est impossible.

Traitement familial de l'alcoolisme comme modalité de psychiatrie en communauté

B. GACIC, T. SEDMAK, M. IVANOVIC, I. GARDINOVACKI
et R. GACIC

Toxicomanie. 13. 217-224. 1980.

Comparaison entre l'approche individuelle, médicale de l'alcoolisme et l'approche familiale, interactionnelle. Discussion des résultats où plus de 75 % des 88 patients traités sont parvenus à établir une abstinence «spontanée» et totale.

Une cinquantaine de références bibliographiques.

02. ADOLESCENT

L'adolescence, à qui appartient-elle?

J.-C. BENOIT

Thérapie Familiale, Genève. 5. 139-140. 1984.

Le thème de l'appartenance de l'adolescence est discuté; pour que l'adolescent appartienne à lui-même, ne faut-il pas que des adultes organisent les confrontations nécessaires dans des situations apparemment anarchiques ou apparemment figées?

Au seuil de la famille

Anita DEVOS

Thérapie Familiale, Genève. 2. 229-231. 1981.

Compte rendu d'un séminaire ayant pour sujet la thérapie familiale avec des familles où le patient désigné est un adolescent avec rappel des fondements théoriques de la pensée systémique, plus particulièrement dans l'orientation de Minuchin:

- nécessité de frontières claires entre les sous-systèmes des parents et des enfants;
- la fonction nécessairement dirigeante des parents quand la famille doit prendre une décision;
- la nécessité de la flexibilité des interactions en fonction de l'âge des enfants;
- importance de la capacité à résoudre les conflits.

Une famille qui fonctionne bien se caractérise par une direction ferme, appliquée de façon flexible et harmonieuse, en tenant compte du niveau d'âge des enfants, des conflits inévitables sont résolus sous la conduite du sous-système parental.

Thérapie séparée ou parallèle avec les adolescents

Anita DE VOS, Luc ISEBAERT, Marc VANAERDE,
Monique VAN DE PUTTE-VAN DER AUWERA

Thérapie Familiale, Genève. 5. 141-150. 1984.

Le travail en séparé présente un certain nombre d'avantages stratégiques par rapport aux entretiens en commun: les problèmes que pose un adolescent sont les problèmes de la famille, mais souvent, ils sont vécus par l'adolescent comme étant le problème des parents et par les parents comme étant le problème de l'adolescent. En travaillant séparément, on peut commencer par prendre le point de vue de celui avec qui on travaille, d'établir ainsi plus facilement une relation positive et, celle-ci étant établie, influencer plus facilement les sujets dans la bonne direction. Il est même possible d'employer des stratégies tout à fait différentes pour les parents et pour l'adolescent, surtout quand deux thérapeutes travaillent en parallèle. Deux thérapeutes travaillant en parallèle peuvent même aller jusqu'à faire semblant de ne pas être d'accord sur la tactique à suivre, pour mieux prendre le parti du sous-système avec qui on s'affilie et pour bien entendu l'amener par la suite à une meilleure entente avec d'autres sous-systèmes.

Il est souvent illusoire de croire au travail en commun avec le système auquel appartient l'adolescent car toute prise de contact avec le milieu du travail, le milieu scolaire induit une action séparée.

Les séances non en commun peuvent être soit en «séparé», c'est-à-dire le même thérapeute voit à des moments différents le patient désigné et d'autres

membres du système ou en séance en parallèle où deux thérapeutes interviennent l'un avec le patient désigné, l'autre avec les parents ou d'autres membres de la famille. Dans ce dernier cas, tout en étant le thérapeute d'un sous-système, ils devront pouvoir se mettre sans équivoque du côté du système familial tout entier et leur collaboration devra être très étroite.

Les indications propres aux adolescents pour le travail en séparé sont discutées — la prise en charge en séparé signifie un nouveau mode de fonctionnement pour l'adolescent en dehors du cycle vital de la famille.

— Pour des parents ayant perdu leur autorité, la prise en charge en séance séparée permet au thérapeute de les soutenir, de renforcer leur pouvoir et leur autorité sans pour autant écraser ou abandonner l'adolescent. Les séances en séparé évitent la crainte des parties de perdre la face, permettent également à l'une ou l'autre partie de renoncer à un type de discours purement projectif en apprenant par exemple à rechercher des valeurs positives chez l'autre.

Dans tous les cas, le but de la thérapie est de restaurer la communication entre l'adolescent et sa famille et de réintégrer l'enfant dans sa famille.

La communication dans des familles fonctionnelles et dysfonctionnelles avec enfants adolescents

P.-A. DOUDIN, C. HAAS, C. NAVARRO, E. PANCHIERI
et L. KAUFMANN

Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie. 133, 223-237. 1983.

Etude des modalités de communication verbale et non verbale en comparant deux groupes de familles d'adolescents à savoir un groupe de familles cliniques et un groupe de familles non cliniques. Les premiers ayant consulté pour un des enfants mais sans trouble de la série psychotique, le deuxième fonctionnant apparemment normalement et ne nécessitant pas de consultation. Ce qui ressort de cette étude, c'est l'importance de l'organisation hiérarchique intergénérationnelle qui distingue les deux types de famille: ainsi dans les familles non cliniques, la probabilité que ce soit les parents qui déterminent les thèmes de la discussion était significativement plus élevée que la probabilité pour que ce soit les enfants qui déterminent ce thème. Ce n'est pas le cas dans les familles cliniques. On retrouve également ces différences sur le plan non verbal avec écart significatif entre le nombre de mouvements et de changements de postures exécutés par chacune des deux générations dans les familles non cliniques alors que cet écart est non significatif dans les familles cliniques.

Approche systémique de l'adolescence

E. FIVAZ

Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie. 134, 229-239. 1984.

Après avoir rappelé un certain nombre de notions de base de la systémique, l'auteur aborde le problème de la forme de l'interaction entre individus en développement et système d'encadrement. L'influence exercée par le système encadrant répond à deux conditions:

— d'une part un degré de constance suffisant et plus grand que celui du système évolutif;

— d'autre part un ajustement aux capacités du système en développement.

Un exemple de négociation dans une famille au moment du passage de la pré-adolescence est décrit de façon détaillée.

Pour la description de cet exemple, l'auteur recourt à trois langages: un langage pour la chronique, un langage pour traduire la chronique dans un modèle psychologique intermédiaire (modèle interactionnel), enfin le langage du métamodèle systémique.

Quatre aspects se dégagent de cette analyse: tout d'abord il s'agit d'un aspect commun à toutes les transitions de développement à savoir l'importance du maintien de la position hiérarchique supérieure du parent pendant la transition de l'enfant qui se traduit par le maintien de la règle: le fils étant compétent pour réussir, il doit réussir mais est libre de décider lui-même des modalités d'exécution de cette tâche. Tout aussi important que le maintien de la règle pendant la transition, le maintien de l'échange mutuel garantit l'ajustement du système encadrant au système encadré, ici père et fils. En cas de rupture de cet échange, il y a de fortes chances pour que l'évolution soit compromise.

Le deuxième point également commun à toutes les crises du développement: le comportement du système évolutif devient transitoirement paradoxal. Dans l'exemple en question un troisième point où insiste l'auteur, c'est qu'au cours de l'adolescence un nombre élevé de crises se produisent, ces crises ne concernent et n'ont pas seulement des répercussions sur l'adolescent mais également chez les parents où elles réactivent leurs propres crises, mettent en péril le maintien de leur position hiérarchique supérieure.

Quatrièmement, l'auteur, à travers l'exemple décrit, non seulement l'importance de la cohérence du système de l'encadrement familial mais aussi l'importance de la cohérence avec d'autres systèmes d'encadrement (école, orientation professionnelle, etc.).

La crise d'adolescence ou la coupure de cordon vécue comme une amputation dans le corps familial

Ph. VAN MEERBECK

Thérapie Familiale, Genève. 1. 61-70. 1980.

L'adolescent veut désirer ailleurs, en dehors de la famille, quitter la scène familiale comme il a déjà quitté la matrice. Il tente, comme il le dit, de couper le corps-don. Corps-don car il est bien question d'un don de son corps dans la tentative du suicide, l'anorexie mentale... Le problème sera donc de permettre l'accès à l'autonomie sans qu'il s'agisse d'une mutilation sans mot-dire, mais de la réaliser comme une séparation qui se parle.

03. ADULTE, PATIENT DÉSIGNÉ

Thérapie systémique, le patient identifié étant un adulte

Luc ISEBAERT

Thérapie Familiale, Genève. 2. 265-267. 1981.

Des difficultés stratégiques particulières se posent quand le patient identifié est un adulte surtout si les symptômes sont d'ordre psychotique, anorexique, borderline. Il existe alors des liens de type symbiotique avec père et mère; il sera donc difficile d'avancer sans inclure la famille d'origine et plus particulièrement les parents, dans le système thérapeutique. Cependant, le système reste souvent incomplet dans la mesure où les parents d'un patient adulte sont souvent moins disponibles (décédés, démentifiés, trop âgés pour accepter une collaboration).

04. ANOREXIE MENTALE

Analyse différentielle du système rigide de l'anorexie mentale dans l'optique systémique de la thérapie familiale

F.X. PINA PRATA

Thérapie Familiale, Genève. 1. 145-164. 1980.

Présentation d'un modèle qui se veut non seulement qualitatif, mais également quantitatif du fonctionnement de la famille de l'anorexique mentale.

L'anorexie mentale: protestation et dépression

D. POROT

SEM. Hôp. Paris. 57. 1837-1840. 1981.

Description de la prise en charge d'anorexiques mentaux avec critique de l'approche familiale.

Thérapie familiale et thérapie individuelle dans un cas d'anorexie mentale

J. SNAKKERS

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 32. 281-189. 1984.

Etude des incidences que peut éventuellement avoir sur un traitement analytique individuel le fait d'avoir au préalable fait une investigation familiale puis un traitement de famille dans le cas d'une adolescente anorexique. Les traitements de famille et individuel ont été conduits par le même thérapeute. L'investigation familiale ou même un traitement de famille permettent ainsi l'instauration puis la continuation d'une cure individuelle qui, sans cela, n'aurait pas eu lieu.

05. AUTORITÉ

L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique

Luc KAUFMANN

Archives Suisses de Neurologie, Neuro-chirurgie et de Psychiatrie, 133. 119-129. 1983.

L'auteur décrit la fonction de l'autorité dans la relation psychothérapeutique d'un point de vue systémique, la psychothérapie est définie comme un encadrement du développement, une inter-action dont les caractères distinct-

tifs sont les suivants: une personne ou une institution exerçant une influence sur une autre personne ou sur une famille, un groupe ou un autre système dans le but de favoriser l'évolution de la personne ou de l'autre système, l'encadrer, lui donner une plus grande autonomie. Cette inter-action doit être limitée dans le temps. L'autorité du psychothérapeute permet de maintenir la structure hiérarchique du système thérapeutique. La position hiérarchique supérieure du psychothérapeute repose sur la constance relativement grande de sa manière de fonctionner en thérapie qui assure la stabilité dynamique du système thérapeutique. Pour fonctionner ainsi, le thérapeute a besoin d'être à son tour encadré par les systèmes hiérarchiques supérieurs.

06. CHANGEMENT

Quelques développements récents dans la théorie des systèmes: les contributions de Maturana et de Varela

Louis CAUFFMAN, Paul IGODT

Thérapie Familiale, Genève. 5. 211-225. 1984.

Les systèmes vivants ont longtemps été considérés comme des systèmes ouverts, c'est-à-dire comme des systèmes qui échangent quelque chose avec leur environnement. Les auteurs cités essaient de décrire un système complet du point de vue du seul système. Cette prise de position stratégique signifie qu'on parle de l'autonomie d'un système; par conséquent un tel système ne peut être décrit que par référence à lui-même. Ces conceptions sont appliquées au fonctionnement d'une famille.

Analyse des transitions de comportement dans un système familial en termes de bifurcations

M. ELKAÏM, A. GOLDBETER et E. GOLDBETER

Réseaux-Systèmes-Agencements, cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 3. 18-34. 1980.

Etude de l'évolution d'un système familial en fonction de son environnement et des inter-actions qui lient ces divers éléments, en recourant à des moyens d'analyse des systèmes chimiques, biologiques ou écologiques. Cette

étude est précédée d'un aperçu des phénomènes d'auto-organisation dans les systèmes ouverts.

Prescrire le semblant

R. NEUBURGER

Thérapie Familiale. Genève. 3. 307-315. 1982.

Le modèle systémique tient compte de deux fonctions principales reconnues à la famille: d'une part une certaine constance, une certaine homéostasie et d'autre part la nécessité de permettre au processus d'individuation, de séparation, de transmission de se réaliser. Ce changement s'opère en particulier au moment où l'un des membres atteint l'adolescence. Le changement devient nécessaire et est précédé d'une phase de négociation. Pour diverses raisons, la famille peut redouter le changement imposé par l'adolescent, elle peut alors soit le refuser, soit, et c'est beaucoup plus grave par ses conséquences, nier les raisons de la faire. Selon l'auteur, cette annulation des raisons de changer la définition des relations lui a semblé déterminante dans le scénario-catastrophe qu'il a pu reconstituer pour un certain nombre de patients avec le diagnostic de psychose ou de borderline en voie de chronisation.

Changement et discontinuité: l'apport de R. Thom

F. ROCHAT

Thérapie Familiale, Genève. 3. 335-340. 1982.

Le problème du changement est au centre de la pratique de la psychothérapie, il est également de très grande importance dans la biologie et en particulier dans les bio-mathématiques. L'auteur présente deux modèles de changement, l'un élaboré dans le domaine de la psychothérapie (le modèle de Watzlawick) et l'autre dans le domaine des mathématiques, mais applicable de manière plus générale par voie d'analogie (le modèle de Thom).

Changement et discontinuité: une application des idées de R. de Thom

F. ROCHAT

Thérapie Familiale, Genève. 4. 341-345. 1983.

L'apport de Thom au problème du changement réside dans ses descriptions, dans ses explications des phénomènes de passage d'une forme à l'autre.

Par quel processus la structure change-t-elle de forme? Voilà la question à laquelle répond la théorie des catastrophes. Si les techniques thérapeutiques sont effectives, c'est dans la mesure où elles conduisent à une modification des relations au sein de la famille. En d'autres termes, elles amènent un changement de forme, elles permettent l'apparition de nouvelles configurations familiales. Il s'agit là d'un phénomène de transformation, d'un processus de morphogénèse pour employer les mots de Thom. Ce processus se déroule selon les phases suivantes:

- le recadrage;
- le langage métaphorique;
- la prescription des tâches;
- l'injonction paradoxale.

L'apparition de formes nouvelles au sein de la famille signifie que ce qui n'était pas concevable dans une perspective devient réelle dans celle d'un autre plan.

L'appréhension du champ des possibles dépend de la perception, mais aussi, et surtout, du percevant c'est-à-dire en fait de ses prémisses, épistémologiques notamment.

07. CHRONICITÉ

Chronicité et famille

Luc KALUFMANN

Archives suisses de neurologie, neuro-chirurgie et de psychiatrie. 126. 321-326. 1980.

Classiquement, on se pose la question de savoir si le malade mental reste malade parce que la famille reste perturbée ou si la famille est perturbée parce que l'un de ses membres est un malade mental chronique. L'auteur a constaté que le style d'interaction et le type des relations établies dans les milieux qui hébergent des malades mentaux chroniques (comme les divisions chroniques d'hôpitaux psychiatriques, les placements familiaux) se rapproche parfois singulièrement de ce qui décrit comme caractéristiques des familles de malades schizophrènes.

Depuis 1965, 450 familles ont été examinées sous forme d'interview. Une des constatations que l'on peut faire de ce travail soutient l'hypothèse que l'évolution ultérieure du malade psychiatrique (les possibilités thérapeutiques)

sont codéterminées par le rôle qu'il tient dans la dynamique familiale. D'autre part, la nature de l'insertion de la famille nucléaire dans d'autres systèmes sociaux, comme les familles d'origine et d'environnement social a une incidence sur l'évolution de la famille et du patient désigné. Les échanges pauvres et entravés entraînent l'isolement progressif de la famille, ce qui altère les facultés d'adaptation de celle-ci.

D'autres études réalisées par l'auteur à propos des modalités de communication verbale montrent que, dans les familles de schizophrènes chroniques, il existe un maximum de troubles de la communication. Ces troubles prédominent soit en tant que troubles formels dans les communications individuelles des deux parents, soit comme troubles dans l'interaction avec des variables suivantes telles que pseudo-confirmation, dysconfirmation, confusion due à une délimitation insuffisante des individus les uns par rapport aux autres, climat perturbé, incapacité de focaliser ensemble l'attention, incapacité de maintenir et de développer le focus pendant l'entretien avec l'un des investigateurs, intolérance aux conflits.

Dans une autre étude concernant 45 familles, réalisée par l'auteur, le parallèle entre les évolutions chroniques ou subchroniques du patient désigné et la stabilité de certaines caractéristiques d'interaction familiale est assez frappant. Ce parallèle ne permet cependant pas de trancher la question de savoir si le malade chronique rend la famille malade ou si c'est l'inverse. Il montre plutôt que cette question est inappropriée: le comportement symptomatique et l'interaction familiale forment un tout. L'auteur rappelle que le potentiel évolutif de la famille dépend de facteurs intrinsèques du système, mais la réalisation des changements dépend également de la quantité et de la qualité des échanges entre familles environnantes.

Comment expliquer certains rapports entre le symptôme fixé dans le système, les formes déviantes des communications et la résistance accrue d'un tel système familial au changement? L'auteur introduit la notion du symptôme comme comportement à double norme: le comportement symptomatique échapperait au contrôle d'une seule règle ou d'un réseau de règles clairement hiérarchisé parce qu'il est une tentative de satisfaire simultanément deux règles incompatibles: les impératifs du développement individuel et les règles familiales périmées comme la défense d'être autonome ou de se séparer. La coexistence de ces deux règles incompatibles est associée à des stratégies particulières de la communication; les troubles de communication et notamment l'incapacité de focaliser que l'auteur a trouvé inchangés dans la famille de chroniques sont l'expression saisissable de ces stratégies.

Quand la carte devient le territoire ou : Qu'est-ce qu'un communication

Michel GOURIAN

Thérapie Familiale, Genève. 3. 341-352. 1982.

Discussion de la valeur du symptôme en médecine, en psychanalyse, en linguistique. Les impasses sont soulignées. L'apport de la théorie de la communication est discuté en particulier dans ses applications thérapeutiques.

L'implicite relationnel dans le discours en thérapie familiale systémique

D. LARCHER, P. LEBBE-BERRIER

Thérapie Familiale, Genève. 3. 141-156. 1982.

Après avoir rappelé la conception instrumentale du langage, les auteurs décrivent plus longtemps et longuement la conception pragmatique du langage selon laquelle la langue est comme « vouée à l'inter-action entre les individus », comme leur fournissant un lieu de rencontre, voire même dans le cadre général de reconnaissance réciproque. L'inter-subjectivité dans le langage se marque non seulement par les pronoms personnels mais aussi par les actes de paroles : ordonner par exemple, pas seulement informer l'auditeur de ce que l'on désire qu'il fasse, c'est aussi déterminer une situation, définir une relation au sein de laquelle on se pose en supérieur. De même, questionner, c'est présenter son énonciation comme obligeant l'autre à répondre. A partir des différents aspects de la pragmatique linguistique, les auteurs établissent un lien avec l'implicite relationnel, c'est-à-dire les modalités de la relation qui se manifeste implicitement entre les interlocuteurs à travers la communication. L'implicite a plusieurs fonctions, en particulier celle de résoudre le problème des tabous linguistiques, des thèmes dont il est interdit de parler dans certains contextes, d'autre part, il est permis d'éviter la contradiction, la mise en question de certains éléments car toute information explicite peut constituer un thème de discussion, et peut donc être critiqué, réfuté...

Une hypothèse de recherche est développée.
La deuxième partie de cet article est présentée :

Thérapie Familiale, Genève. 3. 353-372. 1982.

Il contient de nombreux exemples permettant d'illustrer les divers concepts et phénomènes linguistiques décrits dans le premier article.

Qui communique quoi, à qui, dans quel contexte ?

J.-P. MARTINEZ

Thérapie Familiale, Genève. 5. 321-327. 1984.

Analyse de la demande de thérapie de famille dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation à temps complet pour grands adolescents et jeunes adultes poursuivant des études.

L'hospitalisation peut n'être qu'un armistice dans le jeu relationnel qui permet à chacun des protagonistes de ce drame de retrouver son calme et ses forces afin de reprendre le scénario répétitif. Quelle issue et quelle marge de manœuvre pour le médecin ? Doit-il refuser l'hospitalisation ? Ce serait la meilleure solution s'il était certain de conserver la crédibilité auprès du groupe familial. C'est hélas rarement possible, l'habitude de faire face à un problème psychiatrique aigu par l'hospitalisation du porteur de symptômes est tellement ancrée que le piège se refermera tôt ou tard sur le patient. C'est pourquoi quand le risque de fuite de la famille est pressenti, les auteurs acceptent l'hospitalisation mais en associant de très près les parents de sorte à ne pas faire retomber la crise qui est par ailleurs si propice au changement.

Importance pour les thérapeutes d'être rapidement au clair de ce qui est demandé sous le couvert de thérapie familiale, car pour autant que les familles aient un système rigide et des règles, il est difficile d'en imaginer une dont le système de règle soit encore plus rigide que celui d'une institution.

L'analyse phénoméno-structurale de la communication intra-familiale et son intérêt en psychothérapie

Roger MUCCHIELLI

Thérapie Familiale, Genève. 3. 317-333. 1982.

Le fait d'avoir affaire à des familles, des couples, des groupes primaires justifie chez le thérapeute le recours à l'hypothèse systémique qui, lui offrant le champ spécifique des inter-relations, l'oriente vers d'une part l'observation de ses relations dans l'ici et le maintenant, d'autre part la recherche des modèles interactionnels, des règles implicites non conscientes chez les acteurs, des structures formelle qui, à différents niveaux, « organisent les comportements inter-dépendants ». L'hypothèse systémique forme avec l'hypothèse phénoménologique (l'analyse phénoméno-structurale se définit par son intérêt pour le vécu des interactions dans un climat d'empathie, accueil inconditionnel, effort pour comprendre celui qui parle ou se comporte, présence sans a priori non intermédiaire nosologique) un ensemble cohérent du point de vue théorique. Cet ensemble autorise, sur le plan pratique — clinique, un type d'action théra-

peutique consistant à refléter les lois de fonctionnement du système, à les comprendre d'abord (dans leur référence aux existants en relation) et à attirer sur elles les attentions individuelles jusque là englues dans les significations immédiatement vécues. La méta-communication dans et par l'aperception des constantes formelles de la communication pathologique- pathogène permet aux consciences engagées dans le système de changer ce système. « L'être ensemble » se débarrasse des cartons formels qui le restreignaient et peut redevenir ce qu'il est anthropologiquement, à savoir une dimension positive et dynamisante de l'existence humaine.

Des processus de communication

Albert E. SCHEFFLEN

Thérapie Familiale, Genève. 2. 125-145. 1981.

L'épistémologie classique qui sous-tend la biologie, la psychologie, la sociologie n'est pas appropriée à la compréhension de la communication comme un processus. Les approches classiques entraînent de nombreux problèmes: la dichotomie entre verbal et non-verbal alors qu'il n'existe pas d'activités qui soient composées purement de mots (même le langage écrit consiste en des échantillons de mots avec un système de marqueur codifié);

— les problèmes du concept de communication: difficultés d'établir des frontières entre les différentes modalités inter-actionnelles, chacune ayant son propre langage, son propre foyer d'observation, ses propres méthodologies et ses propres principes d'explication, d'où absence de convention sur la nature réelle de la communication humaine. Actuellement, cinq modèles de communication sont largement utilisés, deux correspondent à une perspective centrée sur les événements, les trois autres sont centrés sur les animaux, les individus et empruntent leurs méthodes aux sciences classiques, la biologie, la sociologie ou la psychologie. Ces trois derniers modèles correspondent aux modèles d'expression, de réaction et d'inter-action. Mais cette sorte de réductionnisme disciplinaire rend notre idée de la communication plus étriquée. Cette réduction conduit à la supposition automatique suivante: les phénomènes ont une cause qui peut être découverte à l'intérieur d'un sujet. Le modèle d'inter-action implique deux ou plusieurs corps ou organismes qui font naître ou sont la cause du comportement de chacun des autres.

A partir de ces critiques, il convient de chercher une autre façon de concevoir la communication: en se concentrant sur les événements plus que sur les corps et les individus, ces éléments sont conçus comme des relations d'événements, des changements de comportement dans un équilibre dynamique pour une période où il est sujet à une réorganisation dans des contextes plus larges.

Ils ne sont pas vus comme ayant *une* cause qui se trouve dans quelque corps ou chose centrale. Le système est donc un champ d'action mutuellement relié où aucune chose, ni individu n'en est la cause et il n'est pas besoin d'imaginer une force heuristique pour en rendre compte. Le recours à la structure des événements humains nous permet d'apprendre beaucoup à propos de ses participants. Un pas de plus est franchi par la métacommunication qui peut être considérée comme un comportement à propos de ce qui se passe.

Il existe donc des modalités multiples de comportement, l'une d'elles étant le langage, par lesquels les gens maintiennent des relations sur le champ communicatif. L'étude de la communication devrait les inclure toutes et embrasser tous les comportements par lesquels ces gens forment, maintiennent et modifient des relations. Donc le terme de communication ne se réfère pas à un type de comportement, il se réfère à une perspective dans laquelle nous pouvons visualiser les organisations conjointes et partagées de comportement. Importante bibliographie.

09. CONTEXTE

Les effets de l'emploi sur le couple et la famille. Perspective systémique

G. ÉVÉQUOZ, C. CHAPERON

Dialogue. 80. 87-93. 1983.

Lorsqu'il élargit son champ d'observation de l'individu au système dans lequel il vit, le clinicien s'aperçoit que l'emploi prend une place importante dans l'équilibre relationnel du couple et de la famille. En tenant compte systématiquement des phénomènes liés au cadre conjoncturel de son patient, le thérapeute augmente ses chances d'établir une relation significative avec son interlocuteur et crée ainsi le support nécessaire à toute démarche thérapeutique. Après avoir présenté le cadre de référence et les finalités du système familial, les auteurs décrivent l'emploi en tant que variable de l'environnement avec les différents niveaux d'influence de l'emploi à savoir les possibilités matérielles, psychologiques de réaliser certains projets, l'influence sur l'équilibre familial dans la mesure où il y a modification de la situation professionnelle, la situation où l'emploi reste stable mais où les projets de famille changent et nécessitent une restructuration de cette dernière. Un cas est présenté illustrant ces situations.

Recadrage simultané du contexte familial et institutionnel

J. LAVIOLE et I. SOBOUL

Psychiatrie française. 12/2. 157-162. 1981

A travers l'observation d'une famille à transaction schizophrénique, les auteurs essaient de montrer comment le recadrage systémique a pu s'effectuer au niveau de la famille et au niveau de l'équipe thérapeutique.

Si le recadrage, selon la théorie systémique, a été rendu possible avec la famille présentée à transaction schizophrénique, les auteurs ont constaté que cette approche est beaucoup plus mal aisée à l'égard de l'institution et des soignants eux-mêmes. Ils en viennent à se poser la question dans quelle mesure la famille du psychotique a changé plus vite que l'institution thérapeutique elle-même!

Contexte et métacontexte dans la psychothérapie de la famille

Mara SELVINI-PALAZZOLI

Thérapie Familiale, Genève. 2. 19-27. 1981.

La signification de toute communication provient du contexte dans lequel elle a lieu; ou mieux encore le sens de chaque communication sort de la matrice contextuelle dans laquelle elle se développe et qu'elle définit. La caractéristique de chaque contexte est de donner, implicitement ou explicitement, une ou des règles à la relation. En conséquence, si le contexte change, les règles qui le caractérisent changent également. Le glissement de contexte focalise l'argument, le met en marge comme un prétexte. Le phénomène qui apparaît alors est un trouble de l'attention des participants, cette dernière devient flottante et partielle. Ces déviations, au lieu de devenir enrichissantes se résolvent en désordre et obnubilation.

En partant des travaux de Wymne, trois niveaux d'approche d'un problème dans un groupe de discussion peuvent être distingués:

- réponse immédiate: le thérapeute demande aux participants de répondre aux commentaires de ce dernier, de se donner la peine de clarifier et développer leurs idées. Ainsi la capacité des membres de s'engager délibérément dans une participation communicationnelle est mise à l'épreuve;
- le développement d'un thème: l'évaluation complète de la façon dont les thèmes se développent dans une discussion est un élément très important pour l'analyse de la communication;
- le contexte: les sujets sont proposés et développés dans le cadre d'unités de communication plus vastes: les niveaux contextuels. Sans un minimum de

partage du cadre de référence contextuelle, les malentendus et les détails de la communication sont inévitables. La confusion augmente encore si les participants ne sont pas conscients de l'absence d'une proposition ou d'un cadre de référence communs, car alors il est impossible de surmonter la mystification.

Certaines familles peuvent être absolument claires au niveau de la réponse immédiate comme du sujet, mais n'avoir rien en commun en ce qui concerne le contexte. Dans ce cas, l'accord apparent des réponses immédiates et des niveaux thématiques augmente la confusion qu'on présume (faussement) avoir un contexte commun. Dans le travail psychothérapique, le glissement du contexte thérapeutique semble un phénomène très fréquent. C'est pour cela que l'existence du contexte doit être continuellement vérifiée (métacontexte). Métacontexte signifie connaître et faire connaître explicitement le contexte. Rester dans la confusion des contextes équivalant à rester dans la confusion des significations.

La création du contexte thérapeutique lors de la première séance

Teresa SUAREZ et Carmen F. ROJERO

Thérapie Familiale, Genève. 4. 179-192. 1983.

Essai de typologie des rencontres lors de la première séance.

10. COUPLE

Intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple

G. DELAISI DE PARSEVAL

Dialogue. 81. 47-57. 1983.

Dans cet article, les auteurs se proposent d'envisager la stérilité de couple, non pas dans la perspective psychanalytique habituelle qui selon eux consiste à étudier la dynamique inconsciente du ou des conjoints stériles; ni non plus dans l'optique, un peu différente, qui considère le couple comme un système, un groupe qui possède sa dynamique propre et, donc, le couple stérile comme constitué, non par hasard mais bien au contraire à partir d'une démarche inconsciente de ne pas avoir d'enfant; ils ont l'intention au contraire de pro-

poser quelques hypothèses concernant une représentation macroscopique du symptôme stérilité du couple et de la façon dont il fonctionne dans le groupe familial restreint et élargi. Ils se poseront la question de savoir si la stérilité est une bonne indication pour l'approche systémique. Ils étudieront la stérilité comme métaphore d'un mouvement immobile puis se concentreront sur le patient désigné et sa compétence.

Intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple

G. DELAISI DE PARSEVAL

Psychothérapies. 4. 187-193. 1984.

L'auteur considère *comment* le symptôme stérilité fonctionne à la fois dans le couple et dans la famille élargie. Il se demande au service de quels intérêts familiaux plus vastes que ceux du couple «travail» l'individu qui se prive d'enfants. Quel est d'autre part le mode d'intervention le plus efficace d'un point de vue thérapeutique? La part systémique offre des possibilités intéressantes dans la compréhension de la dynamique du couple stérile.

Evaluation systémique du couple et objectifs du traitement

B. DE FRANCK-LYNCH

Dialogue. 85. 89-100. 1984.

Quatre aspects de perturbation majeure sont évoqués dans cet article:

- l'évolution du mariage dans le cycle du développement des relations;
- l'influence des thèmes dysfonctionnels de la famille d'origine;
- le style d'interaction du couple;
- des perturbations de l'un ou plusieurs des facteurs spécifiques suivants: intimité, attente et satisfaction des besoins; pouvoirs et contrôle; résolution des conflits; communication.

Une large compréhension des quatre principales façons de voir un système conjugal permet au thérapeute de construire des objectifs de traitement réalistes et des stratégies d'intervention. Des facteurs exposés dans cet article sont sur la base de la connaissance du couple en tant que système interactionnel.

L'auteur note que la relation dont il est question était le système marital; il estime cependant que les mêmes propriétés sont vérifiables dans les relations homosexuelles qui durent ou dans le concubinage. Les relations qui comportent engagement, loyauté et histoire contiendront toutes des éléments simi-

laire. Lorsque sont ajoutés la sanction légale et le rituel, ces facteurs sont intensifiés.

Thérapie familiale — Thérapie de couple: Convergences et divergences

J.-G. LEMAIRE

Dialogue. 75. 29-40. 1982.

L'auteur distingue à l'intérieur d'une perspective systémique d'une part des méthodes behavioristes, centrées sur la prise en compte des seuls comportements avec l'intention de les modifier plus efficacement, quitte à négliger les processus psychiques individuels sous-jacents par souci d'efficacité; d'autre part des méthodes psychanalytiques ou d'inspiration psychanalytique, soucieuses de voir exprimer les désirs des individus et les fantasmes inconscients comme à l'origine des dysfonctionnements sclérosés d'un système familial. Cependant, le groupe familial ou son sous-groupe fondateur, le couple, sont des groupes organisés, autorégulés avec une langue propre, des lois cachées et des mythes propres. Là se fait la convergence fondamentale entre thérapie de couple et thérapie familiale, malgré les différences d'école, les différences de méthode et de style thérapeutique.

Par la suite, l'auteur discute des apports décisifs qui rapprochent aujourd'hui thérapie de couple et thérapie familiale avec, en particulier, l'exploitation systémique des troubles de la communication qui finalement permet, selon lui, l'approfondissement psychanalytique. Enfin, il aborde la question des apports des conceptions groupanalytiques: la famille, une maladie qu'on palpe?

Une psychothérapie d'orientation systémique

D. MASSON

Psychothérapies. 4. 179-186. 1984.

Présentation d'une prise en charge d'orientation systémique d'un couple dont le mari âgé de 30 ans présente depuis 6 à 7 ans une impuissance sexuelle à caractère transitoire, récidivant, allant en s'aggravant.

Les résultats positifs sont confirmés par l'anamnèse catamnestique suivie un peu plus d'un an après la première séance.

Un cas de dépression conjugale avec idées de suicide de la femme

Giuliana PRATA

Thérapie Familiale, Genève. 4. 23-55. 1983.

Présentation dans le détail, avec mot à mot de l'entretien et des discussions pendant les pauses, d'une séance unique de thérapie avec une famille consultant pour la première fois. Le motif de la consultation est une dépression conjugale avec idées suicidaires chez la femme. Le thérapeute démontre que le conflit conjugal a pour effet de freiner l'adolescence des enfants. L'intervention aura des conséquences doubles, d'une part, permet la libération des enfants dans leur adolescence et d'autre part amènera les parents à renoncer à leur stratagème dont l'objectif a été déjoué.

« Le conflit conjugal sert à retenir les enfants » (45).

« Des couples particulièrement rusés se préparent plusieurs années auparavant » (45).

« Des communications portent sur les comportements et non sur les bavardages ! » (54).

Conflit conjugal avec tentative de suicide du mari

Giuliana PRATA

Thérapie Familiale, Genève. 4. 149-170. 1983.

Présentation du premier entretien avec une famille qui consulte en raison d'un conflit conjugal grave avec tentative de suicide du mari. Devant la réticence marquée de l'ensemble des membres de cette famille à fournir les informations, le thérapeute a donné beaucoup de place à la recherche des motivations pour une thérapie familiale.

Cette séance unique est suivie 14 mois plus tard d'une enquête catamnestique.

Apprendre à négocier dans un couple: entraînement à la dispute constructive

A. VANSTEENWEGEN

Thérapie Familiale, Genève. 2. 339-349. 1981.

Cette technique est basée sur deux fondements: formuler les problèmes de la relation en terme d'apprentissage et d'entraînement. Orienter la thérapie du couple vers des résultats concrets et tangibles.

Il s'agit dans « la dispute constructive » de réaliser une méthode de concertation structurée par laquelle un partenaire exprime un problème spécifique ou un conflit devant l'autre partenaire. Les différentes étapes pour réaliser cette technique sont présentées:

- la préparation;
- la dispute même;
- la troisième étape au cours de laquelle un résumé est effectuée des points d'accord autour de la dispute et où les antagonistes peuvent s'entendre sur un certain nombre de points trouvant ainsi un compromis.

Quelques exemples pratiques.

Cette technique permet de rompre les cercles vicieux, d'exercer de nouveaux modèles d'interaction, de permettre l'individualisation des partenaires et enfin d'ouvrir la communication.

11. DEMANDE

Quelques considérations sur la signification de la demande en thérapie familiale

Ph. CAILLE

Thérapie Familiale, Genève. 5. 349-357. 1984.

L'étude du concept de demande aboutit à la conclusion qu'il s'agit d'un concept dont les limites sont floues. On peut en donner une interprétation restrictive, les termes de la prise de contact, dont on ne peut tirer d'autres conclusions qu'un système humain fait une ouverture et se place en relation avec une structure thérapeutique. On peut en donner une interprétation extensible qui comprendrait toute une analyse systémique non seulement du système demandeur, mais aussi des structures thérapeutiques et des contextes sociaux. La demande se modèle sur la personne à laquelle elle est adressée, le contexte et l'entourage autant qu'elle est déterminée par l'identité du demandeur. Il est donc plus judicieux de focaliser sur l'aspect d'ouverture, de prise de contact que sur celui de demande en tant que tel. Rechercher la possibilité de conserver plausible un projet thérapeutique dans le cadre de la demande.

Concept illustré par la mise en évidence des différents types de demande dans l'étude catamnestique de 140 couples.

Aspects de la demande. La demande en psychanalyse et en thérapie familiale

D^r R. NEUBURGER

Thérapie Familiale, Genève. 1. 133-134. 1980.

Le terme de demande est revu dans son contexte: toute demande est intransitive (elle est également demande «pour demander», demande d'amour, demande intransitive; elle est l'expression de quelque chose du désir du sujet. Le travail psychiatrique, à quelque niveau que ce soit, ne doit donc pas d'emblée combler les besoins, mais au contraire susciter, autoriser, faciliter l'émergence d'une demande.

Le but de la thérapie familiale est également de permettre l'émergence d'une demande.

L'utilisation de la notion de demande nous permet de dépasser le recours habituel au symptôme pour doser l'indication.

Certains sujets ne peuvent aborder un processus analytique, malgré leur souffrance ou, en d'autres termes, pour l'auteur, le sujet ne peut formuler une demande, les éléments de la demande sont alors dispersés dans le groupe familial.

Un sujet présente un symptôme dont il souffre, mais qu'il n'allègue pas pour demander de l'aide. Dans ce cas, il y a clivage entre souffrance et alléguation. Un sujet présente un symptôme mais n'en ressent apparemment pas de souffrance et encore exprime moins de l'aide (clivage entre symptôme et souffrance).

L'auteur termine avec des propositions pour une exploration systémique des éléments de la demande.

Le «système demande»: La formation de la demande d'aide selon une perspective systémique

Luigi ONNIS

Thérapie Familiale, Genève. 5. 341-348. 1984.

Il n'est pas surprenant de constater que la demande d'aide des usagers des services publics et leurs attentes, se présentent sous une forme préconditionnée par les styles de la réponse traditionnelle du service qui ne saisit pas les racines réelles de la souffrance. La reformulation de la demande correspond à un acte de dépsychiatisation et permet, entre autre, de réduire l'écart entre demande et besoin. La demande n'existe pas comme donnée à priori, elle s'organise à l'intérieur de la relation, «opérateur-usager» dont la définition offre de multiples possibilités. D'un point de vue systémique, de

même que le symptôme renvoie aux règles d'inter-action du contexte inter-personnel du patient, la demande renvoie la complexité des relations à un système plus étendu qui inclut toujours l'opérateur et qui, en conséquence, a la potentialité de devenir un système thérapeutique. Donc si l'opérateur est capable d'élaborer une nouvelle réponse, il est possible circulairement qu'il connaisse une nouvelle formulation de la demande, finalement plus proche des besoins de la personne qui souffre.

Etat dépressif atypique — A séparer du milieu familial pathogène De la définition culturelle à une compréhension systémique

Yveline REY, Philippe CAILLE, Pierre BURILLE

Thérapie Familiale, Genève. 5. 329-339. 1984.

La demande d'hospitalisation de ce patient motivée par la nécessité de le séparer du milieu familial traduit le fait que l'environnement est pris en considération, mais dans une relation qui reste linéaire, dans laquelle la famille prend seulement le rôle habituel du microbe responsable de la «maladie». Cette représentation du trouble mental induit toute une série de démarches qui visent à éliminer l'agent nocif et à restaurer la machine défailante d'où les hospitalisations en même temps que les prescriptions de médicaments et de différentes psychothérapies.

Paradoxalement, cette mention de la nécessité de séparer du milieu familial pathogène a conduit à l'idée d'une thérapie familiale. Le cas est décrit avec les différentes stratégies mises en place et en particulier le recours à l'alternative contraignante. En effet, dans ce cas particulier, d'un côté il y a le vécu de la solidarité de la famille, de la cohésion générale à l'occasion de la dépression d'un des siens, de l'autre côté les besoins d'individuation, de sortie manifestée par le patient désigné, son désir de se démarquer, de s'affirmer différent des autres. Par le caractère dysharmonique qu'il apporte à ces tentatives de sortie, il confirme le besoin du respect de l'autre pôle, celui de la cohésion, de l'harmonie. Préciser ces deux aspirations au niveau du fonctionnement familial, souligner la nécessité de répondre à l'un et à l'autre de ces pôles, représentent, dans le cas particulier, moins une prescription de symptômes bien qu'elle ne contienne qu'une prescription de la métafonction du malaise, c'est-à-dire de ce qui préside à l'organisation de toutes les fonctions. Ce type d'intervention bloque le système dans sa logique même et dévoile ce que la famille ne peut dénoncer puisqu'il s'agit pour elle de sa réalité ambiante: le modèle mythique. Elle l'enrichit et en permet la symbolisation. Ainsi la souffrance est intégrée dans un ensemble où toute chose prend signification.

Analyse de la demande versus. Analyse de la plainte

Edith TILMANS-OSTYN

Thérapie Familiale, Genève. 4. 201-205. 1983.

Rappel des stades développementaux de la famille et symptômes.

L'analyse avec les parents de leur demande est un temps indispensable et préalable à toute entrée en matière sur le problème présenté pour l'enfant. Il s'agit de répondre aux questions suivantes: d'où vient la demande? des parents? de l'école? de la maîtresse? du tuteur ou d'autres membres de la famille? Il s'agit donc de savoir au nom de qui les parents parlent, le font-ils en leur nom propre ou au nom d'un tiers.

C'est par des jeux de rôles que l'auteur aborde ce premier temps de la consultation dans le but de déjouer, même dans des cas graves tels que l'anorexie mentale, les demandes reçues d'ailleurs.

12. DÉPRESSION

Le système familial de l'enfant déprimé

C. VILLENEUVE, A. HAUSFATHER

Thérapie Familiale, Genève. 5. 151-158. 1984.

Alors que les aspects biologiques et psychologiques de la dépression de l'enfant sont bien documentés, peu d'auteurs se sont intéressés à l'étude du système familial de l'enfant déprimé. Description des constellations familiales les plus souvent associées à la dépression de l'enfant avec illustration par quelques exemples cliniques. Discussion de certains mécanismes pouvant expliquer comment ces familles contribuaient à la dépression de l'enfant. Cette étude est faite à partir d'une vingtaine d'adolescents déprimés à l'exclusion de cas de dépression endogène.

La dépression de l'enfant peut être considérée à la fois comme un phénomène intra-psychique et un phénomène systémique. Cette pathologie a en effet une signification et une fonction autant dans le psyché enfant que dans sa famille.

Trois constatactions familiales sont décrites:

— La famille déprimée: La dépression de l'enfant n'est que le miroir de la dépression de la famille, l'enfant est le porteur du symptôme révélant la dysfonction familiale.

— La famille accusatrice: L'enfant est la cible de l'hostilité des autres membres. Les parents sont intrigués par le comportement de leur enfant. Ils ne comprennent pas pourquoi il est triste. Ils le considèrent paresseux et fonctionnant en-deçà de ses capacités. Les parents se présentent comme des parents modèles et refusent souvent de parler de leur famille et ne veulent discuter que de l'enfant problème. Il existe une coalition très forte entre les parents. Un parent est dominant et très négatif envers un enfant, l'autre parent est en accord avec les attitudes du premier. Le rôle de bouc-émissaire attribué à l'enfant sert d'homéostasie à la famille. De plus cet enfant est considéré comme un objet dont on peut disposer à volonté. Les parents empêchent toute protestation de l'enfant et le culpabilisent continuellement. Dans un système aussi rigide, l'enfant développe une plus grande vulnérabilité au stress, il peut ainsi facilement déprimer lors d'une maladie ou lors d'un échec.

— La famille chaotique: Le manque de cohésion et le désengagement de l'individu caractérisent ce type de famille. Dans un mouvement continu, des membres se joignent au système alors que d'autres le quittent. Chacun pour soi est souvent une des règles du système. Un parent peut rejeter ouvertement son enfant. Devant ce chaos, les enfants et les adolescents en particulier, se sentent vides et isolés, abandonnant rapidement ce qu'ils entreprennent, ils accumulent les échecs. Le manque de leadership est une caractéristique importante de ces familles. Les parents prônent la démocratie; il en résulte que les enfants doivent décider pour eux-mêmes.

Du point de vue thérapeutique, la famille déprimée répond mieux que les deux autres types de familles à la thérapie familiale.

Des exemples cliniques illustrent chacune des trois constellations familiales décrites.

Dépression réactionnelle après ictus cérébral: thérapie familiale brève centrée sur le problème

Paul WATZLAWICK, James C. COYNE

Thérapie Familiale, Genève. 3. 73-81. 1982.

Présentation d'un cas d'atteinte organique cérébrale avec importante perte de fonction. L'originalité de la thérapie réside dans l'intervention auprès de l'épouse et des deux fils du patient, ce dernier refusant de participer. A travers cette prise en charge, évolution favorable.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est la manière avec laquelle les premières interventions thérapeutiques utilisaient la stratégie de la famille elle-même, c'est-à-dire la contrainte. Le traitement bref centré sur le problème

recadre ou redéfinit les éléments clefs de ce problème en vue de changer le comportement.

13. DOUBLE LIEN

On ne peut pas ne pas organiser : Le double lien : Notion classique et fondamentale dans le traitement du psychotique et de sa famille

J.C. BENOIT

Thérapie Familiale, Genève. 4. 57-67. 1983.

Le désordre psychotique du malade et l'apparent laisser-aller de la famille cachent une hyper-organisation dont la rigidité est le problème même de tout traitement de psychotique. Face à cela, les intervenants doivent organiser un système rigoureux d'évaluation et de réponses aux injonctions paradoxales émises par les autres sous-systèmes. Ces injonctions paradoxales induisent une confusion déroutante par les oscillations relationnelles qu'elles entretiennent. La notion de double lien permet la découverte de ces injonctions paradoxales particulières. Les injonctions paradoxales représentent les schèmes structuraux des doubles liens comme les doubles triangles illégitimes représentent les schèmes structuraux des injonctions paradoxales.

« Les doubles liens se révèlent dès que la question d'un changement se pose » (66).

Quand la réalité dépasse la fiction

Claude BRODEUR

Thérapie Familiale. 2. 39-55. 1981.

Présentation du double lien tel qu'il apparaît dans le discours même d'une famille en thérapie.

Analyse de l'aménagement et de l'utilisation des espaces domestiques de cette famille en tant que modalités de son discours où les mécanismes de la double contrainte peuvent être à nouveau constatés.

Approche psychanalytique du concept de «double bind»

A. COSTES

L'Evolution psychiatrique. 47. 713-730. 1982.

Face à ce que Bateson a appelé la communication paradoxale dans la famille du schizophrène, certains analystes français ont tenté d'en proposer une compréhension freudienne. C'est dans cette direction que voudrait se situer le présent travail dont la thérapie d'un jeune schizophrène constitue le point de départ. Le tout est précédé d'un bref rappel du concept de double bind tel que l'a formulé Bateson.

14. ÉCOLE

Méthodologie relationnelle dans le cadre scolaire : un cas paradigmatique

M. GARBELLINI, M. NANCHEN, E. KUHFUSS

Thérapie Familiale, Genève. 5. 227-250. 1984.

La prise en charge d'un cas de mutisme électif, selon une optique relationnelle systémique intégrant l'interaction entre la famille et l'école, est décrite. Tout d'abord les auteurs précisent la notion d'un mutisme électif à travers les références de la littérature.

Ils décrivent le «setting» d'intervention du psychologue travaillant avec l'école dans une éthique systémique : contrairement aux auteurs qui considèrent comme périphérie secondaire les démêlés qui généralement surgissent entre l'école et la famille à propos de l'enfant mutique, les psychologues systémiques y portent, au contraire, un intérêt primordial. Pour eux, les effets pragmatiques circulaires du symptôme sur l'interaction école-famille — dans le signalement de l'enfant au spécialiste — sont des éléments hautement significatifs. De plus, ils ne manquent jamais de s'inclure ainsi que l'équipe de travail, dans le système relationnel étudié.

Un moyen d'éviter de confirmer l'enfant dans son rôle de patient désigné consiste à créer tout d'abord un supra-système incluant psychologue — famille — école dont le fonctionnement est déclaré comme éducatif et non pas thérapeutique. Ce moyen inclut le respect des règles de l'école, de la famille ainsi que la reconnaissance de leur champ d'action spécifique. L'intervention ne va porter ni sur les interactions répétitives au sein de la famille, ni sur celles qui se produisent à l'école, mais sur le jeu sans fin qui se déroule dans la rela-

tion entre l'école et la famille. Au cours des phases ultérieures, le travail va consister à permettre d'exercer une compétence éducative tant pour les parents que pour les enseignants, impliquant ainsi le rétablissement des hiérarchies, de frontière claire, replaçant l'enfant au niveau de ses pairs, que ce soit dans sa famille, que ce soit à l'école. La dernière phase est marquée par le désengagement des différents sous-systèmes impliqués dans la prise en charge, permettant aux parents et aux enseignants de se distancer du psychologue et de retrouver ainsi l'usage autonome des compétences.

Entre les parents, les enseignants et l'enfant: Le psychologue pris à témoin

A. HOLLEAUX

Le Groupe familial. 105. 65-67. 1984.

Brève considération visant à situer la symptomatologie de l'enfant à l'école comme au carrefour de divers sous-systèmes, celui de l'école, celui de la famille, celui également de la relation thérapeutique avec le psychologue. Le psychologue alors ne serait pas simplement celui qui, après avoir vu l'enfant, devrait certifier vrai un des deux discours de l'enfant.

15. ENFANT MALADE

Approche familiale de la maladie chronique chez l'enfant

J. APPELBOOM-FONDU, F. DENOLIN, W. DEVROEDE-LUYCKX, F. DAL

Thérapie Familiale, Genève. 4. 229-237. 1983.

En tant que pédo-psychiatre intégrés, dans un département universitaire de pédiatrie, les auteurs tentent d'analyser, dans une optique systémique, l'impact de la maladie chronique de l'enfant sur sa famille et le rôle du psychothérapeute familial dans une équipe médicale hospitalière.

Trois affections infantiles ont été sélectionnées: diabète infantile, mucoviscidose et hémophilie.

L'analyse de l'évolution du vécu familial permet de distinguer dans le temps deux périodes: la crise, période de bouleversement relationnel, suivant

immédiatement le diagnostic de l'affection et la période d'état, plus tardive, caractérisée par la mise en place de mécanismes régulateurs adaptatifs.

L'analyse qualitative des résultats permet de mettre en évidence certaines caractéristiques de fonctionnement familial communes aux trois affections:

- Le rôle maternel est généralement central avec une diade enfant malade et mère hyperfonctionnelle.
- Le couple est dysfonctionnel dans plus de la moitié des cas: l'enfant malade est utilisé comme intermédiaire privilégié dans cette problématique en permettant la triangulation de la tension conjugale et en empêchant ainsi l'éclatement par l'affrontement des protagonistes.
- Lorsque la famille est franchement inadaptée, le système éclate ou bien le patient identifié présente une symptomatologie de type psychotique.

Alors qu'il avait à un moment donné le sentiment que son pouvoir sur la maladie éventuellement sur la mort est mis en échec. Mise en évidence de la complémentarité et de la relation médecin-famille avec un pôle du pouvoir et du savoir, l'autre de la soumission et de l'ignorance. L'apport du psychothérapeute permet au médecin de repenser la relation avec la famille en termes relationnels. Importance de la co-thérapie avec le travail en accord avec le médecin traitant. L'approche systémique stricto sensu ne s'impose que dans les familles dysfonctionnelles préalablement et chez qui le diagnostic d'une affection chronique chez un enfant a provoqué la révélation de la pathologie relationnelle soit par l'éclatement du système, soit par la décompensation psychiatrique de l'un de ses membres. Le thérapeute systémique peut aider chacun à définir son rôle et sa place non plus sur la base d'une rivalité des fonctions mais sur une complémentarité des tâches.

Thérapie familiale d'un nourrisson présentant une insomnie grave

M. BERGER, J.Y. TAMET, Y. BLANCHON

Thérapie Familiale, Genève. 4. 297-306. 1983.

Présentation du traitement d'un nourrisson de 18 mois atteint d'insomnie grave.

Le travail s'est fait à 3 niveaux, le symptôme se modifiant après l'abord de chacun d'eux:

- le premier étant la grand-parentification de l'enfant;
- le deuxième niveau concerne la capacité de l'enfant à être seul, dans la journée, dans la nuit;
- le troisième fut la difficulté pour les enfants à être seuls en présence du groupe parental.

Dynamique psycho-affective et épilepsie. Portées thérapeutiques et préventives chez l'enfant épileptique et sa famille

Guy BROUSSAUD

Thérapie Familiale, Genève. 4. 287-296. 1983.

La consultation faite auprès du médecin après une première manifestation comitiale de l'enfant est, pour la famille, l'introduction à un nouvel ordre, l'inauguration d'un autre dialogue. L'enfant sujet est au centre des préoccupations mais écarté du discours.

Par leur mode d'expression, les réactions familiales à l'égard de l'enfant épileptique sont habituellement ramenées à deux groupes d'attitudes: la surprotection et la démission. Chaque nouvelle manifestation de l'épilepsie risque d'entraîner l'effondrement de la restauration entreprise dans l'intervalle et réintroduit cette confrontation douloureuse entre le réel et l'imaginaire. Situation de la mère, du père, de la fratrie et des grands-parents est décrite.

Le «parler épileptique», échange pathologique installant l'épilepsie comme ligne de force relationnelle entre l'enfant et sa famille, est d'une construction remarquable par l'intrication dynamique de facteurs organiques et psychologiques et par là un difficile problème thérapeutique.

Eco-psychomatique: influence de la famille sur l'enfant malade et vice-versa

Théo COMPERNOLLE

Thérapie Familiale, Genève. 2. 221-228. 1981.

Le modèle de penser de la médecine traditionnelle est dépassé car il est difficile, voire impossible d'être malade dans une partie de son corps sans que ceci n'influence le fonctionnement de tout l'individu et il est difficile, voire impossible, que l'individu tombe malade sans que ceci influence sur son contexte social ou vice-versa. Le terme de psychomatique est limitatif dans la mesure où ce concept n'inclut pas le facteur milieu d'où la nécessité de recourir au terme d'écopsychosomatique.

Description de recherches sur l'influence du milieu social sur la maladie, en particulier dans les cas de diabète hyper-labile.

Maladie, enfant, famille

J.-J EISENRING

Thérapie Familiale, Genève. 4. 221-228. 1983.

Analyse de la relation qui existe entre la maladie, l'enfant et sa famille et description des implications de cette relation.

La maladie de l'enfant, maladie grave s'entend, est ressentie comme une catastrophe, c'est-à-dire du point de vue étymologique, comme un renversement, un bouleversement, comme le dénouement, la fin, la mort, comme enfin la soumission.

L'enfant, de par sa maladie, acquiert un statut particulier au sein de sa famille, il peut être investi d'une fonction nouvelle dans la mesure où sa maladie entraîne de nouveaux aménagements du fonctionnement familial. Plus la maladie est phénoménologiquement contraignante et entraîne davantage de restrictions, plus le pouvoir que l'enfant peut exercer sur les siens augmente. Il en arrive, dans certains cas, à devenir le garant de l'unité familiale, obligeant les parents à revoir tout leur système éducatif et qui excuse tout au nom de la maladie, mais qui par ailleurs empêche tout, aussi au nom de la maladie. Les différents rôles que l'enfant est amené à jouer du fait de sa maladie sont présentés.

La maladie entraîne une transformation de la structure de la famille en aménageant de nouveaux sous-systèmes, englobant en particulier les personnes impliquées dans le traitement.

L'enfant leucémique et sa famille

M. VANDER MARCKEN

Thérapie Familiale, Genève. 4. 253-268. 1983.

Evocation des problématiques liées aux enfants leucémiques et à leurs familles. Lié au fait qu'avec les leucémies, tout ne peut être encore démontré, expliqué, prévu, maîtrisé et que, si la survie est l'issue la plus fréquente, les rechutes possibles et la mort ne peuvent jamais être complètement écartées, dans les premiers temps du traitement du moins. Ce climat de risque vital et d'incertitude vécu par la famille, de risques connus par les soignants, laisse la place aux sentiments d'impuissance et de culpabilité, ressentis à des degrés divers de part et d'autre.

L'apparition d'une leucémie perçue comme menace de mort pour l'enfant constitue pour le système familial un moment de crise, un risque de rupture. Occupant une place centrale dans la dynamique familiale, l'enfant malade devient véritablement le prisme à travers lequel la famille appréhende la réalité. Une interaction importante pour la famille est celle qui naît à la suite de la rencontre fréquente pour ne pas dire constante, plus prolongée dans le temps, de la famille avec l'équipe soignante (médecins, infirmières, personnel administratif de l'hôpital...), forcée. Tous adhèrent à cette croyance: «TOUTS doivent réussir à faire comme si la maladie était grave, longue mais passagère.»

Il s'agit véritablement d'un mythe familial au sens de Ferreira possédant la même fonction homéostatique.

Pour les conjoints, on constate une sorte de divorce émotionnel permettant aux parents de se protéger mutuellement et d'éviter à avoir à communiquer de façon explicite à propos de leur relation. Être mari ou femme perd de son sens dans un tel contexte. Les transactions conjugales se vident de leur contenu au bénéfice des transactions de type parental.

A cause de sa maladie, l'enfant malade est dans une position de centralité, au sein de sa famille: disqualifié dans son existence d'enfant en tant qu'enfant, l'enfant malade se voit confirmer dans son existence de malade, dans le pouvoir que lui donne son existence de survivant et aussi «de non encore mort», ce qui est en fait une deuxième disqualification.

Possibilité pour les grands-parents d'être engagés dans une escalade symétrique tentant de s'approprier le rôle parental. Du point de vue social, la famille se sent dans une position de centralité, ayant l'impression de devenir une sorte de famille vedette dans le quartier, mais ne pouvant alors établir de relations satisfaisantes qu'avec les personnes vivant la même expérience qu'eux.

L'arthrite rhumatoïde chez l'enfant: ses aspects individuels et familiaux

J. PORRET

Thérapie Familiale, Genève. 4. 239-252, 1983.

Présentation des principales conceptions concernant l'aspect psychosomatique de l'arthrite rhumatoïde. Etude des données intéressantes pouvant être obtenues en considérant la famille comme unité d'interaction et d'analyse. Les auteurs ont recherché le type idiographique pour répondre aux besoins d'analyse en profondeur.

La lecture approfondie de nombreuses études faites auprès de patients arthritiques ou de familles souffrant de maladies diverses ainsi que l'analyse rigoureuse de six familles. Il n'est pas possible d'établir un modèle nosographique classifiant la famille arthritique. — Le corps est très investi dans ces familles qu'il s'agisse de la sphère esthétique ou des maladies organisées. — Les familles possèdent aussi une certaine expérience de la maladie devant laquelle elles ont développé très souvent une attitude de renoncement.

La maladie facilite aussi le processus de régression qui n'est pas toléré en général dans ces familles. Les conjoints se renforcent mutuellement ou adoptent alternativement le rôle de l'anxieux qui retient les autres. Ces familles se retirent en affirmant leur homogénéité. D'autre part, les enfants sont si peu confrontés aux différences dans la famille qu'ils ressentent beaucoup

d'inquiétude lorsqu'ils doivent affronter celles du monde extérieur. Au niveau de la communication affective, les auteurs retrouvent une très faible tolérance à l'agressivité. Il existe d'ailleurs dans chaque famille un «médiateur affectif». Le rôle que doit jouer ce médiateur est essentiel. Il exige une grande vigilance, une énergie de tout instant car il a passé son temps dans la famille à faire de la «prévention émotionnelle». Chacun dans la famille se sent aussi très concerné par tout ce qui arrive aux autres et la contamination affective est rapide.

En ce qui concerne l'enfant, plusieurs parents trouvent que l'enfant malade s'exprime davantage depuis qu'il est malade et que la communication s'est améliorée. Il semble aussi que l'attention dont il a été l'objet ait apporté beaucoup de gratification à l'enfant et qu'il en conscient.

Les frères et sœurs de l'enfant malade se distinguent du patient identifié par certaines caractéristiques que les auteurs présentent: tel par exemple le sentiment de vivre davantage et de façon différente à l'extérieur de la famille, de préférer être à l'extérieur de la famille, l'importance des conflits et des luttes au sein de la fratrie.

L'enfant diabétique: sa famille, ses soignants

Maggy SIMÉON

Thérapie Familiale, Genève. 4. 269-286. 1983.

L'auteur souligne l'interpellation constante et réciproque entre l'équipe soignante et l'enfant diabétique intégré dans son milieu familial et social. Présentation de l'expérience clinique d'une co-consultation pédiatre-psychologue permettant une redéfinition du problème et une ouverture du champ d'investigation.

Un échantillon de 19 familles a été sélectionné mettant en évidence les faits suivants:

— Les divers investissements sont massivement focalisés sur l'enfant malade; la dyade conjugale s'estompe momentanément, remplacée par une dyade parentale soignante. Le silence s'établit parfois autour du sujet tabou qu'est la maladie. Désinvestissement momentané de la fratrie qui en vient parfois à se liquer contre l'enfant et son soignant attiré, voire à renforcer l'alliance avec d'autres conjoints. Redéfinition des relations dans la famille élargie. L'interdépendance s'accroît et la relation oscille de l'alliance renforcée au contrôle réciproque.

L'irruption de la maladie et la crise familiale qui s'ensuit induit une activation de l'équipe soignante autour de celle-ci, permettant en particulier l'élaboration d'une relation complémentaire entre familles et soignants. Etude des

organisations familiales pathogènes avec le diabète-prétex: dans les familles névrosées, le diabète devient le lieu projectif de bien des souffrances. Dans les familles à organisation psycho-somatique, le diabète devient une nouvelle raison de vivre et de resserrer les liens déjà fort étroits. Dans l'organisation borderline, on trouve en plus des moments délirants faits de vaticinations sur les désastres corporels d'un clan familial «marqué par le sort».

Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne

E. TILMANS-OSTYN, Ph. KINOO

Thérapie Familiale, Genève. 5. 251-266. 1984.

L'approche systémique tant dans ses recherches que dans le travail clinique, a montré comment le symptôme présenté par le patient désigné est une solution pour maintenir l'unité et l'équilibre fonctionnel, à ce moment-là de la famille. Cela signifie que dans un premier temps, le but du praticien ne sera pas nécessairement de supprimer le symptôme, mais de chercher les sens positifs que le symptôme peut avoir pour la famille. Dans certaines situations, les auteurs transmettent aux membres de la famille combien ce symptôme leur paraît utile dans le fonctionnement actuel de la famille.

Des exemples de plainte somatique pouvant être l'expression d'une difficulté de la famille à passer d'un stade à l'autre de son développement existentiel sont présentés. En particulier, ils discutent d'un stade généralement oublié, celui de la famille avec des petits enfants, stade qui boucle la vie individuelle, mais qui module également en fonction des conditions familiales et culturelles spécifiques la succession des générations.

Par ailleurs, l'enfant peut également utiliser son corps comme une des seules possibilités pour exprimer ses émotions et ses tensions dans le fonctionnement pathogène chronique de la famille, en dehors des crises existentielles.

Les auteurs incitent le praticien à s'interroger sur la place qu'il occupe dans le système familial, quel rôle la famille lui attribue, quel est le rôle que lui croit jouer ou désire jouer dans cette famille.

Ce n'est pas en passant d'une interprétation individuelle à une interprétation familiale qu'on diminue la culpabilité, mais bien le recadrage positif du rôle du symptôme dans une famille à un moment donné.

L'adolescence représente pour toutes les familles une période de souffrance. Il faut essayer de sortir de la famille «en douceur», sans claquer les portes. Se séparer sans déchirure ou rupture. Mais c'est aussi tant pour le couple que pour l'adolescent, une période de grande force de développement. Cette phase est donc une nouvelle mise à l'épreuve du couple. L'adolescent, d'une part, compte inconsciemment sur la solidité du couple parental. Ce dernier aura à se redéfinir dans sa solitude.

ENFANT MALTRAITÉ

Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales

Odette MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 2. 269-286. 1981.

Définir la place que peuvent prendre les thérapies familiales dans l'éventail des mesures utiles aux milieux où surviennent les sévices et les comportements carencants envers les enfants. La compréhension du fonctionnement de telle famille ne peut guère être élaborée sans recours à une analyse théorique des transactions conduites en référence systémique.

Présentation de la problématique de l'enfant subissant de mauvais traitements.

Description des familles carencantes et maltraitantes. Soit 10 groupes familiaux où les mauvais traitements apparaissent comme signes d'une crise survenant après les phases où la famille a pu témoigner d'un fonctionnement plus harmonieux, soit des familles chroniquement et souvent transgénérationnellement perturbées. Dans ce deuxième groupe, on distingue des familles chaotiques avec rupture relationnelle à différents étages générationnels; des familles dont la structure est préservée mais qui reproduisent génération après génération des modalités de comportement très sévèrement dysfonctionnelles.

L'intervention systémique doit faire face à l'obligation primordiale de protéger les enfants, en ayant conscience que cette protection met également les parents maltraitants ou carencants à l'abri. La tâche primordiale de l'équipe soignante consiste donc à estimer les risques que courent le ou les enfants, réunissant une large information auprès des professionnels qui connaissent la famille, et à prendre des mesures qui les protègent d'une poursuite de la carence si elle est jugée grave ou des sévices, même si ces mesures rendent les contacts momentanément très conflictuels avec les parents ou les interrompent. Quelle que soit la décision prise, les parents de sang ne devraient si possible pas être abandonnés par les intervenants: tâche très difficile, parfois impossible à assumer. En effet, il n'est pas rare que les parents révoqués par une décision autoritaire de séparation, se soustraient aux contacts thérapeutiques.

Critères d'indications d'une thérapie familiale: l'observation du comportement non verbal des parents à l'égard de l'enfant donne des indications intéressantes, dans le sens où par exemple ces parents continuent à montrer de l'intérêt à leur enfant placé. L'établissement progressif d'une relation entre les parents et l'un ou l'autre des intervenants. L'observation de mouvements se manifestant dans les relations parents-soignants en faveur de contacts réussis. La présence de certains secteurs isolés de fonctionnement témoignant de ressources existant chez les parents. L'observation de modifications discrètes

de certains patterns transactionnels dans le groupe familiale nucléaire et élargi en cours d'évaluations.

Description d'une intervention dans une famille dont le premier enfant a été carencé et maltraité.

17. ENFANT TRÈS JEUNE

La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants

Edith TILMAN-OSTYN

Thérapie Familiale, Genève. 2. 329-335. 1981.

Conditions auxquelles une séance doit répondre pour que le thérapeute puisse intégrer l'apport du jeune enfant dans son travail thérapeutique. (Le jeune enfant est défini par le fait qu'il n'a pas atteint encore le stade où le langage verbal prend le pas sur les autres formes d'expression.)

Tout d'abord, le thérapeute s'adresse aux enfants pour qu'ils répondent à la question de la raison de leur présence, réponse donnée par le biais du canal verbal et non-verbal. Une fois que les parents commencent à donner des informations, ralentir le processus verbal en contrôlant chaque fois si les enfants comprennent et savent ce que les parents expliquent. Contrôler également si les choses se disent parce que la famille est en situation de consultation ou si cela se passe régulièrement à domicile. La relation au niveau de la fratrie est un miroir de la relation parentale. Le problème avec un enfant signifie souvent une difficulté relationnelle entre les parents.

Comment le thérapeute, tout en maintenant les parents dans une proposition haute, peut-il continuer à intégrer l'apport de jeunes enfants? Un des moyens de parvenir à cela réside dans l'analyse des traits de ressemblance d'une part, l'analyse des relations au niveau de la fratrie d'autre part. Frères et sœurs peuvent également dire des choses au patient identifié d'une autre façon que les parents: ils sont les égaux et non les supérieurs. Pour éviter que les uns et les autres se culpabilisent, organiser des séances avec les enfants seuls en parallèle avec les parents seuls, pour avoir mieux accès à l'entraide possible au niveau de la fratrie.

18. ENTRETIEN (Premier)

Réalité systémique familiale et dépsychiatisation ou «la famille mise en scène par elle-même au cours des premiers entretiens»

C. GUITTON-COHEN ADAD

Thérapie Familiale, Genève. 1. 367-379. 1980.

Définition des modalités par lesquelles la famille fonctionne comme un système. Rappel que l'arrivée d'une information nouvelle dans une famille va créer une remise en cause de l'équilibre institutionnel établi et provoquer une situation systémique nouvelle. Soit l'information est de nature individuelle et va remettre en cause la réalité collective; secondairement va remettre en cause les réalités individuelles des autres membres du système. Soit l'information est de nature collective et remet en cause ensemble les réalités individuelles; ce qui remet en cause, secondairement, la réalité collective. Le système se bloque lorsqu'une information est déclarée irrecevable par l'un ou plusieurs membres de la famille: soit par de grandes réactions verbales et des disqualifications répétées, soit par des réactions comportementales individuelles, soit par des annulations pures et simples des questions qu'elle soulève. La situation est nouvelle mais disqualifiée et on fait comme si cette intervention n'avait jamais été donnée, ce qui interdit à tous la reconnaissance. Avec le temps, cette aire de non-communication provoque de déni collectif, va s'agrandir jusqu'à engendrer des troubles graves de la communication intra-familiale. Vont apparaître alors les symptômes individuels qui seront les preuves récurrentes et rétroactives de cette zone de non-intégration.

Sont discutées les conséquences techniques thérapeutiques de ce mode de fonctionnement.

19. ÉTHOLOGIE

Structures d'attention

M. BOURGEOIS

Thérapie Familiale, Genève. 2. 29-37. 1981.

Présentation des conceptions de Michaël R.A. Chance sur les raisons et les modalités de la cohésion sociale dans les sociétés de primates (singes et hom-

mes). Cette dominance n'est pas une propriété du seul dominant mais une propriété de la relation entre les individus et peut être tout aussi bien imputée au dominé. La typologie des structures d'attention est décrite ainsi que les caractéristiques de ces structures.

Une bibliographie des contributions essentielles de Chance est donnée.

Rites d'agression et d'apaisement: Aspects systémiques et éthologiques

G. SALEM

Archives Suisse de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie. 129. 157-169. 1981.

Dans une perspective qui tient compte à la fois de concepts systémiques, de concepts propres à la théorie des communications, et de notions provenant de l'éthologie comparée, l'auteur tente une approche du mécanisme régissant la régulation interpersonnelle des comportements agressifs. Après avoir étudié les caractères généraux du rite, il examine plus spécifiquement les rites d'agression et d'apaisement couramment observés chez les animaux et que l'on peut observer également dans l'espèce humaine à une échelle plus stylisée. La discussion de l'utilisation de tels rites en thérapeutique pour les familles est abordée.

20. FAMILLE

La dislocation de la famille dans le monde occidental d'aujourd'hui

Roger MUCCHIELLI

Thérapie Familiale, Genève. 1. 117-132. 1980.

Tout d'abord définition de la famille saine et en état d'équilibre interne/externe: famille comme groupe primaire naturel, famille comme ensemble de fonction par rapport à ses membres, famille comme sous-système de la société ambiante, famille comme étant une réalité évolutive avec un début, des cycles et une fin.

Les facteurs de dislocation sont regroupés sous trois catégories:

- la pression économique;
- la pression idéologique (avec la négation du lien familial et de la famille

comme groupe primaire naturel, la promotion de l'individualisme et la mystique de la décolonisation);

- la pression sociologique proprement dite avec la massification, le milieu technique remplaçant le milieu naturel, «l'école parallèle», la démission des pères et mères absorbées par des rôles sociaux extérieurs.

En conclusion, l'auteur se demande s'il ne faut pas considérer les thérapies familiales à leur manière comme un effort gigantesque, désespéré pour rétablir et reconstituer une Réalité naturelle que l'ensemble des forces de la société ambiante est en train de détruire.

21. FAMILLE D'ACCUEIL

Critères et processus de sélection des familles d'accueil: proposition d'un instrument de travail

Jacques SOUCY

Thérapie Familiale, Genève. 1. 245-265. 1980.

Le problème de la sélection des familles pouvant assumer la responsabilité de familles d'accueil pour enfants et adolescents est présenté. Devant les difficultés, il est nécessaire d'introduire un instrument de sélection qui, dans le cas particulier, est basé sur les points suivants:

- ouverture et perméabilité du système familial
- modes de communications
- autonomie, indépendance et liberté
- typologie de la relation parentale
- image de soi
- expression des sentiments positifs et négatifs
- frontières
- ouverture aux parents naturels
- motivation de la demande.

Chacun de ces aspects est décrit. Dans la deuxième partie de l'article, le processus même de sélection, le contexte de cette sélection sont décrits.

22. FAMILLE RECONSTITUÉE

La famille reconstituée: le deuil de l'idéal

Diane GERMAIN

Revue canadienne de Psycho-Education. 13. 90-107. 1984.

L'auteur étudie la famille reconstituée et ayant pour précédent un divorce ou une séparation et non la mort d'un des conjoints. La polyvalence des différentes formes de familles reconstituées ainsi que la complexité de leur gestion interne est exposée sous l'angle systémique.

23. FORMATION/SUPERVISION

Un modèle de formation en thérapie familiale

Maurizio ANDOLFI, Paolo MENGHI

Thérapie Familiale, Genève. 1. 195-221. 1980.

Les auteurs décrivent les aspects essentiels d'un modèle de formation en thérapie familiale tel qu'il a été utilisé dans leur service à Rome. Les principales étapes du processus de formation sont décrites. Les auteurs insistent sur la nécessité de l'expérience sur un plan personnel du processus de différenciation de chaque membre au sein du groupe.

Enfin, les techniques de supervision en thérapie sont décrites.

Ouvrages de référence en théorie des systèmes et en thérapie familiale

Guy AUSLOOS

Thérapie Familiale, Genève. 3. 83-94. 1982.

L'auteur dresse la liste des principaux ouvrages parus en langue française et en anglais puis commente l'ensemble de cette liste.

La formation en thérapie familiales à Québec

M. BOUDREAU et M. MAZIADÉ

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 259-263. 1980.

Présentation des méthodes d'enseignement de la thérapie familiale à Québec en mettant l'accent sur la façon selon laquelle s'élabore la relation d'enseignants entre le superviseur et son supervisé.

Recours aux méthodes habituelles avec en plus apprentissage à partir d'une banque de rubans magnétoscopiques constitués de montages et entrevues. Présentation d'une échelle d'évaluation.

Voir, en thérapie systémique familiale

Y. COLAS

Perspectives Psychiatriques. 93. 256-262. 1983.

L'observation constitue un temps capital à tous égards dans la prise en charge systémique familiale et tous les moyens pour la faciliter, l'éduquer doivent être utilisés dans l'intérêt du thérapeute comme du patient. L'auteur présente ces différentes possibilités avec la glace sans tain, la vidéo (les modalités d'enregistrement) et l'apport de ces techniques dans la formation.

Cf. également: Y. Colas, A.-M. Colas et A. Taraqouis. Psychiatrie Française 12/2. 143-149. 1981. *Interventions directives ou paradoxes* (à propos de 2 interventions extrêmes présentées en vidéo).

Le modèle de thérapie familiale d'Epstein et la formation en psychiatrie familiale

Thierry CAZEJUST

Thérapie Familiale, Genève. 1. 325-338. 1980.

Présentation en détail du modèle de Nathan Epstein. La pratique de thérapie familiale chez Epstein a subi plusieurs influences successives: tout d'abord analytique, intra-psychique, inter-actionnelle et enfin systémique.

Les principes techniques: la structuration (sous ce terme sont regroupées les explications, les descriptions des problèmes, non seulement ceux qui motivent la consultation, mais aussi ceux découverts au cours de l'évaluation familiale, la clarification de ces problèmes faite par la famille avec l'aide du thérapeute et enfin l'établissement des priorités parmi les différents problèmes

abordés. Il y a ensuite l'identification des différentes options possibles face à ces problèmes.)

- La clarification (le thérapeute intervient pour clarifier une communication entre la famille et lui-même ainsi qu'entre les membres de la famille eux-mêmes; il identifie les messages non verbaux afin de les rendre verbaux, demande que la famille éclaire les communications ambiguës ou contradictoires et que chacun parle pour lui-même.
- La mise en interaction (l'échange entre les différents membres de la famille est favorisé).
- La modification des processus dysfonctionnels (le processus d'interaction pathologique est souligné, de façon répétée si nécessaire, jusqu'à ce que la famille l'identifie elle-même et utilise les interactions fonctionnelles).

L'auteur aborde ensuite le fonctionnement familial selon Epstein et enfin le rôle du thérapeute qui a une attitude active, qui assume également un rôle de soutien, d'écoute.

Enfin, l'auteur aborde le problème de la formation en psychiatrie familiale tel qu'il l'a rencontré au Québec.

La supervision provocatrice

Paolo MENGHI

Thérapie Familiale, Genève. 2. 287-292. 1981.

Essai de rendre plus incisive la stratégie définie par le tandem thérapeutique lorsqu'il s'adresse à des systèmes familiaux rigides, c'est-à-dire des systèmes qui interagissent avec le thérapeute de manière à l'engluer dans une logique de relations fortement contradictoires. La supervision provocatrice est destinée à moduler dans le temps le niveau d'imprévisibilité du thérapeute, c'est-à-dire à maintenir le contrôle de la relation pendant toute la durée de la thérapie. Cette supervision doit en outre contrôler l'équilibre dynamique entre participation et séparation afin de favoriser l'individualisation progressive de chaque membre de la famille. Chacun des schémas spatiaux proposés pour objectif d'interrompre un contexte improductif et/ou de donner de l'essor à la stratégie thérapeutique. Un thérapeute expérimenté est à même d'utiliser à son profit le stress produit par des inputs imprévus déclenchés par le superviseur; au lieu de les percevoir comme signe d'un jugement d'incapacité, il réussit à les insérer dans la logique de l'intervention, en s'ouvrant ainsi à la possibilité d'apprendre directement sur le terrain la manière d'utiliser les aspects nouveaux et toujours plus différents de la personnalité. Superviseur et thérapeute doivent par conséquent être les premiers à pouvoir se percevoir comme entité bien distincte et se suffisant à elle-même, capables de changer leur pro-

pre dynamique relationnelle au cours de la thérapie. La possibilité pour les membres de la famille de s'individualiser entre eux et de se séparer du thérapeute est directement proportionnelle à la capacité qu'a ce dernier de faire évaluer ce rapport avec eux; cette capacité devient la métaphore opérationnelle qui pourra le mieux permettre à la famille de se risquer dans des recherches analogues.

24. GÉNÉRALITÉS

Finalités individuelles, finalités familiales: ouvrir des choix

Guy AUSLOOS

Thérapie Familiale, Genève. 4. 207-219. 1983.

Une question essentielle se pose en thérapie familiale, quelle place faire à l'individu dans une conception systémique. Présentation d'éléments de réponses.

C'est sans doute dans le travail avec les adolescents qu'apparaît le plus clairement qu'il ne leur était pas possible d'atteindre une différenciation et une autonomie suffisantes tant que leur famille n'était pas suffisamment centrée et organisée. Il y a cependant des moments où l'individu occupe une place prévalente dans le système, en particulier au moment où un nouveau système se constitue, par exemple la rencontre d'un couple qui formera une famille. Par le jeu des interactions, les finalités de chacun pourront à leur tour se modifier, se nuancer, évoluer. Si le processus se déroule de façon adéquate, le sentiment de satisfaction des participants traduira que les finalités de ce système ont été suffisamment réalisées. Le comportement symptomatique du patient désigné résulte d'une incompatibilité entre ses finalités individuelles et les finalités du système familial. Un dysfonctionnement menaçant l'homéostasie risque de s'installer si le système ne réalise pas l'adaptation structurelle que l'adolescence impose, ou en d'autres termes, s'il n'est pas apte à renégocier ses finalités pour qu'elles redeviennent compatibles au système de l'adolescent. Le patient désigné se trouve en effet en double-lien: réaliser ses finalités en sacrifiant celles de son système, ou sacrifier ses finalités propres au profit de celles du système. Aucune solution n'apparaissant pleinement satisfaisante, il se trouve coincé et ne peut qu'adopter des solutions qui seront de nouveaux problèmes. D'où l'importance pour le thérapeute de travailler à rendre compatible ces finalités ou à ouvrir des choix. C'est en partant de ces considérations que l'auteur a développé la technique «du double-lien scindé thérapeutique» intitulé par la suite par d'autres «contre-paradoxes scindés»: cette tech-

mique consiste à ce que dans un couple de thérapeutes, l'un prescrive au patient désigné de continuer le comportement symptomatique pour le plus grand bien de la famille alors que l'autre, tout en se montrant pleinement d'accord avec le premier, lui prescrive de se préoccuper de ses finalités propres. C'est pour montrer au patient désigné le dilemme dans lequel il se trouve et à la famille qu'un choix est nécessaire, que cette stratégie a été développée. Il est bien sûr important que les thérapeutes montrent leur accord pour que la possibilité de choix apparaisse. Ils présentent ainsi les deux termes de l'alternative, leur accord montrant qu'ils ne privilégient aucun des deux termes. Par ailleurs, pour le patient désigné, le choix est ouvert, puisque, quelle que soit la solution adoptée, elle sera en accord avec les propositions des thérapeutes.

Vers une écologie de l'esprit

J.C. BENOÎT

Thérapie Familiale, Genève. 2. 7-18. 1981.

A l'occasion de la parution en traduction intégrale française de l'ouvrage de Bateson, présentation de l'importance de son œuvre, de l'origine de la pensée batesonienne.

L'information utile pour tenter une approche systémique

Philippe CAILLÉ

Thérapie Familiale, Genève. 2. 205-209. 1981.

Toute donnée relative au système étudié n'est pas nécessairement utile, seul l'élément qui introduit une *différence* par rapport aux précédents états de communication est précieux. Les difficultés du système humain paraissent tenir non pas à leur schéma d'auto-représentation, ni à leur ordre, ni aux «accidents», mais bien à la confusion des niveaux logiques des représentations qui bloquent les possibilités évolutives du système. Le thérapeute doit donc parvenir à savoir pourquoi l'accident est accident dans le système, doit faire dénoncer des lois qui ont été enfreintes, doit connaître les difficultés éprouvées par les intéressés sans se sentir personnellement engagé à prendre partie comme accusateur ou défenseur de la personne déviante. La connaissance du modèle mythique permet une redéfinition de l'image et des lois du système par le biais de la connotation positive ou par la prescription des rituels. Enfin, ces éléments permettent de parvenir lorsque cela est nécessaire au contre-paradoxe qui comprend la prescription de la conservation du symptôme et du modèle phénoménologique, par respect aux hautes valeurs contenues dans le

modèle mythique. Par là-même le modèle mythique décrit comme un ensemble de valeurs, un choix humain et non plus comme une vérité introduisant indirectement la possibilité d'un changement.

Thèses et perspectives systémiques de l'abord familial en psychiatrie

Ph. CAILLÉ

Psychiatrie Française. 12/2. 33-45. 1981.

La conception scientifique qui surgit de l'épistémologie systémique renonce à tout impérialisme explicatif sur la nature observable. Le scientifique n'est plus un observateur neutre et impartial mais tend au découvert des lois qui ont toujours existé bien que jusque-là cachées au savoir des hommes. Les thèses scientifiques sont au contraire ici conçues comme créées de toute pièce par et pour l'être humain afin d'appréhender une nature autrement déroulante et insaisissable. Il ne peut donc s'agir de connaissance absolue et immuable. La pensée systémique repose sur la conviction de capacités évolutives propres à l'intérieur de tout système humain. L'intervention systémique a alors pour but de lever les contraintes qui paralysent ce qu'on peut appeler le «capital évolutif» du système. Le changement qui convainc le thérapeute est celui qu'il n'avait pas prévu, celui qui témoigne des possibilités évolutives et créatives du système, le changement qui implique une restructuration irréversible des rapports, le changement du deuxième ordre.

L'auteur poursuit par des considérations sur la nature et la dynamique de la relation familiale où toute relation humaine doit être définie, concrétisée dans une représentation, une idée de la relation qui est implicitement acceptée comme réelle par les participants et où la relation familiale ne se modifie pas de façon progressive et insensible, mais à travers des soubresauts brutaux qui entraînent des changements importants de comportement. La représentation d'une relation humaine est peut-être une relation à un seul niveau, dans tout système humain complexe comme la famille par exemple, il faut tenir compte d'un non-homogénéité de la représentation de la famille.

Conception systémique du dysfonctionnement familial. Pour terminer la discussion de la réapparition des possibilités évolutives du système familial.

Pour une psychiatrie sociale

H. COLLOMB

Thérapie Familiale, Genève. 1. 99-107. 1980.

Présentation des limites du modèle médical, avec, pour la psychiatrie, la difficulté supplémentaire d'assimiler les maladies mentales aux maladies

organiques. Réduire la folie à la maladie c'est supprimer la folie en tant qu'objet de scandale, c'est empêcher cette émergence d'une autre vérité plus réelle que la vérité reconnue par les autres, imposée par l'ordre social.

Si l'expérience initiale de la folie quelles que soient les voies qui y conduisent est considérée comme expérience existentielle qui menace tout être humain parce que tout être humain contient de la folie, les attitudes et les comportements à l'égard du «malade» seront différents. Ce n'est alors plus un aliéné au sens classique du terme mais un être-sujet qui vit une expérience particulière intéressant la communauté qui est concernée. Dans ces conditions, l'expérience qui le singularise a toutes les chances d'évoluer; le changement qui conduit à la guérison reste possible. C'est pour cela que dans les sociétés africaines traditionnelles, les maladies mentales chroniques (du type psychose chroniques) étaient rares ou pratiquement inconnues; le type même de la maladie mentale étant la bouffée délirante. La maladie étant un fait social, son traitement ne peut être que social, c'est-à-dire qu'il doit nécessairement faire intervenir la communauté sous des formes diversifiées dans une participation active et symbolique. Si le lieu alors de la maladie est déplacé, le lieu thérapeutique doit l'être aussi et il convient au-delà du traitement chimiothérapique ou du seul traitement psychologique, d'intervenir sur l'environnement ou de permettre la constitution d'un environnement propre au changement, à l'évolution du malade vers ce qui est appelé guérison.

Une revue des développements récents en thérapie familiale

John F. CLARKIN, Ira D. GLICK

Psychothérapies. 4. 169-178. 1984.

Présentation d'un certain historique des thérapies familiales abordant en particulier les questions de modèles et de techniques, de critères de sélection, l'introduction de la thérapie dans les institutions, en particulier dans les institutions hospitalières. Enfin l'auteur, après avoir abordé la question de formation en thérapie familiale, dresse une sorte de vision du futur considérant en particulier que la thérapie familiale n'est plus le seul traitement pour la schizophrénie, mais intervient plutôt comme une partie importante d'un plan d'ensemble qui devrait comporter plusieurs modalités de façon conjointe. D'autre part, selon l'auteur, la force particulière du mouvement de la thérapie familiale réside surtout dans sa diversité avec une évolution vers une spécificité de plus en plus importante dans le développement du système de classification des familles et dans celui des critères de sélection employés pour l'application, le focus, la durée et l'intensité de l'intervention familiale ou conjugale.

J.L. Moreno : un pionnier méconnu de la thérapie familiale

T. COMPERNOLLE

Thérapie Familiale, Genève. 5. 121-128. 1984.

Présentation de l'œuvre de Moreno dans ses développements vers une perspective interactionnelle de la psychothérapie et vers la formulation d'une véritable orientation systémique.

Les «écoles» de thérapie familiale

G. DURAND

Le groupe familial. 93. 4-11. 1981.

Présentation des principaux mouvements et orientations de la thérapie familiale tant en Europe qu'aux Etats-Unis.

Approche systémique et intervention familiale

L. ETHIER

Revue canadienne de psycho-éducation. 12/2. 83-92. 1983.

Présentation des concepts de base de l'approche systémique, de la théorie des systèmes et de la théorie des communications. Ces différences sont traitées par rapport au courant psychanalytique et behavioriste.

Question sur les thérapies familiales et les perspectives systémiques

Ph. JEAMMET

Psychiatrie Française. 12/3. 73-78. 1981.

L'auteur manifeste ses inquiétudes devant ce qu'il appelle la rapidité avec laquelle on se croit formé à la thérapie familiale et autorisé à la pratiquer; la force de sollicitation des fantasmes mégalomaniacs que représente la situation de thérapeute familial. Il souligne le risque d'un aplatissement finalement comportementaliste, de la personnalité individuelle, avec la disparition de ce que recouvrent les notions de monde interne et de fonctionnement mental, les différences de structures individuelles s'effaçant devant la prégnance du réseau communicationnel dans lequel se trouve pris l'individu, niant tout le poids

de l'interiorisation de ce réseau ainsi que des interactions qui le construisent.

Reconnaissant la nécessité d'une association entre la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent et celle des parents, association rendue nécessaire par des phénomènes tels que le balancement entre une amélioration du patient dans l'institution et son aggravation dans sa famille, une utilisation de sa famille par le patient, ou vice-versa, pour réaliser des passages à l'acte compromettant le cadre thérapeutique ou enfin la jalousie ou l'envie des parents à l'égard des soins prodigués à l'enfant.

L'importance de la désorganisation interne de la famille a pour conséquence l'impossibilité de jouer un rôle contenant de l'angoisse du patient et a, au contraire, un effet de raisonance et d'amplification des affects. L'auteur présente une recherche sur les modalités d'aménagement de la relation d'objet chez les parents de schizophrènes adolescents et jeunes adultes. Bien que les résultats soient en cours d'exploitation, l'auteur en arrive à considérer que plus que représentant une nécessité au fonctionnement du système en question, les troubles symptomatiques du patient lui paraissent être vécus comme une menace supplémentaire et devoir être à tout prix intégrés au système rigide. L'auteur en vient à se demander si l'intérêt des thérapies systémiques ne réside pas avant tout dans leur brièveté, utilisant ce transfert magique, restant à un niveau essentiellement narcissique et évitant d'entrer dans une relation au long cours créatrice d'une relation ambivalente, annulant le bénéfice des premiers contacts? Pour lui la thérapie systémique paraît difficilement pouvoir être une attitude systématique mais serait davantage une prescription ayant ses implications dans le temps et suivant le type de famille; indications posées par une équipe assurant elle la continuité thérapeutique éventuellement nécessaire, la thérapie systémique tirant son intérêt de son caractère inéluctablement limité dans le temps.

Que signifie une épistémologie de la thérapie familiale?

P.P. KEENEY

Réseaux, systèmes, agencements. 7. 9-23. 1983.

Sous forme de dialogue entre le thérapeute et l'historien, l'auteur présente l'évolution de la notion d'épistémologie; avec en particulier les rapports entre la cybernétique et l'épistémologie.

Une partie importante de ce numéro est consacrée à ce problème.

La psychothérapie systémique de la famille: sa place en pédopsychiatrie

O. MASSON

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 367-373. 1980.

Après avoir introduit brièvement l'histoire des thérapies familiales systémiques, l'auteur en définit les bases théoriques, discute de l'apport de ces thérapies à la psychiatrie de l'enfance, les indications, les modalités pratiques et cite des travaux de catamnèse.

Les bases théoriques de la thérapie familiale

M. MAZIADÉ

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 253-258. 1980.

Bref rappel de la théorie générale des systèmes, de la théorie de la communication. L'auteur introduit les théories interactionnelle et comportementale comme substrat théorique de techniques d'évaluation et de traitement d'une famille.

Les stratégies du processus thérapeutique dans les systèmes familiaux rigides et flexibles

F.X. PINA PRATA

Thérapie Familiale, Genève. 2. 301-322. 1981.

En vue de saisir la qualité systémique des inter-relations familiales personnelles et inter-personnelles, individuellement et dans son ensemble, étude des inter-actions respectives et description d'une méthodologie d'analyse.

Réflexions épistémologiques sur la thérapie familiale

Jacques RUDRAUF

Thérapie Familiale, Genève. 3. 3-19. 1982.

La référence à l'épistémologie systémique implique un certain mode d'écoute, d'intervention et d'ouverture aux dialogues. Mais la thérapie familiale d'intervention systémique prend également la forme d'un véritable mouvement, au sens d'actions collectives tendant à produire un changement

social. K'auteur se pose la question quant à son identité, aux forces vives qui l'animent, aux significations qu'elle peut revêtir.

Il rappelle l'origine du mouvement systémique en insistant sur les apports que la psychanalyse et spécialement la lecture lacanienne de Freud a apporté.

Suzanne a souri (à propos de l'explication en thérapie familiale)

A. SCHEFLEN

Thérapie Familiale, Genève. 2. 107-123. 1981.

En visionnant l'enregistrement d'une séance de thérapie familiale au cours de laquelle une jeune fille, Suzanne, sourit de façon énigmatique, les observateurs sont amenés à proposer six explications entièrement différentes. En réalité, chacune des explications correspond à un cadre de référence particulier: une explication est située *dans* l'acteur, le sourire est une réponse intervenant après l'action en particulier du père, en réponse, le sourire peut être évalué comme une provocation, un stimulus. Chacune de ces trois optiques a en commun de se centrer sur le sujet. Le sourire peut également être considéré comme une réaction à l'intervention du père qui lui-même réagit à ce sourire, de même que la mère intervient: dans ce cas il y a interaction entre père et fille, interaction entre fille et mère. Cette vue interactionnelle des choses change la conception de la causalité et de la responsabilité, mais ce modèle explicatif est encore trop limité.

La constatation que le sourire intervient comme réponse «paternelle»: dans ce cas l'explication est que le sourire correspond à une façon de faire habituelle dans une séquence habituelle de conduite partagée.

Le sourire de Suzanne est considéré comme une réponse à l'approche paternelle, mais une réponse de niveau différent, en position méta. C'est une réponse *à propos* de l'action, c'est une réponse qui sort de la structure ordinaire programmée d'une banale interaction, réponse impliquant une position de jugement, position exprimée.

Enfin, on peut considérer le sourire de Suzanne comme réponse à ses propres pensées, sans relation avec tous les événements décrits.

Chaque fois qu'une interprétation est proposée, elle se sert d'une méthode explicative. Chaque explication a son utilité, sa valeur politique et ses limitations. Il est donc nécessaire d'être capable de voir les multiples aspects des contextes du comportement pour parvenir à une capacité, une compréhension plus grande.

Les sociétés de thérapie familiale et le progrès de la recherche

Piera SERRA

Thérapie Familiale, Genève. 5. 129-138. 1984.

Psychanalystes et chercheurs relationnels de la communication humaine

ont peut-être actuellement une alternative: ou bien feindre d'être thérapeute et par conséquent, selon les dictionnaires de la langue italienne, médecin ou, si l'on veut, non médecin — simili médecin, comme si la psychanalyse et la recherche systémico-relationnelle étaient incluses dans le corpus théorique de la médecine et par conséquent des sciences naturelles et comme s'il existait un esprit malade comme un objet susceptible d'être manipulé. Ou bien, suivant l'exemple de Freud, se déclarer non médecin et affirmer la diversité radicale de leur propre épistémologie par rapport à celle des médecins, affirmer aussi l'anomalie absolue de la perception et de l'objet étudié par rapport au diagnostic médical et par conséquent la parfaite étrangeté de notions et des techniques.

25. GÉNOGRAMME

A propos d'une technique nouvelle: le génogramme

E. LEMAIRE-ARNAUD (interview)

Dialogue. 70. 33-46. 1980.

Discussion à propos de l'apport de génogramme, de sa technique, de ses indications non seulement en thérapie de famille, mais également dans d'autres modalités de prise en charge comme par exemple en consultation conjugale.

26. GÉRIATRIE

Approche systémique en gériatrie

Guy AUSLOOS, Yves MOTTAZ

Thérapie Familiale, Genève. 5. 53-67. 1984.

Les modifications qu'entraîne le vieillissement, de la définition de la relation, des finalités de l'environnement, de la structure familiale, sont décrits. Ces modifications nécessitent de restituer la personne âgée dans un contexte nouveau et l'action des soignants doit viser à rétablir un dialogue inter-géné-

rationalnel, à éviter l'escalade symétrique de soignants-soignés, à aider à la définition de la crise, à travailler avec la fonction du symptôme et enfin à mobiliser les ressources structurelles. Chacune des démarches est illustrée par des exemples cliniques. D'autre part, l'article est complété par 46 références bibliographiques.

L'approche systémique des démences

Yves COLAS

Thérapie Familiale, Genève. 5. 23-28. 1984.

Le titre a de quoi surprendre et l'auteur insiste en écrivant que c'est à l'étude des conduites démentielles que paraît le mieux s'appliquer l'option systémique; on ne peut avoir de prétention thérapeutique, on ne peut que ralentir un processus qu'il n'est pas question de nier, on ne peut empêcher la mort.

Les éléments tirés d'une expérience hospitalière, les entretiens avec les patients, leurs familles, les soignants, une étude systématique des 15 observations permettent de regrouper l'essentiel de cette contribution en trois chapitres:

- **Stratégies:** stratégie de la famille avec la provocation, les triangulations, la rigidification des loyautés, l'identification du patient; les stratégies du thérapeute avec la nécessité de recadrer passant de la linéarité à la circularité, banalisant la mort comme étant un événement normal mais dramatisant la situation en insistant sur la présence de la mort prochaine et l'importance de franchir correctement l'étape. Les connotations positives et la nécessité de donner un sens à l'événement familial.
- **Les tactiques:** recherche des triangulations, prescription parfois de la rigidification des loyautés, recherche des processus d'identification, désigner un autre patient, parler de la mort et réintroduire l'espoir.
- **Techniques:** en situation de crise, redéfinir la demande, déjouer les fausses demandes, fixer le contrat, éclaircir le contexte, ne pas éluder la pathologie physique. Lors des séances suivantes montrer que la communication utilisée par le patient est plus une construction qu'une dégradation. Une telle reconstruction nécessite un grand respect du vieillard, ne devant à aucun moment verser dans la plaisanterie ni l'élucubration intellectuelle.

L'auteur passe en revue également les principales erreurs commises dans leur pratique. Il présente les résultats.

Bibliographie importante.

Familles et pathologie du troisième âge

A. COTTET

Thérapie Familiale, Genève. 5. 7-22. 1984.

Il s'agit d'un rapport sur les recherches effectuées dans le champ de la thérapie systémique auprès d'une population de secour ayant une moyenne d'âge élevée. Cinq situations particulières sont décrites. La stratégie s'articule en deux temps. Tout d'abord une désintriqualité des niveaux logiques: il s'agit de dissocier vieillesse et maladie mentale et maladie mentale de maladie physique. Le deuxième temps est caractérisé par l'élaboration d'un contre-paradoxe selon lequel il n'est pas nécessaire de modifier ou de renforcer la définition des relations pour en conserver le contrôle grâce à la (re)confusion par les thérapeutes du processus de vieillissement avec la personne de vieillard. Cette réintriqualité étant calculée pour logiquement exclure la possibilité d'interaction centrée autour de la maladie d'un des membres du système.

L'intérêt de ce type de thérapie réside dans la possibilité de résoudre des blocages en changeant la définition du symptôme, la libération de l'ensemble des membres d'une famille d'un jeu pathologique par la redéfinition de la relation entre famille et thérapeute et enfin par l'invitation à faire face aux aléas de la vieillesse en changeant la définition du problème familial dans la mesure où l'ensemble de la famille est invité à restituer la vieillesse dans son contexte existentiel.

Une autre image du vieillard

J.-J. EISENRRING

Thérapie Familiale, Genève. 5. 1-5. 1984.

Importance des stéréotypes lorsque les problèmes des personnes âgées sont évoqués: les travaux récents de sociologie nous obligent à renoncer à ces images toutes faites et nous incitent à remplacer le problème du vieillard dans un contexte plus authentique.

La mise à la retraite correspond à une crise dans la vie de l'individu. Le terme de crise est pris dans son acception étymologique à savoir le processus particulier qui débouche sur une décision. Les particularités de cette crise existentielle par rapport aux précédentes sont abordées.

Enfin, la signification de la symptomatologie, c'est-à-dire du discours offert par le vieillard, au-delà de son apparence purement médicale, est abordée.

La démence : un excès de (la) raison ?

J. MAISONDIEU

Thérapie Familiale, Genève. 5. 39-52. 1984.

Un ordre culturel comme le nôtre privilégiant la pensée prescrit paradoxalement en même temps de ne pas penser à la mort. Si la négation de la mort n'est pas possible, restera celle de la raison. C'est ainsi que la démence n'est pas simplement une maladie organique, mais le signe d'une souffrance en rapport avec la peur de la mort, souffrance liée à la survalorisation de la raison, du langage verbal, de la pensée. Une situation paradoxale est instituée où il est prescrit de penser, mais de ne pas penser à la mort. Aussi lorsque la réalité s'impose, faut-il que l'individu s'efforce de détruire ce qui lui reste de raison. L'objectif est donc de réduire autant que possible l'intervalle entre la mort sociale (la démence) et la mort réelle en abandonnant le recours au diagnostic réifiant, invalidant, disqualifiant le message du malade pour recadrer le message du dément face à l'aspect inéluctable de la mort.

Demande de la famille en gériatrie

Y. MOTTAZ

Revue médicale de Suisse romande. 103. 9-12. 1983.

La famille est un lieu-carrefour. La demande d'aide que la personne du patient fait, peut être vue comme faite au nom de la famille, pour la famille; mais la famille a une demande faite au nom de l'ensemble du corps social et sous la pression de règles socio-culturelles souvent rigides et difficiles à assouplir quand il s'agit de se coltiner des réalités aussi difficiles que la démence, la dépression des personnes âgées ou leur mort. Meilleure sera l'écoute de la «sénilité» et de ceux qui y sont confrontés, qu'elle soit médicale, analytique ou systémique, plus grandes seront les chances que la pratique gériatrique aide à éviter la répétition et l'addition de souffrance inélaborable.

27. GILLES DE LA TOURETTE

Résolution d'un syndrome de Gilles de la Tourette par une séance de consultation familiale

Giuliana PRATA, Odette MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 5. 101-119. 1984.

Le rappel bibliographique concernant cette maladie. Présentation d'un cas, un garçon de 4 ans, chez lequel les tics se sont progressivement installés depuis l'âge de 18 mois. Description d'une séance unique qui avait pour but de décider si une thérapie familiale était indiquée ou non.

La discussion de l'élaboration théorique de l'intervention permet de comprendre l'effet thérapeutique de cette séance qui a conduit à la disparition durable des symptômes.

28. GRILLE D'ANALYSE

A propos d'une grille pour l'analyse de la famille

Fernand SEYWERT

Thérapie Familiale, Genève. 4. 317-331. 1983.

A part les travaux de Tomm, Falicov, Manosevitz, Cleghorn, il existe peu d'études qui proposent un instrument clinique concret pour analyser non seulement ce qui est dysfonctionnel, mais également ce qui est fonctionnel dans les systèmes familiaux en phase d'investigation. C'est la raison pour laquelle l'auteur présente un instrument de travail pratique permettant de dégager les données importantes concernant le fonctionnement familial en vue de soutenir un plan thérapeutique.

Cette grille est suivie d'un petit lexique des termes principaux utilisés en théorie systémique.

Bibliographie avec 32 titres.

29. HOMÉOSTASE

Systèmes — Homéostasie — Equilibration (essai)

Guy AUSLOOS

Thérapie Familiale, Genève. 2. 187-103. 1981.

Présentation de la signification et des mécanismes de ces trois concepts en insistant sur la nécessité d'une meilleure compréhension de la dynamique

familiale non seulement dysfonctionnelle mais également fonctionnelle. L'importance de la compréhension du fonctionnement des familles dites normales, c'est-à-dire ne produisant pas de pathologie identifiable, est telle que sans une recherche de ce genre la thérapie familiale risque fort de ne pas atteindre sa pleine maturité, d'en rester à n'être qu'un ensemble de recettes plus ou moins efficaces dont les fondements, la légitimité resteront sujets à caution. Comparaison entre le fonctionnement de systèmes familiaux fluctuants ou à interactions flexibles, systèmes familiaux convergents ou à interactions rigides et systèmes familiaux divergents et à interactions chaotiques, le premier groupe correspondant aux familles dites normales, capables d'utiliser les rétro-actions positives ou négatives avec un système suffisamment ouvert pour utiliser les informations venant de l'extérieur et suffisamment fermé pour sauvegarder la cohérence interne.

Ainsi, sur le plan psychopathologique, l'apparition d'un trouble n'est pas liée aux mécanismes noméostatiques pas plus quelle ne pourrait être rattachée à la tendance au maintien ou à son inverse, la tendance au changement. Ce qui est en cause, c'est le degré d'activation d'une de ces tendances et l'adéquation de cette activation à la situation problématique. L'analyse doit donc porter sur la résultante de la tension antagoniste entre la tendance au maintien et la tendance au changement.

Par delà l'homéostasie: vers un concept de «cohérence»

P.S. DELL

Réseaux, système, agencements. 7. 35-55. 1983.

Destinée à expliquer la stabilité apparente des systèmes et des symptômes, l'homéostasie est un concept épistémologiquement faux devant être remplacé par le concept mieux adapté de cohérence. En effet, un des grands désavantages du concept de l'homéostasie est son incapacité à expliquer le changement du système.

L'état stable du système familial: une analyse organisationnelle

E. DESSOY, S. GOFFIN, A. WERY, Guy L. JADOT, M. BOULANGER
Thérapie Familiale, Genève. 1. 339-351. 1980.

Cet article présente l'analyse de l'état stable, analyse qui constitue en fait la première partie d'une étude plus vaste, celle d'un modèle organisationnel de la famille avec un patient désigné.

A partir de la théorie organisationnelle développée par E. Morin, les auteurs proposent de considérer l'état stable comme un rapport entre les intensités des lois personnelles des deux conjoints, lois qui se polarisent en un complexe unitaire appelé loi familiale. A partir de cette conception, deux sortes d'antagonismes apparaissent qui se conjuguent:

- les forces antagonistes contrôlées et virtualisées par les forces complémentaires qui s'actualisent et assurent l'existence du système,
- la construction et le maintien des forces complémentaires se fait par le jeu entre les rétroactions positives antagonistes qui actualisent, dans les interactions, les lois personnelles différentes des conjoints.

30. INDICATION

Comment et pourquoi démarrer des thérapies familiales systémiques en institution

Catherine GUITTON-COHEN-ADDAD

Thérapie Familiale, Genève. 2. 257-263. 1981.

Réflexion sur les conditions de démarrage de prise en charge familiale selon un mode systémique, en institution.

La difficulté pour démarrer des entretiens collectifs systémiques dans une institution qui, par définition, est toujours un tourbillon tumultueux d'affect et de manipulation, et de définir son propre point d'encrage.

Propositions pour démarrer: obtenir l'autorisation d'effectuer une recherche, ce qui métacommentaire qu'il ne s'agit pas d'un défi à l'institution, ni d'une croisade. Choisir ces co-thérapeutes «fonctionnels», c'est-à-dire capables de définir entre eux une relation stable, d'élaborer les conflits... et d'en rire!

Au niveau collectif, analyser, respecter et assumer les doubles liens qui rattachent les soignants à leurs institutions (relations avec la hiérarchie, avec l'idéologie en vigueur dans l'établissement). Restituer quelques informations aux équipes institutionnelles soignantes sur le déroulement du protocole. Reconnaître que tout succès thérapeutique systémique est également un succès institutionnel.

31. INSTITUTION

(Hôpital de jour, Hôpital général, Hôpital psychiatrique Secteur)

L'envoi en thérapie familiale dans le service public

L. ANDREANI, G. MAGNI et A. MOSCONI

L'Information Psychiatrique. 58. 59-63. 1982.

Les conditions dans lesquelles se déroule l'envoi en thérapie familiale sont déterminantes: rôle du référant, relations référant-famille, relations référant-thérapeute. Analyser de façon attentive le moment où le référant pose l'indication de thérapie.

Du malade hospitalisé au malade désigné

J. ANDRIEU-X-LE GUIRRIEC, S. LAOUABDIA, J. MAISONDIEU

L'Information Psychiatrique. 58. 19-30. 1982.

Partant de patients hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, souvent pour de longs séjours dans un secteur ou dans l'hôpital psychiatrique, les auteurs discutent de l'évolution de la notion de maladie mentale. Cela entraîne des conséquences pratiques pour l'institution qui doit être à même de critiquer la notion de maladie mentale. Ils considèrent que, tout en traitant «sérieusement», être capables de percevoir ce qui se passe autour. C'est donc un problème de fonctionnement à deux niveaux: le traitement des relations change la maladie et le traitement de la maladie modifie les relations. Il y aura lieu, selon les auteurs, pour l'institution de disposer de deux objectifs au sens photographique du terme, l'un pour la vision proche, l'autre pour l'entourage. A partir d'observations cliniques, cette position est précisée.

On est arrivé à la conclusion que, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, il est nécessaire que le malade mental soit à la fois malade hospitalisé et malade désigné. L'acceptation de ce fait doit entraîner une modification progressive de la représentation de la maladie mentale, qui peut cesser d'être vécue comme un destin implacable, pour être simplement une maladie, maintenant que nous avons les moyens pratiques d'en alléger la pesanteur; peut-être disparaîtra-t-elle même comme maladie.

Dieu le Père

J.C. BENOÎT

Thérapie Familiale, Genève. 3. 167-172. 1982.

La question de savoir comment un chef de service peut aider l'équipe systémique est abordée. Cette question est importante dans la mesure où les relations hiérarchiques dans une institution psychiatrique interfèrent avec les interventions familiales décidées par les équipes soignantes.

La théorie systémique dans la pratique psychiatrique institutionnelle

J.C. BENOÎT

Thérapie Familiale, Genève. 5. 383-393. 1984.

Le but de l'auteur est de rappeler les modèles généraux qui concernent le champ psychiatrique institutionnel et de préciser les schèmes d'intervention cohérents. Cependant, dans le milieu institutionnel psychiatrique, une dimension spécifique est toujours présente à savoir l'aliénation. Les soignants travaillant en psychiatrie publique vivent habituellement une forme extrême de disqualification dite alors disconfirmation, mise en cause du sens des comportements des participants. On ne peut pas comprendre le fait de la disconfirmation sans évoquer avec Bateson le thème de la négation et de la négativité. Il s'agit là d'une difficulté essentielle dans le domaine de l'expression comportementale, puisque, de toutes façons, on ne peut pas communiquer. Une tentative d'illustration de cette négativité est exprimée par différents auteurs à partir de schèmes relationnels triadiques. Le décorrillage des doubles-liens nécessite l'emploi de schèmes plus parcellaires tels les triangles et les triades. Des triades hiérarchisées existent dans les institutions et sont la base des relations fonctionnelles et dysfonctionnelles. Les paradoxes et les doubles-liens ont pour structure des triades hiérarchisées discordantes.

Thérapie systémique et travail de secteur

Y. COLAS, A.M. COLAS, M.M. ROCHE

L'Information Psychiatrique. 58. 43-57. 1982.

Le principal apport de la théorie des systèmes en pratique hospitalière psychiatrique paraît être de mettre l'accent sur la multiplicité d'implication des concepts qui caractérisent une hospitalisation. L'utilisation de l'optique systémique permet de faire le bilan de cette confusion des contextes et des erreurs thérapeutiques qui pourraient en résulter. Une large majorité des patients susceptibles de bénéficier de ce type de travail étant hospitalisée, les auteurs présentent un cas clinique: il s'agit d'un patient d'origine maghrébine, de 39 ans, hospitalisé par décision administrative; la prise en charge de type familial n'est intervenue et ne s'est révélée efficace qu'au terme d'une longue

marque d'hésitation thérapeutique et qu'après que les contextes tant administratifs et institutionnels que culturels aient pu être clarifiés.

Travailler à l'hôpital psychiatrique nécessite des corrections de trajectoire continues. A condition d'en accepter le défi, les auteurs pensent même que le deuto-apprentissage, auquel cette situation conduit, vaut l'enjeu.

Pratiques familiales en psychiatrie publique de secteur de l'adulte

M. GODFRYD

Thérapie Familiale, Genève. 5. 267-286. 1984.

Description des problèmes soulevés par les approches familiales effectuées en psychiatrie publique de secteur. Définition de la psychiatrie de secteur.

Rencontrer des familles n'a rien d'original en soi et cela est pratiqué couramment depuis fort longtemps. Le problème est donc de savoir ce que l'on peut attendre du milieu familial, à partir du moment où on le considère comme un système auquel appartiennent le patient. Les caractères propres au fonctionnement même du secteur psychiatrique font que les thérapies familiales «pures» sont le plus souvent impraticables. En effet: — absence de choix réciproque familles-thérapeutes; — possibilité d'hospitalisation par les tiers et gestion de cette hospitalisation par les thérapeutes plus l'institution dont ils font d'ailleurs eux-mêmes partie; — difficulté de créer puis de maintenir des équipes stables, homogènes et fonctionnelles; — absence d'au moins un thérapeute disponible 24 heures sur 24 pour un cas donné (fréquence des hospitalisations en dehors des heures habituelles); — trop grande multiplicité des intervenants à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution psychiatrique; — insuffisance de formation systémique du différent personnel ou trop grand nombre de manipulations; — prise en charge du patient à différents niveaux d'organisation et de fonctionnement (biochimiques...) à travers les abords et les intervenants nombreux au niveau du secteur lui-même; — famille souvent morcelée, désunie, éloignée, dispersée; — absence de demandes pour elles-mêmes de la majorité des familles: en effet, pour elles, seul le malade est porteur de symptômes, elles voudront bien le reprendre quand lesdits symptômes auront été gommés par l'institution; de plus, les familles formulent à l'égard de l'institution la classique injonction paradoxale: faire disparaître les symptômes; mais surtout bien se garder de changer quoi que ce soit!

Cependant, l'abord systémique est une grille de lecture des phénomènes puis un outil d'intervention thérapeutique. Importance de restituer, au moins une fois, les troubles dans leur milieu naturel d'expression.

Hôpital de jour et thérapie familiale

D. MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 2. 351-366. 1981.

Énumération de quelques effets produits sur la manière de fonctionner par l'introduction de la référence systémique dans le travail, d'une part au niveau du fonctionnement de l'équipe soignante, d'autre part au niveau de la compréhension de certains phénomènes inter-institutionnels, et enfin l'utilisation de certaines notions issues de la thérapie de famille au cours d'activités thérapeutiques telles que réunions de groupe à l'hôpital de jour.

Présentation de l'équipement lausannois. Cette situation nécessite de définir d'autant plus précisément la position des intervenants de l'une de ces structures à savoir l'hôpital de jour. D'autre part, la nécessité de procéder à un examen minutieux de l'organisation relationnelle d'où le réseau thérapeutique, de repérer les modes relationnels figés et dysfonctionnels, de tenter une synthèse «métacommunicative» avec toutes les personnes, soignants et soignés, impliqués dans la situation.

Tenir compte que la demande d'intervention correspond très souvent à une offre de coalition de la part du patient, ce qui nécessite toute l'analyse de la signification de la référence.

Situation particulière au niveau de cette structure lorsque l'indication à un traitement de famille est posée, il y a renversement des situations dans le sens où les thérapeutes de famille deviennent les demandeurs et non la famille.

Pour 105 admissions, 20 thérapies de famille ont été conduites, analyse des résultats.

La thérapie des patients «professionnels» de la psychiatrie

Odette MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 4. 101-114. 1983.

En psychiatrie préventive, les thérapeutes rencontrent les patients qui, tout en entretenant des relations suivies avec les équipes de soins, les disqualifient et renforcent le sentiment d'incapacité. Le propos de l'auteur est d'analyser dans la dia — et la synchronie d'une transaction observable entre le système formé par le patient désigné et le groupe significatif pour lui, et le ou les systèmes thérapeutiques impliqués. D'autre part, il recherche de quelle façon la famille, d'entente avec le patient désigné, est arrivée à chroniquement piéger le thérapeute. La pathologie a souvent plus de rapport avec le dysfonctionnement chronique du supra-système, soignants-famille, qu'avec le problème initial qui a engendré la première crise. D'autre part, l'auteur discute l'élabora-

tion de stratégies d'entrée en thérapie dans ces cas. D'autre part, il rend attentif au fait que dès le moment où une cure, individuelle ou familiale, poursuit son cours sans que des modifications objectivables s'observent dans le comportement des groupes significatifs pour le patient désigné, les thérapeutes doivent s'interroger: ne sommes-nous pas en train plutôt, que de traiter le problème, d'aider la famille à entretenir et enrichir son jeu chronique et délétère pour la santé et l'individuation de ses membres? (112)

Système institutionnel, système thérapeutique

Y. REY

Thérapie Familiale, Genève. 4. 171-177. 1983.

Difficultés dans la confrontation de deux idéologies, l'idéologie institutionnelle et l'idéologie systémique. D'une part, le changement est compris en termes d'adaptation à la société et à l'institution, d'autre part, l'épistémologie du changement concerne l'organisation structurelle du groupe auquel cet individu appartient. Lorsque le contexte de la thérapie familiale est l'institution, le discours contre-paradoxal devient peu crédible. Pour contourner cette difficulté, il faut inclure les données institutionnelles dans le dispositif thérapeutique. Cela signifie une utilisation particulière de la profondeur de l'équipe dans ce que l'auteur appelle le contre-paradoxe scindé pour définir, dès la prise de contact, l'espace thérapeutique qui est dans le cadre institutionnel, par la confrontation à découvert d'une double réalité. (77)

Les approches familiales en psychiatrie à l'hôpital général

D. ROCHE-FRECHETTE

SEM. Hôp. Paris. 58. 877-880. 1982.

Après avoir décrit le milieu de travail, les outils thérapeutiques à disposition et après avoir précisé les limites de l'approche individuelle en psychiatrie, l'auteur présente deux observations lui permettant de justifier le recours à trois modes d'intervention:

- l'existence de troubles somatiques ou psychiatriques implique une utilisation précise des chimiothérapies à partir des données psycho-pharmacologiques;
- l'existence d'une souffrance individuelle du patient hospitalisé et son élaboration psycho-thérapique à partir des concepts psychanalytiques;

— l'existence d'une souffrance familiale dont l'élaboration du rôle du symptôme ou de la maladie quelle qu'elle soit dans le groupe familial.

Il s'agit d'éviter de dénier l'un des aspects, reprenant en cela les mécanismes de défense de la famille, mais de les articuler, afin d'utiliser au mieux les capacités thérapeutiques du médecin, et de la famille.

La naissance d'une approche systémique globale

Mara SELVINI-PALAZZOLI

Thérapie Familiale, Genève. 4. 5-21. 1983.

Problèmes rencontrés dans la restructuration sur le modèle systémique relationnel d'un dispensaire psychiatrique situé dans une petite ville du sud de Milan. Un tel changement épistémologique est possible dans une institution de psychiatrie de secteur ouverte au tout venant, devant assumer l'ensemble de la consultation psychiatrique du secteur, sous toutes ses formes. Une telle démarche réalisée au niveau d'un centre de premier niveau permet d'atteindre plus directement les familles, plus accessibles au changement, plus plastiques. Alors que des centres spécialisés de thérapie familiale, centres de deuxième niveau, sont souvent confrontés à des familles sur leurs gardes, vivant cette rencontre avec l'institution comme une accusation.

« Je suis désormais convaincu que les innovations n'arrivent pas des académies qui, au contraire, les métabolisent et les annulent. Les innovations partent d'en-bas, elles se frayent leur chemin petit à petit, par mille ruelles. »

Urgences psychiatriques et pensées systémique

F. SEYWERT

Annales médico-psychologiques. 142. 769-780. 1984.

Evolution de la notion de l'urgence psychiatrique vers le concept de situation de crise dans un réseau relationnel. L'auteur décrit les différentes phases de l'intervention familiale de crise et considère que l'hôpital psychiatrique peut devenir un centre d'intervention de crise.

L'aide aux parents d'enfants suivis en hôpital de jour

J. SUDAKA et C. RAYNA

Perspectives Psychiatriques. 88. 301-306. 1982.

Après avoir brièvement présenté le cadre institutionnel, les processus généraux de recrutement et d'admission, les auteurs insistent sur l'importance des premiers entretiens et sur les possibilités d'inclure les parents dans la prise en charge. Même si les parents ne demandent pas d'aide pour eux-mêmes, il apparaît indispensable d'établir avec eux, dès les premiers entretiens, une alliance thérapeutiques sous forme de contrat. Ce contrat aura pour but des rencontres aussi fréquentes que possible afin de modifier la dynamique et l'économie de la structure familiale. Il s'agit d'offrir l'éventail le plus large possible de possibilités de contact allant de rencontres informelles aux entretiens systémiques à visée psychothérapeutique.

32. INSUBORDINATION

Le insubordinations

Maurizio VIARO, Paolo LEONARDI

Thérapie Familiale, Genève. 5. 359-381. 1984.

Insubordination: violation manifeste et sans ambiguïté des règles de la directivité en opposition ouverte à la volonté du thérapeute. Une insubordination doit être considérée comme l'indice d'un glissement de contexte: cassure, au moins temporaire, des accords stipulés lors du contrat thérapeutique. La présence de véritables insubordinations en première séance est considérée comme un indice d'un pronostic défavorable pour le traitement. Les contre-maneuvres du thérapeute face aux insubordinations: — récupérer l'insubordination, manœuvre de choix; — faire sauter un tour au transgresseur, par exemple en s'efforçant d'ignorer complètement ce membre de la famille; — faire appel au contrat, le thérapeute fait remarquer au transgresseur que ses propres censures ne sont pas un acte d'autorité en soi, mais l'instrument d'un travail qu'il accomplit d'après le mandat de la famille. Le gêner dans cette fonction revient à révoquer le mandat.

JUSTICE (cas relevant de la justice, mandat pénal)

Juge des enfants et système familial

Elisabeth CATTA

Sauvegarde de l'Enfance. 35. 433-438. 1980.

Un juge pour enfants décrit en quoi une formation en thérapie familiale lui permet de mieux comprendre les problèmes rencontrés dans les familles et d'envisager en conséquence les décisions d'intervention.

Epopée systémique d'une équipe d'action éducative en milieu ouvert

A. CHEMIN, A. CARON, P. GAUDIN, M.T. JEZEQUEL, B. POIRIER

Thérapie Familiale, Genève. 5. 159-171. 1984.

Constat des difficultés dans le fonctionnement classique d'une équipe éducative en milieu ouvert, description des premiers contacts avec l'épistémologie systémique. Impact au niveau de l'équipe concernée, au niveau de l'institution et au niveau des familles prises en charge.

Sur l'ensemble des familles prises en charge, la moitié le sont en intervention systémique. Les avantages de cette réorientation sont décrits.

L'institution peut-elle accepter des placements dits d'urgence sans renier son modèle d'intervention

Louis EMERY, Guy AUSLOOS

Thérapie Familiale, Genève. 5. 173-187. 1984.

Comment répondre à la démarche du juge, du tuteur ou de l'assistant-social qui ont, de par la loi, le pouvoir et parfois l'obligation de décider d'un placement, de son genre et de sa durée, alors que le directeur d'institution a, de par sa fonction, la responsabilité de définir les conditions favorables permettant de mettre en concordance les possibilités de l'institution avec une partie des besoins des adolescents, de leurs familles, des réseaux d'intervenants? Une confrontation symétrique des pouvoirs ne peut être que néfaste. Cependant, une diminution des exigences de l'institution pendant le processus d'admission a pour effet de faire chuter la tension de la crise provoquée par la décision de placement alors que cette crise est indispensable à la mobilisation de toutes les parties. Il convient donc de rechercher une solution apportant la sécurité indispensable sans faire tomber la tension mobilisatrice. Les auteurs font part de leur expérience en insistant sur la redéfinition des rapports en demandeurs de soins et donneurs de soins. Ils distinguent deux phases, le temps écoulé avant la demande d'admission pour laquelle l'institution doit reconnaître les différentes tentatives pour trouver une solution et prendre garde que le placement ne soit pas vécu comme une sanction, comme la preuve de l'échec, lui retirant alors toute signification d'aide. L'institution doit d'ailleurs signaler au demandeur de placement, à la famille et à l'adolescent qui

a aussi ses limites structurelles, économiques, techniques et humaines, que le placement vaudra ce que chacun apportera, utilisera en « possible ». Les possibles consistent en informations, en connaissances et en expériences susceptibles de favoriser la place de conduites alternatives moins coûteuses humainement.

Le temps de l'admission est analysé: le surcroît de tension que provoque la mise en route du processus de placement peut déboucher aussi bien sur un freinage (opposition, banalisation) que sur une accélération (dramatisation et tentation de se désaisir). Une tension trop faible ou trop forte rend alors le travail d'investissement mal aisé et retarde surtout le déclenchement d'un processus de réaménagement inter-actionnel préalable à la prise en charge des difficultés spécifiques de l'adolescent.

Les auteurs insistent sur la discordance des temps, c'est-à-dire la prise en charge du danger, mais pas celle de la tension mobilisatrice indispensable au travail de mise en place d'un traitement, institutionnel ou pas.

Ils analysent les notions de crise, urgence et danger.

Ce que l'institution ne veut pas être, c'est un lieu où le comportement dangereux est rendu impossible, un lieu de mise à l'abri. La question de la mise en place d'une structure de ce genre différent est abordée car la prise en charge du danger et la prise en charge à des fins de traitement sont antinomiques, réalité qui n'est pas suffisamment perçue par la société.

Thérapie et contrôle social

Jay HALEY

Thérapie Familiale, Genève. 3. 115-132. 1982.

Le fait qu'un jeune vole une voiture pourra être un acte délictueux ou le symptôme « d'un manque de contrôle de l'impulsivité », selon le niveau économique de sa famille. Il est des cas limites où l'attribution d'une étiquette criminologique ou médicale dépend du hasard, il en va ainsi pour l'alcoolisme ou la toxicomane. Une curieuse différence entre les diagnostics de « délinquant » et de « fou » réside dans l'idée que le premier est responsable de ce qu'il fait et par conséquent qu'il assume un libre choix. Un thérapeute qui tente de faire quelque chose pour ce jeune et sa famille est alors confronté aux agents du contrôle social qui ont la responsabilité d'éviter que ce jeune ne continue à perturber la collectivité.

L'auteur décrit les institutions dont les hôpitaux psychiatriques, des cliniques psychiatriques privées et les services psychiatriques universitaires. Il rappelle l'idéologie du contrôle social dont les agents ont par définition la fonction de maintenir la paix dans la communauté. Leur tâche est d'aider les délinquants et elle est nettement secondaire. Ils tendent à considérer le problème

comme étant de nature individuelle et non sociale, à ignorer la famille, à ne voir que son influence nocive. De tels postulats, ainsi que les institutions qui se basent sur eux, compromettent de façon notable l'action d'un thérapeute centrée sur le changement.

L'objectif d'un thérapeute est précisément d'introduire une plus grande complexité dans la vie des hommes, au sens de briser des séquences répétitives du comportement et de citer de nouvelles alternatives. Ils ne désirent pas qu'un patient suive simplement des directives, mais veulent qu'il prenne l'initiative de penser et d'agir d'une façon que le thérapeute lui-même peut ne pas avoir envisagée.

La thérapie auprès de familles difficiles n'exige pas seulement une grande habileté, mais également une situation qui favorise le succès de la thérapie même: l'auteur cite un certain nombre de conditions pour accroître la probabilité de succès.

J. C. Benoît analyse l'ouvrage de Jay Haley: « Leaving home the Therapy of disturbed young people ». Thérapie Familiale, Genève. 3. 133-139. 1982.

Approche systémique et justice des mineurs

Pierre SEGOND

Thérapie Familiale, Genève. 4. 193-200. 1983.

Réflexion centrée sur les ouvertures portées par l'approche systémique à l'action éducative dans le domaine de la déviance sociale des jeunes, mais également sur les limites inhérentes au contexte d'intervention dans le cadre judiciaire qui ne saurait être gommé et dont la présence en horizon est déterminante à bien des points de vue du projet éducatif à mettre en œuvre. (193) Le travail auprès de « mineurs de justice » est caractérisé souvent par des doubles liens si nombreux et si enchevêtrés que tous les protagonistes risquent de s'y perdre, s'ils ne sont pas l'objet d'un repérage constant et attentif.

Importante bibliographie.

Thérapie familiale et mandat pénal

Huguette TAHON

Thérapie Familiale, Genève. 5. 189-201. 1984.

Réflexions sur l'apport de la théorie systémique et de la thérapie familiale aux pratiques d'interventions dans un secteur d'activités spécifiques: l'exercice des mandats confiés par le tribunal de la jeunesse. Face au constat suivant: les familles de délinquants sont susceptibles de bénéficier d'une thérapie

familiale, or la mesure du tribunal de la jeunesse, destinée à aider le jeune à se sortir de son rôle de délinquant représente un obstacle, voire une contre-indication à la thérapie familiale. Face à ce constat, recherche d'une conciliation entre thérapie familiale et mandat pénal.

Après avoir présenté un cas clinique, les conditions essentielles pour une conciliation entre thérapie familiale et mandat pénal sont présentées:

- la reconnaissance des compétences respectives sans esprit de compétition,
- la clarification et l'acceptation des rôles respectifs,
- l'existence d'une communication satisfaisante et un échange constant au niveau de l'information,
- la possibilité pour le travailleur social et le thérapeute de s'utiliser comme support mutuel,
- la nécessité de se départir des événements extérieurs et de se situer par rapport aux comportements anti-sociaux qu'il était illusoire de prétendre enrayer dans l'immédiat.

Au niveau des différents sous-systèmes, ce mode d'intervention a permis une redéfinition du rôle du juge, une clarification du rôle du travailleur social et du thérapeute de la famille, une clarté des messages émanant des différentes instances conduisant les membres de la famille à se considérer davantage comme des interlocuteurs. Cette clarté des messages a permis d'améliorer les rapports entre la famille et le juge.

34. MÉTAPHORE

L'emploi de la métaphore en thérapie familiale

Anna-Maria NICOLO

Thérapie Familiale, Genève. 1. 301-324. 1980.

L'utilité de la métaphore réside dans le fait qu'il s'agit d'un signe plurivoque qui renvoie à plusieurs significés, qui opèrent une transposition à partir d'un référent qui peut être le symbole lui-même, présent dans le contexte.

Une manière particulière d'employer la métaphore consiste à faire appel à l'objet métaphorique: l'objet métaphorique associe aux valeurs de la métaphore un aspect qui le rend particulièrement original à savoir sa présence pendant la séance. L'objet métaphorique et l'explication matérielle donnée en séance par le thérapeute d'une métaphore verbale; il consiste en un objet

concret que le thérapeute choisit au cours de la séance pour représenter de manière visible et concrète des relations, des règles, des comportements de la famille ou d'un de ses membres. Comme la métaphore, l'objet métaphorique naît aussi du rapport thérapeute-famille et ce n'est qu'à l'intérieur de ce rapport que l'objet prend son sens. D'une certaine manière, il appartient aux membres de la famille, mais aussi à ce monde nouvellement créé que le thérapeute partage avec elle. Pour cette raison, l'objet métaphorique exprime et renforce d'une manière tangible le lien thérapeutique.

Des présentations de fragments de séances illustrent ce concept.

35. MIGRANT

Familial et familial: au carrefour d'une errance

J.A. SERRANO

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 417-425. 1980.

Présentation d'un point de vue systémique de dysfonctionnement psychologique tel que difficultés scolaires et troubles du comportement chez des enfants de familles migrantes.

Il serait tentant de dire que la psychopathologie de l'enfant et de la famille du migrant reflète simplement leur situation dans le contexte socio-économique. En réalité, la souffrance de l'enfant migrant et de sa famille les concerne en propre. Elle constitue un mode possible d'adaptation aux avatars de leur propre désir confronté avec l'environnement.

36. MODÈLE

Introduction des modèles systémiques dans une pratique de secteur

M. BONABESSE, Y.M. FRYSOU, J.Y. GAUTIER, D. BLANCHARD, M. CHRISTEN et N. GAUDI

L'Information Psychiatrique. 58. 31-42. 1982.

L'objectif est de réfléchir à la façon dont la thérapie familiale s'intègre

gre dans l'arsenal des moyens dont dispose un service de psychiatrie sectorisé.

Un premier écueil se dresse déjà dans les familles rurales ou urbaines à bas niveau socio-économique où l'expression des émotions est totalement étrangère. L'exploration du ressenti est souvent vécue comme une intrusion grossière, avec pour seule réponse une perplexité polie, parfois une opposition plus patente des membres de la famille.

Lorsqu'une indication est posée, il importe que les rôles soient clairement distribués entre les divers membres de l'équipe soignante et notamment que les tâches des divers intervenants autour d'un patient ou de sa famille soient nettement différenciées. Ainsi le rôle de thérapeute devrait rester totalement démarqué de son statut institutionnel: le thérapeute, s'il est médecin, s'absentendra de prescrire, de prendre des décisions concernant l'hospitalisation du patient, ses permissions, sa sortie, de recevoir la famille du malade pour prendre des orientations le concernant... La gestion de l'hospitalisation sera donc confiée à un autre médecin.

De même l'assistante-sociale, quand elle prend en charge une famille, passe contrat avec un infirmier ou un collègue de secteur, de façon à ce que toute demande d'ordre social soit renvoyée à ces professionnels.

Cependant, il n'est pas simple de se défaire du paradoxe du thérapeute familial occupant des fonctions hospitalières.

L'option systémique n'exclut pas, au contraire, la thérapie individuelle. Il n'est pas rare en effet qu'une thérapie individuelle débouche sur une thérapie de couple ou de famille ou à l'inverse qu'une thérapie familiale amène l'un ou plusieurs de ses membres à une demande de thérapie individuelle.

Est-il possible à un thérapeute rigidifié dans sa position à l'intérieur d'un système figé, de prétendre susciter le changement dans la famille, alors que sa propre énergie comme celle du système institutionnel, contribuent de façon prévalente au maintien du statu quo. Les auteurs répondent par la négative. Par contre, ils sont conscients de la nécessité et de la difficulté d'intervenir activement sur le contexte.

Rôle et limites des modèles en thérapie et en formation

Affectivité — Pensée — Action

Yves COLAS

Thérapie Familiale, Genève. 2. 211-219. 1981.

La question des limites de validité, de fécondité du modèle est posée. Deux risques existent, l'un de subordonner le mouvement de la connaissance à une idée maîtresse à savoir l'unité de la science, l'unité de la pensée, d'autre part faire naître un nouveau réductionnisme en cédant à la crainte d'affronter,

encore sans modèle préalable, la complexité du réel. La valeur dépend donc de l'usage qui en est fait, ce qui réintroduit une certaine intentionnalité dans la relation à soi-même ou à l'autre. La fonction du modèle devient donc aussi importante que le modèle lui-même. Il convient de développer la créativité à l'aide de modèles, de rechercher une plus grande cohésion de la personne thérapeute par la réduction de l'écart entre l'être et le faire. Ce sont des aspects essentiels de la direction d'une formation de la thérapie systémique. D'autre part, apprendre signifie toujours désapprendre pour rompre avec ce qui bloque, enferme ou aliène.

Un modèle de base des relations humaines

P. de GIACOMO, A. SILVESTRI, G. PIERRI, M.T. PAZIENZA,
L. CORFIATI, E. LEFONS, F. TANGORRA

Thérapie Familiale, Genève. 2. 243-256. 1981.

Approfondir les connaissances de l'interaction humaine et fournir des instruments conceptuels et méthodologiques qui puissent être utilisés par des opérateurs de la santé mentale. Description de 16 entités élémentaires de modèles de relations humaines. Retranscription graphique de ces modèles.

A partir de la combinaison des 16 fonctions, chacune d'entre elles pouvant être plus ou moins présente en pourcentage quantitatif chez chacun, réalisation d'un profil relationnel des différents membres de l'interaction. Dans chaque unité transactionnelle, les 16 fonctions sont présentes, seul le pourcentage de chaque fonction sera différent d'un système ou d'un sous-système à un autre.

37. MYTHES

La réalité informe, le mythe structure

J.-G. LEMAIRE

Dialogue. 84. 3-23. 1984.

Dans cet article, les principaux aspects du mythe sont repris. Citons les têtes de chapitres: Mythes familiaux et mythes pluridisciplinaires, Efficacité de la pensée mythique, Le mythe structure le groupe, «Comme si», «Quand même», Mythe et processus primaire, Mythe et fantasme, Extension du

concept mythe, La production des mythes, Les Rites, Mythologie et psychologie, Extension du signifiant, Mythe ou espace transitionnel, Mythe comme représentation, Divers définitions du mythe puis transmission des mythes familiaux et le Mythe familial et l'individu et enfin Le Mythe familial et le thérapeute.

A noter que l'ensemble de ce numéro, Dialogue, est consacré aux mythes familiaux.

38. PARADIGME

La révolution copernicienne en psychothérapie: le tournant du paradigme psychanalytique au paradigme systémique

Gottlieb GUNTERN

Thérapie Familiale, Genève. 3. 21-64. 1982.

Il s'agit d'une importante revue historique; partant du processus de développement dans la pensée scientifique, l'auteur décrit la psychanalyse freudienne avec ses racines dans les connaissances en physique et en biologie de la fin du XIX^e siècle. Il décrit le développement de la pensée systémique avec son influence sur la psychiatrie et la psychothérapie pour enfin souligner le décalage des performances scientifiques entre sciences naturelles et sciences sociales.

Cet article est accompagné de 154 références bibliographiques.

39. PARADOXE

Des interventions directives aux paradoxales (à propos de deux interventions extrêmes présentées en vidéo)

Y. COLAS, A.M. COLAS, A. TARAQUOIS

Thérapie Familiale, Genève. 2. 57-93. 1981.

Rappel de la place tenue par la technique vidéo en thérapie systémique avec ses risques et ses exigences.

Mot à mot de l'enregistrement d'une séance avec une famille avec un comportementaire portant en particulier sur les interventions directives ou paradoxales.

Quelques malentendus concernant les interventions «paradoxales»

Théo COMPERNOLLE

Thérapie Familiale, Genève. 5. 69-76. 1984.

Mise en garde contre la méconnaissance du mécanisme d'action des interventions paradoxales.

Questions à propos du mécanisme d'action des paradoxes

M. GOUTAL

Thérapie Familiale, Genève. 4. 359-367. 1983.

La notion de paradoxe surtout utilisée par les systémiciens l'est également par certains psychanalystes qui y voient un concept fécond susceptible de rendre compte de ce qui se noue ou s'évacue dans la psychose. L'effort de l'auteur vise à conjuguer l'approche systémique et l'approche psychanalytique en se gardant, dit-il, de les confondre.

Un cas clinique permet de suivre sa démarche.

40. PRÉVENTION

Intervention thérapeutique et préventive auprès d'un groupe familial à haut risque

Marceline ELOD

Thérapie Familiale, Genève. 3. 215-233. 1982.

Description d'une intervention thérapeutique préventive au long cours s'adressant à une famille à très haut risque dont la mère présente de façon répétitive des ivresses pathologiques.

Le travail psychiatrique préventif était destiné à permettre à de jeunes enfants nés dans ce milieu familial à très haut risque de trouver sans quitter leurs parents des conditions existentielles protectrices satisfaisantes.

Analyse systémique d'une famille à haut risque

Elisabeth FIVAZ

Thérapie Familiale, Genève. 1. 165-180. 1980.

Les définitions des caractéristiques des familles à haut risque. La procédure d'analyse proposée est basée sur des données observables (analyse de la distribution du pouvoir) dont on peut ensuite déduire des caractéristiques structurales et fonctionnelles de la famille (comptabilité, cohérence et auto-régulation du réseau de règles). Ce modèle d'analyse systémique représente aussi bien les données diachroniques (développement, histoire du système familial ou social), que les données synchroniques (organisation). Elle permet ainsi d'arriver à une vue d'ensemble que d'autres méthodes cliniques ne fournissent pas.

41. PRONOSTIC

Le pronostic familial: éléments fournis par l'entretien préliminaire en psychiatrie d'adultes

D. ROUME, J. PENSO

Thérapie Familiale, Genève. 3. 157-165. 1982.

- Parmi les éléments permettant d'envisager un pronostic favorable, il y a:
- des relations indivisuelles positives avec le milieu extérieur;
 - des capacités familiales à suivre la mode, l'actualité et à participer à la vie sociale.

Les éléments de l'analyse transgénérationnelle se révèlent aussi très significatifs sur le plan de ce pronostic.

42. PROVOCATION

La provocation en tant que réponse thérapeutique

Anna-Maria NICOLO

Thérapie Familiale, Genève. 2. 293-299. 1981.

Si on considère comme provocateur le message que la famille envoie au thérapeute lors de leur rencontre, alors on peut imaginer une réponse qui soit «une contre-provocation dirigée» vers le système. Elle consiste à amplifier de manière contre-provocation des messages que la famille envoie afin de soutenir cette partie du Soi de chacun des membres de la famille qui tend le plus vers la transformation. Pour mettre en œuvre cette modalité thérapeutique, le thérapeute, doit en utilisant des méthodes verbales et analogiques amplifier la fonction symptomatique jusqu'à la rendre intenable, mais par l'intermédiaire de cette même provocation, le thérapeute crée un rapport intense avec le patient dont il soutient d'une manière souterraine la possibilité d'auto-détermination. La contre-provocation thérapeutique, en utilisant le même jeu relationnel, met par conséquent l'autre dans une position intenable jusqu'à le destabiliser et à le contraindre à sortir hors de l'espace de fonction qu'il contrôle habituellement. A travers ce travail lent et difficile, le patient et sa famille pourront commencer à explorer de nouveaux domaines de relations.

43. PSYCHANALYSE

Peut-on éviter de passer par l'inconscient?

Claude BRODEUR

Thérapie Familiale, Genève. 1. 109-116. 1980.

L'auteur considère qu'à côté de l'inconscient des individus, il existe un véritable inconscient familial analogue au premier. L'inconscient est défini comme cette région du sens, dans tout message ou discours, dont l'investissement ne parvient pas à se manifester en pleine conscience en raison d'une résistance ou d'un contre-investissement interne au message lui-même. Dès que tout discours se trouve lourdement affecté d'inconscience, on ne peut plus bêtement ignorer l'inconscient, le tenir à l'écart. En effet, à partir du moment où on découvre les règles de la communication, méconnues de la famille et

pratiquement méconnaissables par celle-ci, on met en place un véritable inconscient familial, comme l'ont réalisé en fait les auteurs de l'école de Palo Alto. Cet inconscient familial n'est pas à considérer comme quelques échappées inopportunes d'une expression symbolique ou d'un lapsus dans le cours d'un langage entre les personnes, mais il est dans le tissu même du discours, c'est le canevas qui commande son expression la plus profonde et la plus fondamentale.

L'auteur insiste sur le fait qu'il privilégie avec une famille comme avec l'individu la méthode qui consiste à écouter patiemment et attentivement le discours particulier sans jamais en contraindre le cours d'aucune façon. C'est ce dernier discours qui, beaucoup plus rapidement qu'on ne le pense, révélera son organisation interne, son système propre.

Prescriptions et aliénation

L. CASSIERS

Cahiers du Centre d'Etude de la Famille. 3. 5-15. 1982.

L'auteur pose deux questions: peut-on légitimement non seulement comparer mais même entrecroiser théorie systémique et théorie psychanalytique lacanienne? — Les prescriptions que recommande la pratique systémique: prescriptions du symptôme ou prescription paradoxale, sont-elles des manipulations aliénantes? Si la description psychanalytique de la structure de l'aliénation psychotique paraît plus radicale que celle des systémistes, elle n'en court pas moins le risque de nous figer dans une synchronie si rigoureuse qu'elle se cristallise. En se penchant de près sur la diachronie concrète des images thérapeutiques, en enregistrant les échanges, en définissant de façon prescriptive naïve parfois les procédures, les systémistes monnaient concrètement en action thérapeutique possible les structures qu'ils décrivent. S'ils vont moins loin, semble-t-il, dans les descriptions synchroniques structurales, ils rejoignent souvent mieux celles-ci dans le concept quotidien thérapeutique, avec le risque d'autre part d'être compris et appliqués en terme de recettes qui peuvent devenir de simples manipulations stratégiques. Finalement pour l'auteur, les deux théories s'éclairaient mutuellement à partir de leur champ respectif. Elles ne se contredisent pas, parce que fondées sur une éthique qui lui paraît tout à fait semblable de part et d'autre.

L'ensemble des textes présentés dans les cahiers du Centre d'Etude de la Famille étudie la relation entre psychanalyse et thérapie systémique familiale.

Thérapie familiale et/ou thérapie individuelle?

S. FADDA

L'Evolution Psychiatrique. 47. 731-741. 1982.

Existe-t-il une antinomie entre la théorie des systèmes et la théorie psychanalytique? L'auteur veut au contraire montrer comment ces cadres de référence théorique appartiennent à deux niveaux logiques différents non contradictoires. L'évaluation clinique du degré de différenciation du patient peut servir de guide à l'indication d'un traitement individuel ou familial.

Fantasmes originaux, organisateurs de l'homéostasie familiale

E. GILLIÉRON

Thérapie Familiale, Genève. 1. 267-280. 1980.

La confrontation d'une pratique psychanalytique individuelle et de thérapies dites conjointes a induit l'auteur à accorder une place centrale aux fantasmes originaux dans l'examen du fonctionnement de la famille. Il s'agit en percevant les fantasmes dans le cadre général de la famille de voir dans quelle mesure il existe une rencontre entre les fantasmes de l'enfant et des parents. Les groupes assurent leur cohésion en partageant certains fantasmes et l'auteur se demande si un phénomène apparenté n'apparaissait pas dans les familles. En ce qui concerne les fantasmes des familles de schizophrènes, l'auteur est frappé par *la terreur* de la différenciation sexuelle, par la terreur du fantasme de castration. Toutes les transactions au sein de ces familles visent à lutter contre l'apparition de ce dernier.

Les craintes provoquées chez les parents par les poussées maturatives de l'enfant, renforcées par les mouvements régressifs nécessaires à la compréhension de ce dernier et au rapprochement, semblent parfois si vives qu'elle conduisent les membres à des comportements répétés, qui n'ont d'autre but que d'empêcher certains fantasmes d'apparaître dans l'espace qui les unit et les sépare. On aboutit alors à des situations homéostatiques liées à des mythes d'origine primitive plus que le mythe d'Œdipe, mythes qu'il s'agit d'entretenir et de renforcer par des actes ritualisés qui nuisent à des échanges plus enrichissants.

Essai de rapprochement entre la théorie systémique et la théorie psychanalytique de groupe dans leur application à la thérapie familiale

D. LITOVSKY DE EIGUER

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 375-381. 1980.

Essai de rapprochement entre la théorie systémique et la théorie psychanalytique de groupe quant à leur application à la thérapie familiale. Le groupe familial est considéré comme un champ d'interaction des fantasmes inconscients et des rêveries conscientes que font et déjouent incessamment les manœuvres et contre-manœuvres des patients schizophrènes et des membres de la famille.

Bateson et Lancel

Ph. van MEERBEECK

Thérapie Familiale, Genève. 3. 65-72. 1982.

Essai de démontrer les convergences dans les recherches de Bateson et de Lancel.

Intégration de l'approche psychanalytique et de l'approche systémique dans le processus diagnostique

C. VILLENEUVE

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 32. 459-464. 1984.

Ayant discuté de la possibilité d'intégrer l'approche psychanalytique et l'approche systémique, l'auteur présente un modèle d'évaluation familiale basée sur l'approche systémique mais tenant compte du niveau de développement de l'enfant. Un cas clinique est à titre d'exemple.

44. PSYCHOSOMATIQUE

A propos de: «L'investigation psychosomatique»...: mouvements familiaux de vie ou de mort ou l'accès d'Adèle à la cohabitation

B. FROUSSART

Thérapie Familiale, Genève. 1. 281-288. 1980.

Discussion d'un point de vue systémique d'un cas de troubles psychosomatiques publié par Pierre Marty.

Maladies psychosomatiques et familles

D. MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 4. 133-139. 1983.

La maladie psychosomatique est ici comprise comme un indice d'expression somatique de la présence de difficultés survenant dans le réseau relationnel d'un système. Le ou les symptômes somatiques prennent une valeur communicationnelle particulière dans les transactions familiales en s'inscrivant de façon temporaire ou chronique dans le jeu circulaire des comportements-réponses.

Bref survol de la littérature insistant sur la relative rareté des travaux consacrés aux affections psycho-somatiques d'adultes alors que les études consacrées aux familles dont un enfant présente des troubles psycho-somatiques prédominent et sont mieux connues.

Présentation d'un exemple clinique: patient désigné âgé de 36 ans souffrant de crises d'asthme.

45. RACISME

Le racisme dans la famille

Mara SELVINI-PALAZZOLI

Thérapie Familiale, Genève. 1. 5-16. 1980.

Définition du racisme: tendance à considérer un comportement individuel et inter-personnel comme des manifestations découlant de caractéristiques hérédito-biologiques déterminées. Reconnaisant les membres d'un groupe naturel comme génétiquement différent, on leur attribue automatiquement une valeur supérieure ou inférieure. En fait, si le caractère du racisme en général est mythique, c'est aussi le cas du racisme familial, en tant qu'irrationnel, anti-scientifique et lié au social. Le racisme sert à maintenir l'homéostasie et d'autre part permet à chacun d'expliquer ou justifier ses propres comportements et ceux des autres, mais il en cache les motivations.

Au sein du couple, le conjoint ayant des liens les plus conflictuels avec sa famille d'origine cherche à imposer à l'autre ou une fréquentation plus assidue de cette dernière, ou certaines modalités de comportement déjà stabilisées par ses parents et par la famille plus large. Seul son sexe et ses fameuses caractéristiques, ses traits de ressemblance à l'un ou l'autre des membres de la famille,

lui appartenant en propre. Cela servira admirablement à construire un mythe au cas où le système en aurait besoin. Un être humain est porteur de certaines caractéristiques dans toutes les situations, mais c'est seulement dans certaines conditions de système familial que, du fait de ses caractéristiques, il devient « un être ». Si quelqu'un continue à rester « un nègre » parce qu'autrement il a peur de ne devenir « personne » dans la relation, de même ceux qui le traitent de cette manière, continueront à le faire et en raison de la même peur tragique.

Présentation d'un cas clinique.

46. RÉFÉRENT

Le problème du référent en thérapie familiale

Mara SELVINI, Luigi BOSCOLO, Gianfranco CECCHIN,
Giuliana PRATA

Thérapie Familiale, Genève. 5. 89-99. 1984.

Le problème du référent en thérapie familiale est délicat au point qu'il peut compromettre la réussite d'un traitement. C'est cependant un problème trop négligé dans la littérature.

Les questions à se poser sont :

- quelle est la position actuelle du référent dans le groupe familial qui consulte?
- ce référent n'est-il pas impliqué à tel point dans la famille qu'il est devenu lui-même un élément de maintien du dysfonctionnement?

Souvent, le référent s'est longuement occupé du patient et a ainsi acquis l'impression d'être accepté par la famille et de pouvoir l'aider. Progressivement, ses efforts n'aboutissent que sur un échec ou sentiment de frustration et de disqualification. Dans une deuxième phase, l'intervenant se sent alors piégé et dans la troisième phase, il envoie la famille en thérapie familiale. La famille réagit souvent en obéissant car le référent est devenu si précieux pour l'homéostasie de son système qu'il ne faut à aucun prix le décevoir et par conséquent suivre sa position.

Les référents suspects sont : les spécialistes soignant depuis des années un membre de la famille avec laquelle ils ont fini par établir des rapports d'amitié :

- les thérapeutes dits de soutien qui ont été pris dans l'engrenage de la

famille du patient ayant souvent avec la mère le plus de contact, une relation très étroite.

Comportement des familles suspectes :

- familles souriantes. Leur politesse et leur sourire montrent qu'elles sont tout à fait adaptées à leur patient, mais ce sourire empêche toute intervention;
- familles en colère, fermées, serrant les rangs, exprimant par le langage analogique l'exclusion et le refus du thérapeute;
- familles gémissantes se plaignant perpétuellement du malaise que provoque la venue aux séances, la longueur du voyage, les frais et l'absence de progrès du patient désigné. Ces familles n'exécutent jamais les éventuelles prescriptions. La principale préoccupation étant d'arriver le plus vite possible à la fin de la thérapie pour se libérer et pour démontrer ainsi que cette expérience s'est avérée parfaitement inutile.

Possibilités d'action :

- Rechercher les informations précises sur la demande. Le référent suspect est invité à participer à une séance avec la famille en s'adressant à lui comme à un collègue invité pour donner des informations. Il est exclu de conseiller ou de prescrire la fin de la relation entre le référent et la famille tout en veillant à recommander la poursuite des relations entre la famille et le référent. La cessation du jeu entre le référent et la famille ne peut avoir lieu que si la séance a été correctement conduite; c'est seulement alors que se précise l'espoir d'un succès du travail conduit avec la famille. A la fin de la séance d'ailleurs, les thérapeutes prennent définitivement congé de ce référent.

Si le référent suspect n'est pas convoqué en séance, les thérapeutes s'enquerront des relations des différents membres de la famille avec lui pour préparer l'intervention. Dans cette démarche il est exclu de manifester une quelconque attitude culpabilisante ou intrusive. Parfois, il est nécessaire de reporter à une phase assez avancée du traitement cette recherche d'intervention devant l'attitude non coopérante de la famille.

Présentation d'un cas où la fonction du référent est connue positivement et où la poursuite des relations amicales avec lui est encouragée paradoxalement.

47. RÉSEAU

Thérapie familiale et communauté

HARRY APONTE

Réseaux-systèmes-agencements. 17-29. 1980.

Si les thérapeutes familiaux se sont concentrés sur l'objet de leurs préoccupations, la famille en tant qu'unité sociale, il convient de tenir compte du contexte social plus vaste dans lequel cet individu et sa famille fonctionnent. Il existe une continuité structurelle entre les schémas structurels reliant l'individu, la famille et la communauté. Une intervention dans l'un de ces systèmes peut avoir un effet correspondant dans les autres, selon la force des liaisons existantes entre leurs différentes organisations. Une perspective théorique incluant la famille et la communauté nécessite l'utilisation de techniques prenant en considération des systèmes plus étendus. Ce qui distingue ce genre d'intervention communautaire de ce que l'on entend généralement par l'action sociale est le fait que les interventions pratiquées ici dans la communauté recherchent principalement l'effet thérapeutique sur la famille et ses membres. L'intervention dans les relations famille-communauté se fera donc conformément aux objectifs vitaux de la famille. Le thérapeute familial doit pouvoir comprendre l'individu et la famille dans le contexte de la communauté et intervenir dans cet ensemble inter-dépendant de systèmes individuels, familiaux et communautaires pour le plus grand bien de la famille qui a fait appel à lui.

L'ensemble de ce numéro est consacré aux thérapies familiales, institutions, quartier.

Essai de formalisation du projet d'intervention de réseaux

CLAUDE BRODEUR, RICHARD ROUSSEAU

Service Social (Presses de l'Université Laval, Québec, Canada. 29. 313-327. 1980.

L'écoute attentive d'une demande d'aide initiale conduit à une transformation de cette demande suivant deux axes essentiels : la demande focalisée sur un individu devient progressivement la demande de tout un collectif et la demande d'aide reflétant une dépendance envers des services professionnels ou institutionnels se transforme avec le temps en son contraire, à savoir le développement de potentialité collective et la prise en charge par le milieu d'un projet d'existence également collectif. Cette transformation de la demande

initiale a ses complexes de mouvements dans un système formé des deux champs du réseau naturel ou primaire et des institutions de service ou réseau secondaire. L'intervention d'un réseau amène donc une modification de la demande exprimée par les réseaux primaires concernés aux institutions. Le projet d'intervention d'un réseau consiste à redonner la primauté d'une dynamique naturelle d'une demande d'aide issue d'un réseau primaire.

L'ensemble de ce numéro est consacré à l'intervention de réseaux : rétrospective et prospective.

Un modèle d'intervention en réseau au Québec

L. DESMARAIS, L. BLANCHET, R. MAYER

Réseaux-systèmes-agencements. 4/5. 109-118. 1982.

Réflexion sur une pratique d'intervention en réseau, pratique de recherche, action située dans un contexte social et politique particulier, le Québec. L'objectif d'une telle intervention est de faire en sorte que le réseau développe, au cours de l'intervention, la capacité de se mobiliser pour résoudre de son propre chef les difficultés présentes et, s'il y a lieu, à l'avenir. En d'autres termes, il s'agit de réduire la nécessité de recourir au spécialiste dans l'avenir, même en cas de crise. Du même coup, il s'agit de déboucher sur des alternatives impliquant en plus du changement individuel un changement social, voire politique, dans la mesure où de nouveaux rapports sociaux s'organisent désormais à partir du réseau. L'atteinte de ces résultats implique que les membres de l'équipe d'intervention ne soient pas perçus comme des thérapeutes à long terme. L'équipe devient d'emblée élément dynamique de définition de la santé mentale et objet de remise en question.

Une partie importante de ce numéro est consacrée aux thérapies familiales et pratiques de réseaux.

48. SCULPTURE

Reconstruction familiale : cartes familiales — génogramme — sculptures

MAX DUGAS

Thérapie Familiale, Genève. 4. 71-75. 1983.

Dans le prolongement de l'appartenance de Virginia Satir, présentation de la reconstruction familiale qui, en respectant les éléments déjà utilisés, réintègre des éléments oubliés. Travail d'archéologue à partir de quelques débris, permet de reconstituer non pas tellement des faits, mais une ambiance, une atmosphère, un climat. Ce qui appartient à l'histoire personnelle est ainsi replacé dans le temps, l'espace, le contexte historique, social, économique, et recadre le contexte affectif.

Dans un premier temps, mise en place des cartes familiales et de la «roue d'influence» (graphique permettant de représenter autour du sujet tous les personnages que ce dernier estime avoir été importants pour lui avec leurs rôles et leurs qualificatifs les plus appropriés). À partir de cette somme d'informations, l'architecte «de la reconstruction» va raconter l'histoire du sujet telle qu'elle lui apparaît. Le sujet est alors invité à choisir dans une assemblée les personnes pouvant jouer les différents personnages figurant dans sa vie. Il y a ainsi un élargissement de la vision. Ce processus permet une ouverture, l'introduction d'un processus de changements car il lui fait éprouver à côté de sa lecture initiale souvent étriquée et répétitive une nouvelle lecture de sa propre histoire familiale.

La sculpture présente un autre moyen pouvant être introduit dans cette reconstruction.

Corps et famille

Jean-Marc GUILLERME, Jacqueline C. PRUD-HOMME

Thérapie Familiale, Genève. 4. 333-340. 1983.

Après un survol historique, la notion de corps familial est reprise: il ne s'agit non pas d'un ensemble d'individus juxtaposés où sont en action les seuls mécanismes de défense individuelle («verticalement»), mais bien plus un organisme vivant, régi par des règles où, à travers l'action, le mouvement, la fantaisie, les rétro-actions, nous observons également, de façon circulaire, les processus de fusion, séparation, triangulation, dé-triangulation, différenciation.

Un cadre de travail consistant en une session de 5 jours avec un thérapeute familial et un analyste bioénergéticien est décrit.

La sculpture familiale: technique d'évaluation, de traitement et d'enseignement

Jacqueline C. PRUD-HOMME

Thérapie Familiale, Genève. 2. 147-153. 1981.

La sculpture familiale ressemble à une carte de géographie physique et émotionnelle d'une famille, d'une situation telle que perçue et vécue émotionnellement par les membres de cette famille. Un des principes sous-jacents à l'utilisation de cette technique est de faciliter des prises de conscience par l'action et, par la suite, de transformer ces prises de conscience en actions atteignant ainsi le changement. Un deuxième principe sous-jacent est d'aider chaque membre de la famille à prendre la responsabilité de changer plutôt que de projeter sur les autres cette responsabilité. La sculpture familiale est donc un processus actif, dynamique, non linéaire qui illustre les relations interpersonnelles dans le temps et l'espace de telle sorte que les situations, événements et attitudes peuvent être perçus et vécus simultanément. L'avantage de la sculpture familiale est d'interrompre les «patterns» verbaux, familiaux de la famille par l'accent mis sur les positions et les gestes. Le rôle du thérapeute consistera à mettre l'accent davantage sur ce que chaque sculpteur peut faire pour modifier la sculpture familiale de façon à répondre à son besoin présent. Cette technique est un élément précieux tant au niveau de l'évaluation du traitement, elle joue également un rôle important comme moyen d'enseignement en demandant aux élèves de sculpter leur famille d'origine.

49. SECRET

Oedipe et sa famille, ou les secrets sont faits pour être agis
Essai de compréhension du mythe oedipien par une lecture systémique des interactions entre les personnages

Guy AUSLOOS

Dialogue. 70. 83-91. 1980.

Dans le mythe oedipien s'enchaîne une suite de secrets qui ont une importance capitale dans le déroulement du drame. Ce qu'il convient de souligner à propos de cette tragédie, c'est la nécessité des secrets pour que le destin s'accomplisse. Ce sont les secrets qui vont, en quelque sorte, organiser le destin. Une lecture plus systémique de la tragédie d'Oedipe montre que les actes d'un individu ont un retentissement sur la famille entière et notamment sur la génération suivante.

Dans la clinique, on constate qu'il y a fréquemment un secret à l'origine de certains comportements délinquants, apparemment inexplicables. Pour faire en sorte que les enfants ne reproduisent pas les comportements que l'on tient à éviter, la famille va instituer des lois, lois qui induisent des comportements qui

continueront à se faire, même lorsque les descendants n'en comprennent plus la raison. Puisque ces comportements n'ont plus de sens, leur effet apparaît comme les effets du destin.

Une situation où les secrets tiennent trop de place, où les silences induisent des actions sans compréhension possible, est une situation d'aliénation.

L'ensemble de ce numéro de Dialogue est consacré au secret de famille.

Ces choses qu'on ne peut pas dire...

Guy AULOO, Geraldine BOUCHARA, Roberto PILLA

Thérapie Familiale, Genève. 1. 85-92.1980.

Le secret est communiqué à la fois pour qu'on le connaisse et qu'on ne puisse en parler. Que peut faire l'un des thérapeutes lorsqu'il est dépositaire d'un secret de famille qui, du fait de la complicité imposée par la mère, ne peut être communiqué ni au co-thérapeute, ni aux autres membres de la famille. C'est l'objet du présent article où les auteurs présentent la stratégie utilisée pour permettre de lever le secret.

Analyse du système familial d'un cas de psychopathie

Catherine GUITTON

Génitif. 3. 59-66. 1981.

Présentation d'un cas avec 6 entretiens montrant l'influence d'un secret de famille dans une famille à transaction délétogène. Dans ce cas, le secret familial est la dangerosité du père. Le couple choisit d'en faire un secret: c'est une délégitimation consciente et délibérée à valeur conjuratoire, c'est-à-dire que c'est un rituel par rapport à ce drame originel. Mais ce n'est pas un vrai rituel, c'est un pseudo-rituel car ici ce déni n'a que l'aspect du rituel sans en avoir le sens, c'est-à-dire qu'il sert uniquement à occulter le drame sans permettre son dépassement. Il est donc l'inverse d'un rituel. Lorsqu'il est annulé par l'adolescent, il ne joue plus son rôle de rempart, c'est alors que resurgit le drame originel et son chaos émotionnel.

Ce n'est qu'à partir du moment où on assiste à une remaniement de la structure familiale que la problématique peut être dépassée.

Secret partagé... Secret formulable en thérapie familiale

J.A. SERRANO

Thérapie Familiale, Genève. 4. 347-358. 1983.

Ces traces refoulées ou oubliées, rejetées ou réprimées, volontairement et consciemment, sont entourées par une clause tacite de silence. Cependant, leur contenu est considéré comme ayant une valeur explicative aux yeux de la famille en ce que les signifiants non formulés sont sensés expliquer autant le comportement d'un des membres que l'ensemble de la situation familiale. Le secret désigne aussi le lieu d'une faille familiale, lieu d'une vulnérabilité.

L'auteur définit le secret, présente son cadre de référence, donne quelques exemples cliniques et discute des implications thérapeutiques.

50. SEXUALITÉ

Sexualité adolescente, sexualité parentale: un point de vue systémique

Guy AUSLOOS

Dialogue. 76. 58-66. 1982.

La sexualité est envisagée comme un des comportements, important certes mais non prédominant. À ce titre, elle peut être considérée comme un mode de communication dirigé vers un ou plusieurs partenaires et sera également lu par les autres membres du système, pouvant être utilisé dans des jeux d'alliance et de coalition.

Certains aspects du comportement sexuel peuvent servir à bien des fonctions dont en particulier celle de délimitation du territoire et de l'intimité, d'ouverture et de fermeture du système, de régulation de l'individuation ou de l'autonomie, de constitution de secret, de délimitation ou d'affirmation de pouvoir.

Dans la famille, la sexualité partagée est considérée comme une prérogative du couple tant que les enfants sont petits: il en découle une série de règles qui délimitent par exemple le lieu, le temps où l'intimité sera possible. L'accès au corps adulte de l'ainé des enfants met en question cette prérogative et les lois intra-familiales qui la sous-tendent. Cette modification corporelle fait également passer l'enfant qui devient adolescent d'une position complémentaire à une position de plus en plus symétrique d'où des conflits difficilement évitables, d'où aussi la remise en question des adultes de la famille dans leur position de parents et de couple.

L'ensemble de ce numéro de Dialogue est consacré au sexe et à ses lois.

5.1. STRUCTURALISME

Théorie de la communication, théorie des systèmes et structuralisme

C. GANRY

Thérapie Familiale, Genève. 1. 29-42. 1980.

Description des rapports existant entre le mouvement systémique américain et le mouvement structuraliste européen avec rappel des théories de De Saussure, de Jakobson, de Watzlawick, de Piaget et de Lévi-Strauss.

5.2. SUICIDE

L'approche familiale après des gestes suicidaires des enfants

C. FLIVIGNY

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 387-391. 1980.

A partir d'une pratique psychiatrique en hôpital pédiatrique, l'auteur veut montrer à la fois l'importance et les difficultés d'une approche familiale, après les gestes suicidaires des enfants.

Tentative de suicide. Manipulation du contexte et dialectique de déni en thérapie familiale systémique

C. GUITTON-COHEN-ADAD

Thérapie Familiale, Genève. 2. 155-171. 1981.

Présentation d'une famille prise en charge dans une thérapie d'inspiration selvinienne. La reconnaissance des erreurs a entraîné un changement des critères d'observation de la part des thérapeutes qui semble être à l'origine d'un véritable changement épistémologique permettant d'étayer et d'assurer la logique circulaire du raisonnement du thérapeute dont dépendent la cohérence, la pertinence et la valeur opérationnelle de l'intervention dite systémique. L'art des thérapeutes n'est donc pas de résoudre le problème de la famille, mais de le lui poser en termes clairs. La famille confrontée alors à une équation intelligible est libérée de son chaos émotionnel anxieux pourra d'elle-même trouver

ses propres solutions, en s'appuyant sur ses forces solides d'affectivité, de spontanéité.

Utilisation de la thérapie familiale dans une situation aiguë de menace de suicide chez un adolescent

M.F. PHILIPPE

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 29. 373-377. 1981.

La notation de la prise en charge d'une famille dont le fils unique âgé de 14 ans menace de se suicider. Les thérapeutes de formation analytique décrivent une thérapie de 10 séances ainsi que la séance de contrôle après six mois. Ils sont basés essentiellement sur l'apport théorique de Minuchin, sur la reconstruction des sous-systèmes familiaux sans exclure l'apport d'autres modèles théoriques tels que celui de Selvin et celui de l'école de Palo Alto.

La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider?

J. SNAKKERS, F.G. LADAME et D. NARDINI

Neuropsychiatrie de l'Enfance. 28. 393-398. 1980.

Approche systémique des familles d'adolescents suicidant dans une perspective triple:

- mettre en évidence les facteurs intra-familiaux ayant soit freiné, soit facilité la tentative de suicide.
- Evaluer la capacité de changement et d'évolution de chaque famille avec ses ressources internes pour prévenir au mieux une récurrence.
- Dégager à partir de l'analyse des données les améliorations prévisibles à long terme dans la stratégie de la prise en charge.

La recherche s'effectue en trois temps avec trois entretiens de famille, le premier dans les 24 heures qui suivent la tentative de suicide de l'adolescent, le second un mois après la tentative de suicide et le troisième un an après.

Parmi les facteurs mis en évidence, il y a l'absence des barrières inter-générationnelles dans plus d'un tiers des cas, à côté de la défaillance du parent du même sexe.

53. SYSTÈME (cf. également généralité)

Couple, clan, famille nucléaire ou un système n'en vaut pas un autre

Paul-Edouard VOLA, Alain GAVAUDAN

Thérapie Familiale, Genève. 5. 287-297. 1984.

Description d'un cas où les thérapeutes sont amenés à passer à différents sous-systèmes.

En délimitant le contenant — le système — les thérapeutes délimitent, à un niveau logique différent, le contenu — l'enjeu. Les notions de système et d'enjeu semblent indissociables aux auteurs. Mais il apparaît plus aisé de passer par la question de l'enjeu pour délimiter le système traité: c'est par le biais de l'enjeu qu'est défini le système.

54. SCHIZOPHRÉNIE (et autres psychoses)

Interventions systémiques dans une schizophrénie

J.C. BENOÎT, A. DIAGREMONT, C. GUITTON, B. RABEAU

Thérapie Familiale, Genève. 1. 43-60. 1980.

A partir de la présentation d'un cas clinique, les auteurs présentent les possibilités de compréhension et d'intervention dans les psychoses au niveau des inter-relations entre le schizophrène et sa famille. Le deuxième aspect abordé est celui de la manière selon laquelle se réalise le travail systémique, à savoir les voies et les modes d'action. L'unité clinique de travail, à savoir la séance d'entretien collectif et son contexte, sont tout particulièrement décrits. Enfin, la discussion porte sur les critères de progrès.

La pratique systémique des entretiens collectifs familiaux en présence du psychotique ouvre un horizon nouveau aux équipes travaillant dans les institutions psychiatriques même classiques.

Psychose infantile et parentification à propos d'un cas de thérapie familiale

F. BRIDGMAN, A. MALDANT, J.P. RIGOLET, S. TASSAN

Thérapie Familiale, Genève. 1. 223-244. 1980.

Présentation d'un cas de psychose infantile pris en charge dans le cadre d'une thérapie familiale où le concept de parentification de Boszormenyi-Nagy a offert une base théorique aux hypothèses.

Psychopathologie de la famille

Philippe CAILLE

Thérapie Familiale, Genève. 1. 17-28. 1980.

Présentation d'une famille dont la fille âgée de 25 ans a présenté plusieurs épisodes psychoitiques. L'abord de cette famille est présenté sous l'angle systématique après avoir rappelé les fondements principaux de cette théorie.

Les principes thérapeutiques suivants sont soulignés: la nécessité de garder le contrôle de la situation thérapeutique, le fait d'éviter d'être incorporé dans le système familial, la cohérence dans la démarche thérapeutique où toute intervention doit être systémique, enfin le rôle du temps nécessaire pour permettre au système de réagir par un changement structural.

L'histoire de Sophie

Colette CHOURAQUI-SEPEL

Thérapie Familiale, Genève. 1. 353-365. 1980.

Il s'agit de la présentation d'un cas de bouffée psychotique chez une infirmière âgée de 24 ans, hospitalisée pour la première fois en milieu psychiatrique, séjour au cours duquel les entretiens collectifs familiaux ont permis d'élucider l'arrière-plan relationnel. L'analyse du point de vue systémique est effectuée de cette situation.

Schizophrénie greffée ou tutelle des parents

J.J. EISENRING, C. de REYNIER

Thérapie Familiale, Genève. 5. 203-208. 1984.

Intervention systémique dans une famille dont le fils, un adolescent, débile moyen, présente une décompensation d'allure psychotique évoquant une schizophrénie greffée. En réalité, ce comportement permet à l'adolescent d'assumer des décisions que les parents sont incapables de prendre, d'endosser en quelque sorte la tutelle de ses parents. L'aménagement des communications,

la possibilité d'exprimer ses désirs dans un contexte où les thérapeutes ont évité d'entrer en symétrie a permis la disparition de la symptomatologie.

Psychoses de l'enfant et de l'adolescent et thérapie familiale

Odette MASSON, Daniel MASSON

Thérapie Familiale, Genève. 1. 71-83. 1980.

A partir de l'étude de 6 familles, ce travail cherche à montrer l'intérêt de l'approche familiale pour traiter les troubles psychotiques se manifestant chez les enfants et les adolescents.

Les auteurs pensent qu'il existe une grande variété parmi les familles qui fonctionnent en transaction psychotique. Certaines se trouvent par phases dans cette situation, à des moments-clés de leur développement, ou sous l'effet de stress particulier. D'autres paraissent vivre chroniquement en régime schizophrénique. Pour ces dernières familles, l'intervention brève de 10 à 20 séances, peut ne pas suffir à modifier le régime transactionnel psychotique installé depuis la génération précédente.

Service public et modalités thérapeutiques actuelles de la schizophrénie

M. PAGES BORD, D. AIZENBERG, G. TRÉGAN

L'Information Psychiatrique. 59. 355-371. 1983.

Les modalités thérapeutiques de la schizophrénie: thérapeutique biologique, prise en charge psychothérapique, psychothérapie institutionnelle, structures intermédiaires et désinstitutionnalisation. La place que jouent les thérapies familiales est également analysée.

Bibliographie avec plus d'une centaine de titres.

Le barrage du conditionnement linguistique dans la thérapie de la famille du schizophrène (propositions pour une épistémologie et une méthodologie nouvelle)

Mara SELVINI-PALAZZOLI

Thérapie Familiale, Genève. 3. 103-114. 1982.

La première difficulté que rencontrent les thérapeutes prenant en charge des familles de schizophrènes est leur propre conditionnement linguistique,

numérique, digital. Les conséquences les plus importantes de ce conditionnement induisent les thérapeutes à conceptualiser la réalité vivante de la famille dans un sens linéaire et non pas systémique, circulaire; à décrire implicitement d'une façon moraliste les modes de communiquer de la famille et donc à essayer de les corriger; à se servir de préférence du code numérique. L'auteur propose une manière de surmonter cet obstacle en recourant à la composition positive, à la prescription lors de la première séance et aux rituels familiaux. C'est par l'approbation de tous les comportements des membres de la famille permettant des transactions tendant à renforcer la cohésion du groupe que l'action au système est rendue possible. Cependant, les thérapeutes vont faire exactement le contraire de ce que fait la famille. Ils ignorent l'aspect allusif du symptôme pour en souligner et en confirmer seulement l'aspect homéostatique. De même, ils confirment les comportements des autres membres de la famille comme ayant le même but, c'est-à-dire l'homéostasie. Mais en faisant cela, les thérapeutes introduisent dans la famille quelque chose qui est tout à fait inédit dans cette famille: ils définissent sans possibilité d'équivoque la relation tant des membres entre eux que des thérapies avec eux. Cette définition de la relation qui n'est pas disqualifiée devient alors une marque de contexte thérapeutique dans lequel les thérapeutes alliés et associés aux nécessités homéostatiques s'imposent comme autorité, c'est-à-dire à un niveau hiérarchiquement supérieur.

En ce qui concerne la prescription en première séance, il s'agit par là de constituer une autre marque de contexte et de structurer et discipliner la séance suivante. Enfin, les rituels familiaux agissant sur l'action et non pas sur le niveau de la verbalisation permettent d'éviter de faire naufrage sur les écueils de la disqualification.

55. TOXICOMANIE (cf. également alcoolisme)

Le toxicomane et ses grands-parents

P. ANGEL, F. COUTURE, S. STERNSCHUSS-ANGEL

Réseau-système-agencement. 6. 53-58. 1982.

Dès les premiers entretiens, les auteurs ont appréhendé l'implication des grands-parents dans la dynamique familiale de cas de toxicomanie, et ils ont ressenti la nécessité de travailler en suivant un axe transgénérationnel. Deux modalités sont décrites:

— le premier cas est représenté par ce que l'on pourrait nommer « une généalogie de la dépendance » ou « les séparations impossibles ». Les parents immatures ne sont pas parvenus à un statut personnel d'adulte et continuent à déléguer une large part de leurs responsabilités à des membres de leurs familles d'origine. On conçoit que le décès prochain des grands-parents représente une menace considérable pour l'équilibre psychique individuel et conjugal des parents. Dans ce type de constellation familiale, les grands-parents interviennent fréquemment dans les conflits de pouvoir des parents; ils renforcent en particulier souvent leur incohérence éducative en accordant des gratifications affectives et matérielles aux jeunes après transgression. A un autre moment, ils s'affichent comme « gardiens de l'ordre moral » en jetant l'anathème sur l'attitude laxiste des parents face à leurs enfants. Dans le jeu à trois générations, les grands-parents sont souvent partie prenante de la disqualification des parents qui tentent de fixer des limites aux agissements délictueux ou aux conduites toxicomaniaques.

— Le deuxième type de modalité structurale décrite est celui de la famille nucléaire autarcique: dans ce cas, les conflits successifs avec les familles d'appartenance et avec les différents environnements sociaux conduisent à des ruptures successives et à un isolement majeur du petit noyau familial. La survie de ce groupe doit être assurée, la symbiose s'impose comme solution de survie avec perception d'une menace que représente toute velléité d'indépendance du jeune. L'héroïnomane confortera chez les parents le sentiment que le jeune n'est pas capable de s'autonomiser et la perpétuation de l'intoxication rassurera.

La famille du toxicomane: revue critique de la littérature

P. ANGEL et S. STERNSCHUSS-ANGEL

La Psychiatrie de l'Enfant. 26. 237-355. 1983.

Importante revue de la littérature avec 63 titres en bibliographie. Les données ne permettent pas de dégager des modalités transactionnelles spécifiques chez les familles d'usagers de cannabis et de ses dérivés. Par contre, on met en évidence certaines caractéristiques des familles d'héroïnomanes. Les auteurs formulent une vive critique à l'égard des méthodologies de recherche et de l'approche thérapeutique développée dans ces études.

L'inceste, la mort et la toxicomanie: approche systémique

M.O. GOUBIER-BOULA, O. RÉAL

Thérapie Familiale, Genève. 3. 271-284. 1982.

Dans les familles à risque toxicomaniac, la problématique de la séparation/individuation joue un rôle important. Un cas clinique illustre cette problématique. Au cours de ce traitement, les 15 premières séances ont visé à mettre en évidence la fonction du symptôme toxicomaniac pour l'économie familiale dans son ensemble. L'étape suivante a permis d'aborder petit à petit la problématique du couple en tant que telle. Dans la troisième étape, le problème de la séparation et de la mort ont été réintroduits sous la forme de deux rituels.

La thérapie familiale multiple utilisée avec des toxicomanes

Edward KAUFMAN, Pauline KAUFMANN

Réseau-système-agencement. 6. 109-119.

A travers la thérapie familiale multiple, les familles s'exposent l'une à l'autre, essaient d'avoir un effet sensible sur le mode de vue l'une de l'autre. La thérapie familiale multiple enrichit et stimule la tonalité de tout programme thérapeutique qui emploie cette technique, elle réduit l'apparition de retrait prématuré, agit comme une mesure préventive pour d'autres membres des familles, construit une sous-culture qui fonctionne comme une « bonne famille » élargie, crée et soutient des changements familiaux structurels qui interdiront le retour à la prise de drogue.

Liens familiaux des héroïnomanes

Cloe MADANES, Joyce DUKES, Henry HARBIN

Réseau-système-agencement. 6. 87-100. 1982.

Comparaison de familles d'héroïnomanes à des familles de schizophrènes et de sujets normaux présentant un haut degré de réussite. Les différences significatives entre les trois groupes relevées sont les suivantes:

— les familles d'héroïnomanes produisent le plus grand nombre de représentations dans lesquelles les descendants sont sur le même pied que la génération parentale, ou plus haut qu'elle dans la hiérarchie. Une proximité importante existe entre deux familles au travers des liens séparant les

générations. Les familles de sujets à haute réussite ont les résultats les plus faibles, les familles de schizophrènes étant dans la moyenne.

Mourir pour sa famille? Point de vue systémique sur les processus toxico-dépendants

M. NANCHEN

Les Cahiers du Great. 8/2. 17-32. 1984.

L'approche systémique explique le comportement toxicomane ou alcoolique comme une stratégie de l'organisme entier se trouvant dans une crise existentielle. Le comportement alcoolique ou toxicomane devient un corrélatif de la crise du système et acquiert une fonction de protection homéostatique de celle-ci. Pour des raisons sans doute socio-culturelles, l'alcoolisme et la toxicomanie interviennent généralement à des étapes différentes du cycle familial. Le premier le plus souvent comme une péripétie de l'évolution du couple conjugal ou parental tandis que la seconde est essentiellement une réponse à la problématique entourant la sortie de l'adolescent de sa famille. Ainsi la toxicomanie devient un mécanisme substitutif de recalibration qui ne s'est pas réalisée dans le système au moment où un des enfants doit quitter la famille.

Pratiquement tous les auteurs mentionnent que dans les familles avec un membre toxicomane, on observe des inversions hiérarchiques. Les attachements transgénérationnels sont plus fréquents que ceux qui existent au sein d'une même génération. Les règles familiales sont largement définies par les enfants; enfin c'est surtout le toxicomane qui dicte sa loi. Dans d'autres situations, les enfants sont parentifiés, leur tâche est alors excessive, leur jeunesse leur est comme volée et ils se droguent pour corriger la situation.

La situation est également étudiée du point de vue de l'autonomie des membres du système ainsi que leur capacité de collaboration.

Ces patrons transactionnels utilisés dans l'évaluation du système familial sont repris d'après les travaux de Guntern.

Familles d'héroïnomanes en thérapie

Jean-Paul ROUSSAUX

Thérapie Familiale, Genève. 3. 257-269. 1982.

Evolution sur 2 1/2 ans d'un groupe thérapeutique de 5 couples de parents de jeunes héroïnomanes en hospitalisation.

Des hypothèses concernant la structuration des familles de toxicomanes y sont abordées.

Une catamnèse sur 3 ans permet d'évaluer les résultats.

Le drogué en tant que sauveur: héroïne, mort de la famille

M. DUNCAN STANTON

Réseau-système-agencement. 6. 101-108. 1982.

L'auteur est frappé par l'importance dans les familles d'héroïnomanes de la question de la mort: souvent cette préoccupation prend la forme spécifique du désir de mort à l'encontre du drogué — généralement exprimé le plus ouvertement par la mère. En réalité, une pareille mère ne se sent capable d'exprimer son «amour» pour le fils drogué que lorsqu'elle se trouve au pied de sa tombe. Lorsqu'il meurt, c'est comme si elle pouvait l'avoir pour toujours sans craintes que d'autres le lui prennent. D'autres membres de la famille peuvent également jouer un rôle: par exemple la relation étroite mère-drogué qui est si bien décrite dans la littérature a pour effet de priver le père de son pouvoir en tant qu'époux et parent et peut-être d'augmenter sa haine, tandis que les frères et sœurs peuvent s'irriter de la position favorisée du drogué et aussi se sentir coupables de leur propre succès à ses dépens. Des exemples cliniques sont décrits dans ce sens.

A propos de la transgression dans les familles de toxicomanes

Sylvie STERNSCHUSS

Génitif. 3. 52-57. 1981.

Constatations faites à partir de l'étude d'une population d'héroïnomanes de 15 à 25 ans: la plupart de ces adolescents gardent des liens et une dépendance très importante à l'égard de leurs familles; cette impossibilité de se séparer de leurs parents témoigne de la loyauté de ces toxicomanes vis-à-vis de ces derniers.

Près de 50% des familles de toxicomanes sont considérées «comme normales». Le toxicomane par son symptôme dénonce la fausse harmonie familiale et fait éclater les conflits banalisés jusqu'alors. Les relations transgénérationnelles (mère-fils, père-fille, père-fils) sont «les vrais mariages» de la famille et permettent cette apparente harmonie. L'importance de ces relations très étroites a deux fonctions: l'une est de saboter l'autorité du tiers, en général le père, en excluant la mère ou inversement et d'induire un hyper-laxisme;

l'autre est de masquer la mésentente du couple. Plusieurs exemples cliniques sont développés.

Thérapie familiale et toxicomanie

S. STERNSCHUSS

L'Information Psychiatrique. 57. 321-334. 1981.

Présentation détaillée d'une thérapie familiale dont un des fils âgé de 21 ans et demi est héroïnomane. L'auteur montre comment les comportements toxicomaniacs sont en relation directe avec la famille, à un âge où se pose le problème de la séparation des adolescents.

Le toxicomane, son produit et sa famille

S. STERNSCHUSS-ANGEL, P. ANGEL, B. GEBEROWICZ

Réseau-système-agencement. 6. 35-45. 1982.

A partir de brefs exemples cliniques, présentation de différents types de familles de toxicomanes:

- familles d'usagers récréatifs de drogue;
- familles d'héroïnomanes où sont mis en évidence: la cécité familiale, le déni de l'enjeu mortel, les différents types de pathologie familiale, les mythes familiaux avec le mythe de la bonne entente familiale, celui de la folie dans la famille, celui de la marginalité et celui de l'expiation; la toxicomanie comme conduite sacrificielle; les transgressions et le travail transgénérationnel; les équivalents de l'inceste. Enfin, les auteurs discutent la régulation spatiale dans les familles de toxicomanes.

A noter que l'ensemble des articles de ce numéro sont consacrés aux toxicomanes et à sa famille.

La psychologie du toxicomane

L. WURMSER

Les Cahiers du Great. 7/1. 7-27. 1983.

Dans cet article, l'auteur présente les traits psychologiques les plus marquants des conduites addictives, situées à trois niveaux d'investigation: le pré-

mier est celui de l'observation clinique, le deuxième celui de l'étude psychanalytique de quelques formes caractéristiques de défense, le troisième concerne des considérations plus théoriques sur quelques types particuliers de résolution de conflit. Enfin, l'auteur présente des réflexions sur la pathologie familiale de ces patients. La dynamique de ces familles est caractérisée par la dépendance du toxicomane à l'égard de sa famille, la traumatisation, l'ingérence abusive des parents dans la vie intérieure de l'enfant, la duperie, l'insistance.

56. TRAITEMENT

Comment mettre au point un plan de traitement à long terme en thérapie familiale

Carole GAMMER

Thérapie Familiale, Genève. 4. 77-79. 1983.

Le traitement d'une famille est organisé par phases selon une séquence ordonnée de buts. Chaque phase possède son ensemble propre de buts, de tactiques et son style thérapeutique particulier.

Hypothétisation — Circularité — Neutralité: guides pour celui qui conduit la séance

Mara SELVINI-PALAZZOLI, Luigi BOSCOLO, Gianfranco CECCHIN, Giuliana PRATA

Thérapie Familiales, Genève. 4. 117-132. 1983.

Présentation de certains principes fondamentaux de conduite de l'entretien en accord avec l'épistémologie systémique.

L'hypothétisation correspond à la formulation par le thérapeute d'une hypothèse basée sur les informations qu'il possède à propos de la famille qu'il est en train d'interviewer. L'hypothèse établit un point de départ pour son investigation, aussi bien que la possibilité de vérifier la validité de cette hypothèse basée sur des méthodes et des techniques spécifiques. Si l'hypothèse s'avère fautive, le thérapeute doit en former une seconde basée sur l'information obtenue pendant qu'il teste la première. L'hypothèse n'est ni vraie, ni fautive, mais plus ou moins utiles. Même une hypothèse qui s'avère fautive

apporte une information en ceci qu'elle élimine un certain nombre de variables qui, jusqu'à ce moment, avaient semblé possibles. (120) Chaque hypothèse doit être systématique, c'est-à-dire inclure toutes les composantes de la famille.

Circularité: capacité du thérapeute à conduire son investigation en se basant sur les rétroactions de la famille en réponse aux informations qu'il sollicite sur les relations et, par conséquent, sur la différence et le changement dans les relations mêmes. (124) Différentes méthodes pour collecter l'information sont présentées.

Neutralité: l'effet pragmatique spécifique que le comportement total du thérapeute pendant la séance produit sur la famille. Le thérapeute ne peut être efficace que dans la mesure où il est capable d'obtenir et de maintenir un niveau différent (mécaniveau) de celui de la famille. (131)

La crise schizophrénique d'un des membres coïncide souvent avec la menace de l'un des autres membres, souvent un adolescent sur le point de quitter la famille. (124)

57. TRAITEMENT À DOMICILE

Une expérience de soin à domicile

M. DEMAY

Thérapie Familiale, Genève. 1. 181-190. 1980.

A partir du mode d'intervention d'un service de soin et d'éducation spécialisée à domicile pour enfants de 0 à 10 ans présentant des troubles de la personnalité, l'auteur décrit l'intérêt qu'il y a à prendre en charge au domicile même une famille. Ces familles sont dans l'ensemble très intéressées et ouvertes au travail à domicile. Le travail à domicile permet de trouver des familles muettes de douleur, incapables d'exprimer des «choses indicibles», relevant d'une souffrance tellement désespérante qu'il ne s'agissait même plus de se plaindre.

Visite pour une révélation

M. GODFRYD

Thérapie Familiale, Genève. 3. 183-190. 1982.

Document clinique, premier reflet d'une réalité relationnelle thérapeutique au domicile de la famille concernée.

L'espace et l'agir d'un schizophrène et de sa famille ou l'histoire d'une prise en charge familiale à domicile

M. SOEUR, R. EVRARD

Thérapie Familiale, Genève. 3. 173-182. 1982.

A partir de la constatation d'un double échec à traiter isolément en milieu hospitalier une patient schizophrène, les auteurs ont été amenés à travailler au niveau de la structure familiale, à domicile. L'espace entre «maison-village» favorisait l'expression d'un comportement spontané et habituel, ce dernier ne pouvant être obtenu dans l'espace «dispensaire-ville».

L'importance des thérapies familiales à domicile dans des familles rurales est soulignée. Il s'agit essentiellement d'un document clinique.

58. TRAITEMENT EN GROUPE

Entretiens collectifs centrés sur le psychotique, en présence de membres de sa famille

J.C. BENOÎT

L'Information Psychiatrique. 57. 33-38. 1981.

L'application de conceptions systémiques au traitement des malades psychotiques met un accent majeur sur les relations familiales. Il est cependant important, selon l'auteur, de maintenir le malade lui-même au centre des échanges, contrairement à ce qui se passe habituellement dans les thérapies familiales, par exemple pour l'enfant-symptôme. Cette habitude pallie le piège tendu par les membres de ces familles difficiles qui voudraient faire passer leurs propres problèmes avant ceux du psychotique. Cette position entraîne des conséquences directes avec en particulier la règle d'or systémique à savoir: pas de contact avec les membres de la famille du psychotique en dehors de la présence de celui-ci.

Ces rencontres possèdent également leurs limites, la constitution du groupe devra être imposée de façon directive, par contre les échanges doivent restés égaux.

Au cours des entretiens eux-mêmes, une certaine directivité doit être maintenue concernant paradoxalement l'apprentissage collectif de la réciprocité. Au début, très souvent, les membres de la famille utilisent les rencontres pour exprimer leur propre pathologie, la prévalence de leurs projets et les habitudes de manipulation. Ce stade peut être dépassé grâce à l'application de la seconde règle: puisque le malade mental est au centre du système, c'est lui qui doit rester dans cette position privilégiée. Il faut donc lui laisser la possibilité de dire son angoisse ou de s'exprimer malgré ces handicaps relationnels.

Nécessité de projets thérapeutiques élaborés avec le malade. Les possibilités du malade sont souvent connues, seule leur mise en contact avec une réalité tolérable pour le malade permettra leur évaluation.

Les soignants présents à l'entretien collectif doivent valider la présence du malade montrant qu'il est redevenu sous les yeux de chacun une personne.

Ces entretiens collectifs revêtent une valeur expérimentelle dans le sens où la famille peut apprendre à apprendre.

Cf. également: J.C. Benoît, «Un principe systémique: voir la famille en présence du psychotique». *Psychiatrie Française*. 12/3. 87-91. 1981.

Thérapies familiales et entretiens collectifs en psychiatrie

J.C. BENOÎT

L'Information Psychiatrique. 58. 9-16. 1982.

Après avoir décrit le développement et les grands courants qui dessinent les traits principaux des théories familiales, il aborde également le point de vue à partir d'une expérience de psychiatre de service public pour lequel l'institution apporte des faits éthologiques tels que interaction et rétroaction, valeurs temporelles et spatiales, pouvoirs et hiérarchie, avantages et inconvénients des frontières, code de communication, etc.

Groupe de rencontre multi-familial dans un pavillon de malades chroniques

J.C. BENOÎT, A. DAIGREMONT, L. KOSSMANN, P. PRUSS, D. ROUME

Annales médico-psychologiques. 138. 1253-1259. 1980.

Présentation d'un groupe multi-familial en présence des patients dans un pavillon de chroniques. Ces rencontres épisodiques mais régulières permettent de faciliter un processus de déchronicisation. Du point de vue systémique,

chacun des sous-systèmes concerné acquiert plus d'autonomie réciproque, que ce soit la famille, les malades, le personnel infirmier ou l'équipe médico-psychologique.

Rien ne va plus... Cinq couples à la recherche d'un nouveau texte

Philippe CAILLE, Hakon HARTVEIT

Thérapie Familiale, Genève. 3. 373-392. 1982.

Description détaillée de la prise en charge de cinq couples au cours de neuf séances de deux heures en groupe dans le cadre d'une épistémologie systémique. L'évolution d'un des couples dans le cadre de cette prise en charge commune est précisée séance après séance.

Le groupe de parents: un mode de psychothérapie familiale

M. GAYDA, G. VACOLA

Perspectives Psychiatriques. 88. 295-299. 1982.

Présentation d'un groupe de parents de cinq jeunes hommes et femmes traités dans les services psychiatriques de secteur. Ces enfants présentent une symptomatologie schizophrénique. L'animation de ce type de groupe a été conçue comme jouant une fonction de facilitation des échanges, de déblocage, limitant au maximum, mais sans les refuser complètement, les apports informatifs, soulignant les paroles ou mouvements, absences significatives interprétant les éléments donnés avec prudence quant l'évolution du groupe le permettait.

La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur

Paul IGODT

Thérapie Familiale, Genève. 4 81-97. 1983.

Peter Laqueur, psychiatre attaché à un hôpital psychiatrique d'Etat surpeuplé, a mis au point une technique permettant de travailler sur un groupe de familles ou «Multiple Family Therapy» (MFT). Constatant les difficultés qu'entraînaient les contacts avec les familles chez les patients hospitalisés, il a réagi non pas en éloignant les familles, mais en les impliquant davantage.

Tout d'abord, il a organisé des réunions familiales à but strictement informatif sans la présence du patient désigné. Par la suite, il a constitué des groupes thérapeutiques en présence du patient. Cette combinaison du traitement de groupe et du traitement systémique a donné naissance, selon l'auteur, à une nouvelle forme de thérapie avec son propre caractère et sa propre méthode. Une vingtaine de personnes environ sont réunies, il s'agit de familles hétérogènes tant au niveau du diagnostic chez le parent identifié qu'au niveau de la famille, pour ce qui est de son cadre socio-culturel. Un groupe de MFT se réunit chaque semaine pendant 1 1/2 heure ou tous les quinze jours trois heures avec une interruption.

Le déroulement de la séance suit une séquence précise caractérisée par :

- a) L'introduction et la première information permettant de favoriser les interactions amicales et sociales au cours desquelles les familles se présentent les unes aux autres par leurs caractéristiques formelles sans aborder les problèmes, les conflits ou les symptômes. Entre les différentes séances, cette première étape permet de résumer après les salutations les faits divers et les anecdotes qui se sont produits entre temps.
- b) La deuxième phase consiste à présenter les problèmes. L'exposé verbal est rejeté. Il s'agit essentiellement de permettre aux familles de présenter sous forme de sculpture familiale ou « photos familiales » la situation telle qu'elle est ressentie par chacun des membres. L'intervention du thérapeute vise à canaliser les émotions qui peuvent devenir trop fortes, à désamorcer les situations par trop dramatiques en insistant en particulier sur les possibilités de modifier la situation sculptée. Selon l'auteur, l'avantage de cette technique permet à la famille de se penser comme un ensemble dont chaque personne fait partie intégrante.
- c) La participation émotionnelle ou catharsis entraîne les interventions des membres des autres familles, interventions spontanées ou provoquées par le thérapeute. Ainsi, le problème présenté par une seule famille devient l'affaire du groupe entier. Discussions et interactions se nouent entre les différentes familles. Le thérapeute peut s'effacer quelque peu. Le glissement vers les généralités doit être refrené en faveur de l'apport d'expériences personnelles. L'objectif est de parvenir à un dosage de généralisations et de particularisations confrontées entre elles.
- d) La « perlaboration » des problèmes : cette étape est caractérisée par la recherche d'une solution de rechange pour les problèmes abordés lors de l'étape précédente. Elle vise surtout au repérage, à l'éclaircissement et à la définition des problèmes. Au cours de cette phase, le thérapeute qui a enregistré sur bande vidéo l'ensemble de la séance peut projeter une séquence de l'étape précédente confrontant ainsi les membres du groupe avec leur propre comportement dans les interactions. Certaines scènes peuvent être jouées pour envisager d'autres modalités d'interactions.

- e) La clôture de la séance et la rétrospection. Le thérapeute dans cette dernière phase peut donner des consignes aux familles. Il présente un résumé de ce qui s'est passé en soulignant les interactions et fixe les séances suivantes.

A côté de ce processus propre à chaque séance, l'ensemble du traitement se distingue en trois phases, le traitement s'étendant généralement sur deux ans. La première phase est appelée phase de dépendance et d'incertitude avec la peur de dévoiler sa famille, ou soi-même aux autres familles, la recherche d'assistance et de solidarité auprès des autres familles. Le maintien d'une démarcation très nette entre membres malades et membres non malades, le recours au thérapeute comme autorisé ou juge. La deuxième phase est la phase de la résistance qui peut être dépassée par la connotation positive de la part du thérapeute. Cette phase ne peut être dépassée qu'au moment où tous les membres se sentent suffisamment en sécurité dans le groupe de façon à pouvoir « s'ouvrir » aux autres.

La phase de l'interaction collective et du changement significatif : Au cours de cette phase, la distance entre les sous-systèmes diminue. Les interactions croisées entre les différentes familles se développent. Les sujets parlent en leur propre nom et non plus comme porte-parole d'un groupe. L'intervention des patients désignés est acceptée plus facilement. Les parents et les enfants se perçoivent de façon plus réaliste. A la fin de cette phase se pose le problème de la séparation et de l'acceptation avec le risque de la régression et de la rechute. Les mécanismes de changement dans le MFT sont :

- Le changement par la compétition : les amis chercheront à faire bonne impression auprès du thérapeute et se laisseront convaincre d'adopter les suggestions et les exemples des autres. Au fur et à mesure, la compétition est remplacée par une collaboration plus grande.
- La rupture du code intrafamilial : le fait de vivre de près les effets négatifs de certains codes ou schémas communicatifs incitera les autres familles à modifier leurs propres schémas communicatifs.
- L'apprentissage par analogie ou par identification.
- L'apprentissage par expérience.
- La confrontation des égaux : d'abord les égaux sont enclins à se mettre ensemble et à se soutenir mutuellement. Progressivement, les rivalités se dessinent, les sujets se défient ou s'attribuent des responsabilités. Ceci se passe en particulier chez les jeunes ; les parents se défient du préjugé selon lequel les jeunes forment toujours des coalitions.

Les familles qui bénéficient le plus de ce genre de thérapie sont les familles socialement défavorisées, les familles isolées ainsi que les familles désunies ou incomplètes. Il n'y a pas de contre-indication absolue, mais les familles parti-

cultièrement chaotiques, paranoïdes ou porteuses de lourds secrets risquent de vouer à l'échec toute entreprise de MFT. (9 références de travaux de Laqueur.)

59. TRAITEMENT INDIVIDUEL

Aspects systémiques dans les thérapies individuelles

Sylvana MONTAGANO

Thérapie Familiale, Genève. 4. 141-147. 1983.

Partant du concept que l'on peut théoriquement attaquer un système en intervenant sur un seul des éléments du système puisque cette démarche implique le réajustement de l'ensemble, l'auteur présente un cas clinique de thérapie individuelle d'orientation systémique où la stratégie suivie a été, à travers le seul patient désigné, de restructurer les deux systèmes familiaux (familles de chacun des conjoints) restituant à chacun des membres son rôle.

60. TRIANGULATION

De l'opérativité du concept du triangle dans la thérapie familiale et dans la dynamique institutionnelle

Carmen F. ROJERO, Teresa SUAREZ

Thérapie Familiale, Genève. 2. 323-328. 1981.

Description de la théorie de M. Bowen quant aux degrés d'anxiété et aux degrés de différenciation du self.

61. TRANSGÉNÉRATIONNEL

Analyse systémique des relations dans un groupe familial tri-générationnel

O. MASSON, M. ROCHAT

Dialogue. 79. 61-68. 1983.

Les auteurs présentent la situation de cohabitation d'un enfant, de la mère et des grands-parents maternels. Ils analysent le fonctionnement de cette famille. Cette analyse est précédée d'une discussion sur la relation conjugale et la famille d'origine et les transformations de ces interrelations au moment de l'arrivée de l'enfant.

Loyautés, dettes et mérites: contribution théorique et clinique à la thérapie contextuelle

G. SALEM

L'Evolution Psychiatrique. 47. 743-770. 1982.

Les principaux thèmes et concepts de la thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy sont présentés. Cette théorie a pour objet de définir la trame motivationnelle multipersonnelle propre au contexte familial, en tenant compte de sa dimension transgénérationnelle.

Six exemples servent à illustrer la théorie.

Bibliographie avec 26 titres.

NOTES DE LECTURES

L'AUTRE DEMANDE

Psychanalyse et thérapie familiale systémique

Robert Neuburger

Editions E.S.F., Paris, 1984.

Comme l'indique son sous-titre, ce livre est écrit par un clinicien qui vit quotidiennement l'expérience des deux pratiques. Cette situation, qui s'est imposée à lui comme inéluctable et nécessaire, le place au nexus de deux lectures possibles des contextes de thérapie qu'il est amené à rencontrer.

La discussion qui nous est proposée à propos de diverses situations cliniques n'est pas, à notre avis, essentiellement un débat théorique, c'est-à-dire la présentation en opposition dialectique de deux théories rivales. Il s'agit avant tout de la prise de position progressive de celui qui est certes clinicien, mais, comme tous les cliniciens de valeur, aussi théoricien, et qui, à travers une série d'interrogations ponctuelles, dessine progressivement les éléments d'une réponse possible. C'est ce qui, pour nous, se dégage de la lecture d'une série d'articles pourtant toujours écrits «sur le vif» à propos de thèmes plus ou moins «brûlants»: la demande, la pathologie de l'adolescence, l'alcoolisme, les prescriptions paradoxales, etc...

On remarque à la lecture de ces pages écrites au cours d'une période de temps de 6 ans un développement important en ce qui concerne la précision donnée aux notions systémiques et à leur emploi. Cela témoigne de la vitalité et des potentiels encore disponibles à l'intérieur de cet ensemble théorique en développement. Tout aussi évident est le respect des valeurs intrinsèques des deux épistémologies en cause, la pensée psychanalytique, ici représentée dans son développement Lacanien, et la théorie systémique dans son aspect plus spécifiquement Batesonien. S'ajoute enfin la proposition essentielle que ces deux épistémologies ne sont pas, comme il est fréquent de l'entendre dire, en opposition. A un certain niveau d'abstraction, il peut sembler bien au contraire qu'elles se complètent et s'enrichissent mutuellement. Cela suppose évidemment que l'on soit, comme Robert Neuburger, extrêmement méfiant à l'égard des assimilations et intégrations sauvages entre les deux lectures.

Le lecteur trouvera, à l'intérieur du cadre de discussion que nous avons schématisé, de nombreuses idées concernant les problèmes d'indication dans la première partie du livre consacrée à la demande. La deuxième partie qui se définit comme plus clinique contient, entre autres, un très intéressant article sur la fonction du semblant dans la pathologie de l'adolescence et un article très actuel de Michèle Neuburger sur la thérapie familiale et la toxicomanie.

En conclusion, un livre qui, sous une forme condensée, propose et interroge beaucoup, aussi bien du point de vue théorique que clinique. Sa lecture est importante dans un temps où de très nombreux praticiens s'interrogent sur les problèmes auxquels ils s'adressent.

Philippe Caillé.

Paul Watzlawick

FAITES VOUS-MÊME VOTRE MALHEUR

Seuil, 1984, trad.: J.-P. Carasso, 120 p. The situation is hopeless but not serious. The pursuit of unhappiness, 1983.

Cet opuscule nous décrit, avec l'humour que l'on connaît à l'auteur, les moyens les plus efficaces pour être malheureux. Les règles les plus importantes sont énumérées, les conseils les plus essentiels sont rappelés. L'auteur souligne le fait « que le nombre de ceux qui paraissent naturellement dotés du talent de fabriquer leur enfer personnel peut passer pour relativement élevé. Mais plus nombreux encore sont ceux qui, à cet égard, ont besoin d'aide et d'encouragement ». C'est dans ce sens que la lecture de ce livre est intéressante, mais c'est aussi de découvrir, au-delà du paradoxe, les mécanismes de dysfonctionnement.

La revue **Sociologie et Société** des Presses de l'Université de Montréal consacre le numéro 2 du volume XVI (octobre 1984) au sujet suivant:

SOCIÉTÉS ET VIEILLISSEMENT

La statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et pré-industrielles est décrit. L'analyse de quelques-unes des inégalités sociales dont sont victimes les personnes retraitées est effectuée, montrant une stratification particulièrement discriminatoire à l'égard des personnes âgées, compte tenu des disparités de classes, de sexe, du rejet de la collectivité active.

Un autre article décrit et analyse en 10 points les aspects importants de la gérontologie de demain. Le statut des femmes âgées en Amérique du Nord fait l'objet d'une analyse mettant en évidence les injustices qu'elles subissent avec la dévalorisation de leur image, les pertes socio-émotionnelles et les désavantages économiques qu'elles doivent subir. Des réflexions de démographes sont consacrées à l'augmentation de la proportion des personnes âgées, au vieillissement actuel et prévu à l'échelle mondiale. Les stratégies d'existence des per-

sonnes âgées entre les services professionnels et les réseaux sociaux montrent de quelle manière s'opère l'influence du milieu. Un article est consacré à l'éducation permanente et à l'université du 3^e âge. Enfin, différents travaux traitent de la situation particulière au Québec et en Amérique du Nord en ce qui concerne les régimes et la politique des retraites, ainsi que le fonctionnement des institutions spécialisées.

J.J.E.

INFORMATIONS

- The 2nd European Conference on Psychotherapy Research. 3-7 septembre 1985 à Louvain-La-Neuve, Belgique, sous les auspices de la Society for Psychotherapy Research (U.S.A.). Organisation, enseignements et inscription: Prof. W. Huber, Faculté de Psychologie, Voie du Roman-Pays 20, 1348 Louvain-La-Neuve, Belgique.
- Association internationale de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées: 11^e Congrès International, Paris, 21-25 juillet 1986. Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille. Informations: 11^e Congrès international, Centre Alfred Binet, av. Edison 76, F-75013 Paris, tél. (1) 584.11.78.
- C.R.P.P. et I.P.C. organisent les 7 et 8 juin 1985 à l'Université Paris VII: Colloque sur LE SOMATIQUE: PERSPECTIVES NOUVELLES?, avec la participation de: P. Fedida, A. Roelandis, Forton, C. van Reeth, R. Kuhn, Schotte, Sami Ali, F. Moreau et R. Lazarovici. Secrétariat: A. de Reviers, secrétaire de l'I.P.C., Centre Censier, rue de Santeuil 13, F-75231 Paris Cédex 05, tél. (1) 337.47.18.
- L'Institut de Gestalt, Bordeaux, rue Giner-de-Los-Rios 9, F-33800 Bordeaux, vient de faire paraître son nouveau programme avec en particulier, du 26 août au 3 septembre 1985: Approche systémique en thérapie familiale et en psychologie scolaire avec C. Guittion, J. Regi, Y. Rey et J.-M. Robine; automne et hiver 1985, formation de formateurs, responsable J. Regi, formation sur 2 ans, 270 heures. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Institut.