

THERAPIE FAMILIALE

Vol. VI — 1985 — N° 3

SOMMAIRE

Editorial	183
A. ANGELIN-SCHUTZENBERGER : Evénements de vie stressante, gestion du stress, visualisation, psychologie et cancer	185
P. ANGEL, S. ANGEL et F. COUTURE : La mort dans les familles de toxicomanes	203
Y. COLAS : Apport de l'optique systémique aux soins des dernières phases de la vie	209
P.J. FONTAINE : Les « phobies » scolaires	225
A. ANGELIN-SCHUTZENBERGER : Psychodrame, jeu de rôle, thérapie familiale	231
G. AUSLOOS : Vers un fonctionnement systémique de l'institution	235
J.C. BENOIT : Les triades hiérarchisées	243
A. BENTOVIM : Le rôle de la thérapie familiale dans les prises de décision concernant les enfants en risque	249
J. CHAVANNE : De la perspective au labyrinthe ou comment essayer de changer le paysage thérapeutique	257
T. COMPERNOLLE : Les actes sont plus éloquentes que les mots	263
A. DESTANDAU : La reconstruction familiale	265
P.J. FONTAINE : Familles saines	267
G. LENZ : Comment travailler avec une famille en crise tout en prenant en considération les processus de développement individuel?	283
J. MAISONDIEU : Approche familiale de la démence	287
O. MASSON : Thérapie des syndromes psychosomatiques en pédopsychiatrie	295
G. PRAÏA : Trois séances pour déjouer un jeu psychotisant	305
M. SIMÉON : Nous ne vieillirons pas ensemble	325
S. STERLIN : La reconstruction de la famille d'origine d'après l'arbre généalogique	337
E. TILMANS OSTYN : Analyse de l'enjeu de la « demande » au lieu de l'analyse de la « plainte »	341

CONTENTS

Editorial	183
A. ANGELIN-SCHUTZENBERGER : Stressing life events, management of stress, visualization, psychology and cancer	185
P. ANGEL, S. ANGEL and F. COUTURE : Death in drug-abused families	203
Y. COLAS : Contribution of systemic perspective to the cares of last times of life	209
P.J. FONTAINE : School phobia	225
A. ANGELIN-SCHUTZENBERGER : Psychodrama, role playing, family Therapy	231
G. AUSLOOS : Towards a systemic functioning of institution	235
J.C. BENOIT : Discordant hierarchical triads	243
A. BENTOVIM : Role of family therapy to decisions coping children at risk of abuse	249
J. CHAVANNE : From the perspective to the labyrinth or trying to change the therapeutic landscape	257
T. COMPERNOLLE : Acts are more eloquent than words : using stranger language videotapes to teach working with process rather than with contents	263
A. DESTANDAU : Family reconstruction	265
P.J. FONTAINE : Healthy families, Main conceptual outlines	267
G. LENZ : How working with a family in crisis, coping the individual development processes	283
J. MAISONDIEU : Dementia : family approach : from dementia praecox to dementia	287
O. MASSON : Therapy of psychosomatic syndroms in child psychiatry	295
G. PRAÏA : Three sessions in order to thwart a psychotic gamble	305
M. SIMÉON : We will not get old together	325
S. STERLIN : The reconstruction of the family using the genogram	337
E. TILMANS OSTYN : Analysis of demand's stake versus complaint's analysis	341

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



10^{es} Journées
internationales
de thérapies
familiales

Lyon 1984

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. CALLE, Oslo, M. DEMANGEAT, Bordeaux, A. DESTANDAU, Menton, J. DUSS-von WERDT, Zürich, P. FONTAINE, Bruxelles, L. KAUFMANN, Lausanne, J. KELLERHALS, Genève, S. LEOVICI, Paris, J.-G. LEMAIRE, Versailles, D. MASSON, Lausanne, A. MENTHONNEX, Genève, † R. MUCCIPELLI, 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. —

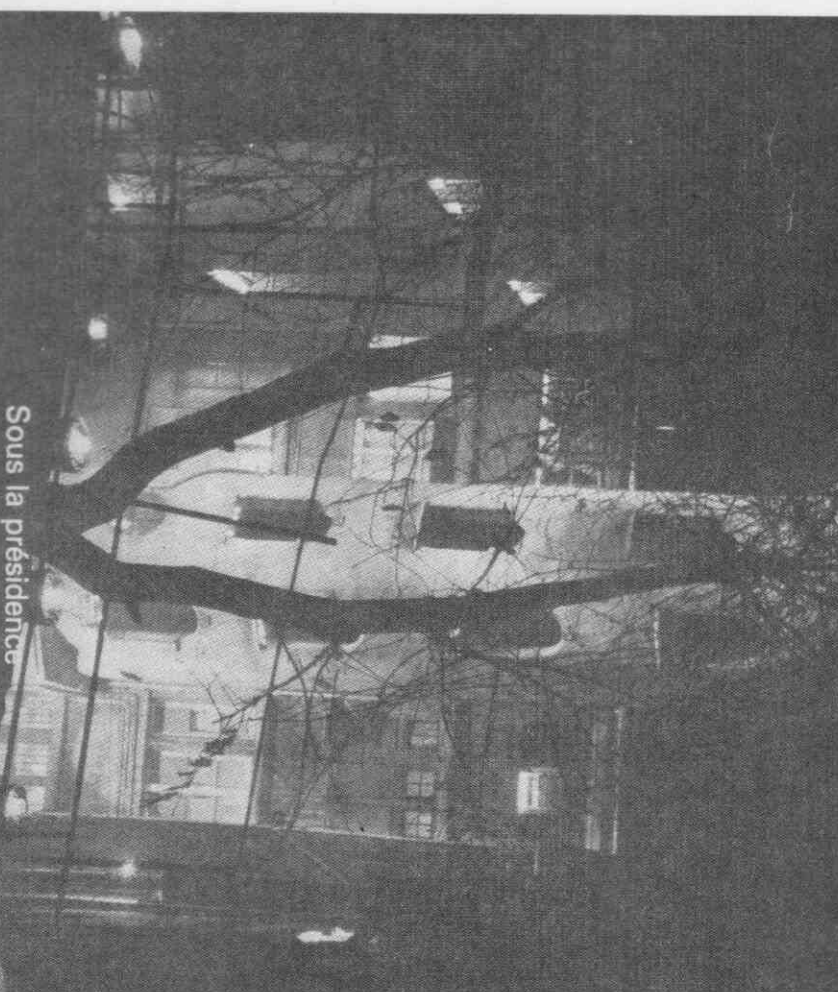
Pour vous abonner, il convient de renvoyer la carte jointe à ce fascicule. L'éditeur vous enverra une facture libellée en monnaie locale.

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

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

6^{èmes} journées internationales de thérapie familiale systémique de langue française



Sous la présidence
de M. PALLUY
Président du Conseil Général du Rhône

Campus de La Doua - 43, boulevard du 11 Novembre 1918
69622 VILLEURBANNE Cedex - Tél. (7) 889.73.90

EDITORIAL

Bientôt dix ans depuis qu'une première réunion presque confidentielle (40 participants) faisait connaître, dans un climat très ambivalent, le travail d'Harry APONTE et de Kitty LAPERRIERE. Bientôt 10 ans que, sans le savoir, naissaient les Journées de Thérapie Familiale Systématique de Lyon.

Leur périodicité, leur thème général, ont évolué avec le temps. Seuls ont été conservés les ateliers, d'une durée suffisante pour permettre une bonne connaissance réciproque mais sans équivoque possible avec les conditions d'une formation.

Comme au concert, les grands solistes attirent la foule, même s'il est de bon ton de se montrer un professionnel averti plus ou moins critique de ce star system. Cela s'est vérifié cette année tant dans la difficulté conjoncturelle à réunir des présentateurs de la situation de supervision en direct, défaillants pour raisons de santé, que du fait du succès remporté par l'équipe de Louvain autour d'un document bien préparé.

En raison de l'importance du développement des centres de formation, il nous avait semblé bien venu de présenter au public les diverses conceptions en matière de supervision.

Un ami hollandais, spécialiste de ce travail en formation, préparait un document avec une bande son en langue française. Apprécié de tous, il était l'un des mieux placés pour faire connaître l'attitude didactique respectueuse de l'école néerlandaise. Le malheur a voulu qu'une maladie cancéreuse déclenche alors son évolution rapide. Franz BRUYNING est mort le 25 mars 1985.

D'autres couples superviseur-thérapeute devaient, par la suite, se déclarer défaillants jusqu'à la veille même de leur intervention. Heureusement pour des raisons moins graves.

Ces bouleversements, l'aléatoire jusqu'aux dernières minutes, se sont révélés finalement d'efficaces épreuves pour la souplesse de l'organisation et la solidarité entre les animateurs. Moins contrôlés ou dépendants d'une vedette, les animateurs se sont sentis accéder à une position adulte, capables d'une organisation souple, créative, adaptative. Qu'ils en soient à nouveau remerciés ici.

Les 6èmes Journées ont montré un important changement quant à l'importance du nombre des inscrits, et à la composition de l'auditoire.

La cadence très lente des inscriptions nous a vite contraints à une révision à la baisse des dépenses engagées. Dans le même temps,

ÉVÉNEMENTS DE VIE STRESSANTS, GESTION DU STRESS, VISUALISATION, PSYCHOLOGIE ET CANCER

Anne ANCELIN SCHUTZENBERGER *

d'autres organisateurs de congrès nous communiquaient des constatations semblables. L'impact de la crise économique et du chômage se faisait sentir là comme ailleurs. Mais d'autres facteurs ont certainement joué. Certains tiennent au succès même des Journées, foire à la rencontre des animateurs, lieu de contrat pour la mise en place de centres de formation, les Journées de Lyon ont apporté leur pierre à l'édifice des thérapies systémiques en France. Cette fonction de diffusion paraît maintenant remplie. Le temps est venu pour mettre l'accent sur un autre rôle.

Et le signe en est donné d'ailleurs par le changement montré par la composition de l'assistance. Bien que moins nombreuse, cette assistance est composée de gens nouveaux. Bien que nouveaux, les inscrits se revèlent déjà bien informés. Leur demande est différente de celle entendue lors des Premières Journées.

Restait à mettre en place un projet né lors de ces Premières Journées et témoignant du besoin ressenti par les formateurs de se reconnaître entre eux. L'idée a cheminé pendant des années. Elle prend corps en 1985. Quelques formateurs acceptent en effet de venir présenter leur propre travail à leurs collègues, sans public, dans un contexte d'échanges professionnels, sans la moindre interférence avec de quelconques réactions de prestation. C'est aussi une retombée des journées.

Le lecteur trouvera ci-après certaines des conférences données le premier jour. Cet ensemble ne rend évidemment pas compte du climat général, non plus que du vécu des présentations vidéo de l'après-midi.

Faut-il rappeler la curieuse surdité psychique dont la salle a été frappée lorsque Théo COMPERNOLLE et Luc ISEBAERT ont annoncé que la famille montrée correspondait à un jeu de rôle? Beau-coup s'y sont pourtant laissé prendre, témoin de la force et de l'authenticité de ces techniques.

Qu'attendez-vous pour les 7èmes Journées? A vous de nous le dire! Vos suggestions seront les bienvenues, d'autant plus que la décision est maintenant prise d'observer entre chaque session un intervalle d'au moins trois ans.

Yves Colas

La maladie ne survient pas n'importe quand dans la vie. Grave ou bénigne, elle « prend », et s'installe souvent lorsqu'il y a une diminution des défenses naturelles de l'organisme ce qui lui permet de proliférer.

Comme le dit le Professeur Schwartzberg, nous nous créons quasi tous les jours, et à certains moments, des cellules malignes, mais tous les jours, nous nous en débarrassons normalement ; c'est le travail de surveillance et de nettoyage du corps des globules blancs, et en particulier, des « cellules tueuses ».

Or, à certains moments de notre vie, nous ne pouvons plus faire face. Notre corps, notre cœur, notre esprit, n'ont plus assez d'énergie pour lutter ; ce sont des périodes ou des moments de deuil, de perte d'êtres chers (la mort, la séparation, le divorce, l'éloignement), de grandes séries d'ennuis, de problèmes et de soucis professionnelles ou familiaux, une mise à la retraite, le chômage, un déménagement coupant nos racines, et nous obligeant à un grand effort d'adaptation, l'arrivée ou le départ d'enfants (la maison peut être bien vide une fois les enfants mariés ou partis), parfois un emprunt, une hypothèque, voire un rappel d'impôts, une non-promotion, un espoir non réalisé, la non-récompense d'un effort — en somme une overdose de stress.

Quand « trop c'est trop », la maladie survient et « s'installe »

Quand « trop c'est trop », il arrive que l'organisme soit débordé et ne puisse plus affronter la lutte contre microbes, virus, et infection.

Les défenses immunitaires étant diminuées, la maladie survient parfois la maladie grave! N'oublions pas que l'on peut mourir d'émotion, de chagrin, de colère ou de joie...

* Professeur à l'Université de Nice, Groupe-Analyse, Psychodramatiste.

Hans Selye l'explique par l'overdose de stress ; Henry Laborit par l'inhibition de l'action : être coincé dans une situation où l'on ne peut, comme autrefois, ni se battre ou fuir, ni rien dire, ni rien faire d'utile, déclenche un processus biologique qui se retourne contre le corps et le détruit.

En fait, ce n'est pas l'événement ou le stress qui est important, c'est la manière dont nous « gérons ce stress », les habitudes, la psychologie d'une personne ayant alors à jouer un rôle important.

Trouver un sens à la maladie

La maladie cancéreuse, ce n'est pas seulement une maladie grave, c'est aussi et surtout vécue comme un drame, une catastrophe, une menace, un coup du sort injuste et inexplicable, cela a l'impact d'une bombe qui paralyse et sidère le malade et sa famille.

Sortir de cette situation et commencer à lutter de façon active et positive, est difficile pour beaucoup. Ce qui est fondamental, c'est de sortir du choc, du sentiment d'imprévisible et de chaos incompréhensible qu'est l'annonce du cancer. — et de pouvoir répondre à la question « pourquoi ? » — « pourquoi le cancer ? » et « pourquoi moi ? » et « pourquoi maintenant ? ». L'homme a besoin d'un peu (ou beaucoup) d'ordre dans sa vie, et de voir un sens à ce qui se passe.

Trouver une raison, une cause au cancer, de par un *événement objectif*, raisonnablement clair, comme un *événement de vie stressant*, ou une suite de changements qui expliquent que la personne (le malade) a été bousculée au point d'en avoir les mécanismes de défenses diminués, *donne un sens à la maladie* et en même temps permet de sortir du chaos et de l'angoisse oppressante...

Si « ceci » a pu permettre que s'installe la maladie, alors « cela » pourra permettre de l'arrêter.

Une vision psycho-somatique et somato-psychique de la maladie permet d'avoir une vision psycho-somatique de l'arrêt de la maladie et d'avoir prise sur la situation.

Bien sûr, nous savons que cette vue n'est partagée ni par tous les cancérologues ni par tous les psychanalystes et psychothérapeutes, mais cette manière de voir a le mérite d'être opérante.

Comme le disait Kurt Lewin : « Rien n'est aussi pratique qu'une bonne théorie ».

Ce qui est fondamental pour la guérison, c'est la découverte d'un « pourquoi » qui donne de l'espoir, c'est le travail de découverte d'événements traumatisants précédant la venue du cancer, d'un « stress », et surtout de notre *manière personnelle de réagir* face au stress, et de *gérer le stress*.

A cette occasion, on peut découvrir une répétition de séparations et de changements et une *overdose de stress*.

De notre manière personnelle de réagir passivement ou activement à la maladie, de « reprogrammer », en quelque sorte, notre plan de vie, de vivre autrement et pleinement notre vie, dépendra notre santé.

Mettre sa vie en sens

Trouver un sens à la maladie peut se travailler par plusieurs approches à la fois.

Après une mise en évidence des *événements de vie stressants* — par exemple à partir de la liste de Holmes et Rahe — on peut aborder le problème des *dates significantes* et périodes significantes de vie — par exemple découvrir (à l'aide d'un entretien thérapeutique) que la maladie est apparue à l'âge même où elle était apparue chez son père ou sa mère, ou tel parent — ou à l'âge où l'on avait « prévu », étant enfant, de disparaître. (par exemple penser, étant enfant, qu'on va mourir à 33 ans — et tomber malade à 33 ans).

On peut, et nous le faisons régulièrement depuis 10 ans, établir avec le malade, son arbre généalogique, comportant les *dates importantes* des naissances, mariages, maladies, morts (y compris les « fausses couches »), les *prénoms* (le *géo-gramme*) et aussi les lieux et villes d'habitations et les *liens affectifs* (le *génosocio-gramme*), en indiquant aussi qui habite avec qui, (sous le même toit), qui est élevé par qui (les enfants sont souvent élevés par des grand-mères ou des tantes), et aussi, les remariages, les parrainages, et qui est parti au loin et qui a rompu avec la famille. (y compris indiquer de quelle branche on ne sait rien).

C'est donc utiliser à la fois la sociométrie et la généalogie et avoir une *vue transgénérationnelle*, qui mettra en évidence les *loyautés invisibles* (Boszormenyi-Nagy) et les *répétitions familiales*, donc les *scripts de vie*, les *scénarios de vie*, les plans de vie et de mort inconscients.

Le vouloir de vivre, le vrai désir de vivre, l'envie de vivre

L'envie de vivre, le désir de vivre, l'espoir et l'attitude active sont des ingrédients essentiels dans le « tournant » que prend le malade sur la route de l'amélioration de son état et de la bonne santé.

Le malade est aidé par son envie de vivre et de guérir, par son entourage familial et amical, par ses médecins, ses infirmières, ses kinésithérapeutes, masseurs, ostéopathes, (et autres spécialistes du corps, professeurs de yoga ou autres techniques) ses exercices physiques, son mode de vie. Il faut parfois aussi l'aide d'un psychothérapeute. Le malade doit savoir parfois renoncer à se battre contre des chimères, à se sacrifier pour autrui, à vouloir en faire trop, et enfin recommencer à vivre pour soi !

Le premier travail de « débroussaillage » de la situation du malade se fait avec l'aide d'un spécialiste d'une méthode de lutte contre la mala-

die, fondée sur la perception et la gestion du stress, la relaxation, la visualisation et la reprogrammation du mode de vie — et qui mettra en évidence la différence entre la volonté et le désir de vivre et permettra de clarifier l'ambivalence. Il s'agit d'une méthode issue de celle du médecin cancérologue Carl Simonton et de la psychologue Stéphanie Mathews Simonton, dans le livre « Guérir envers et contre tout »*. A ce programme, j'ajouterai, avec Norman Cousins (« La volonté de guérir »), la nécessité de rire et de se détendre, de ne s'entourer que de gens agréables et que l'on a plaisir à voir, évitant les pessimistes, les bonnes âmes charitables et apitoyées, les donneurs de conseils, etc...

Un malade se prépare à lutter contre la maladie, comme un sportif se prépare pour les épreuves, par exemple pour les jeux olympiques, à l'aide d'entraîneurs, de soigneurs et de « supporter » et, depuis peu, en utilisant la visualisation, comme par exemple dans le Golf Zen, ou le tennis Zen. Et comme dans le sport la volonté de vaincre, le désir de vaincre, la motivation sont importants. On prépare un malade à lutter et gagner comme on prépare un sportif. D'ailleurs Stéphanie Simonton a commencé sa vie professionnelle en préparant les sportifs et hommes d'affaires à gagner.

Mais vouloir guérir n'est parfois qu'un désir verbal, qui ne cache, sous des mots optimistes ou volontaristes et un sourire de façade, qu'une petite envie de complaire aux souhaits de l'entourage, mais recouvre en fait l'ambivalence face à la vie et à la mort, ou même un désespoir profond, et même parfois l'absence de l'envie de vivre.

Comprendre ce que veut vraiment le malade est important pour lutter, comme il est important pour la personne faisant face à la maladie de déchiffrer et décoder son ambivalence, qui peut prendre racine dans l'enfance, dans des déceptions répétées ou même trop souvent dans une histoire familiale complexe et répétitive.

Faire flèche de tout bois

Lutter contre le cancer est difficile. Il faut souvent se battre non seulement contre la maladie mais aussi contre le pessimisme ambiant, lutter contre les préjugés médicaux, familiaux et sociaux, accepter que le cancer soit un ensemble de maladies complexes, dont toutes les variantes ne sont pas encore connues. Il faut donc faire « flèche de tout bois », mettre toutes les chances de son côté, multiplier souvent les approches, utiliser les médecines classiques, et les médecines de terrain et aussi éventuellement la psychothérapie individuelle et familiale. En un mot, tout ce qui va aider à rebâtir et augmenter les défenses du malade.

Faire flèche de tout bois, c'est savoir qu'il est souvent vital de se renseigner sur les différentes approches de la maladie, même dans la médecine classique, que les vues et méthodes sont diverses, différentes, opposées ou complémentaires, qui est utile de prendre plusieurs avis, et de savoir faire son marché.

L'aide d'un réseau d'amis et de soignants et peut-être aussi d'un psychothérapeute, l'espoir et l'imagination créatrice, sont autant d'atouts que l'on doit souligner, tant leur importance est capitale.

Quelle que soit la réalité objective, on sait très bien que dans la même situation, le pessimiste se plaindra de n'avoir qu'une demi-bouteille vide alors que l'optimiste se réjouira d'avoir une demi-bouteille pleine!

De même, dans le cas d'un diagnostic de maladie grave, ou gravissime, le pessimiste s'asseroira passivement et se laissera aller à mourir, alors qu'avec le même diagnostic, et le même pronostic l'optimiste et le « battant » se battra et trouvera diverses solutions pour vivre et très souvent guérir. Norman Cousins, Saillaro (« Rappelé à la vie ») et surtout beaucoup de malades des Simonton ont décrit ce phénomène ; cette méthode est appliquée en Amérique depuis 1970 et en Europe de langue française depuis une dizaine d'années.

Espérer, c'est déjà commencer à guérir

Espérer, c'est imaginer que l'on peut guérir : c'est prendre le chemin de la guérison dans sa tête et c'est déjà aller mieux.

Aller mieux, c'est savoir qu'on se bat jour après jour, avec sans doute des rechutes et des mieux, c'est comprendre que l'on est à l'intérieur d'un processus dynamique complexe dans lequel le Corps, le Cœur et l'Esprit sont impliqués.

Espérer, c'est aussi savoir qu'on va souvent mieux après une rechute ; c'est savoir aussi quelle que soit sa maladie, que de nombreuses personnes en ont guéri ; espérer, c'est même avec des métastases « partout », savoir que l'on peut guérir envers et contre tout, et quelquefois aussi envers et contre tous.

Travailler avec des spécialistes optimistes qui ont l'expérience de nombreuses guérisons est réconfortant. Savoir que d'autres malades ont guéri et qu'il y a plusieurs moyens de se battre, redonne de l'espoir.

Visualiser, se voir guérir, espérer, c'est déjà aller mieux

Espérer, c'est déjà aller mieux. Il s'agit, à la croisée des chemins, de se mettre sur la voie de la guérison se voir guérir, c'est avancer à grands pas vers le rétablissement de la bonne santé et du plaisir de vivre.

Dans ce domaine, la *visualisation positive*, joue un rôle important.

* Paris : EPI, 1982.

Imaginer que l'opération est réussie, puis visualiser un réveil sans douleur, voir dans sa tête et prévoir un rapide rétablissement post-opératoire (Jérôme Singer, 1974; Anne Schutzenberger, 1978, 1984) donne souvent des résultats opératoires et post-opératoires inespérés et se voit guéri, dynamique et menant une vie agréable, accélère dans de nombreux cas le retour à la guérison. Tout se passe un peu comme si on disait énergiquement : « Petites cellules malignes, F... le camp, ouste! » et qu'elles disparaissent... comme si cette vision précise du résultat cette forte pensée, répétée en état de relaxation, 4 à 5 fois par jour, pendant 3 à 5 minutes (soit en tout environ un quart d'heure), agissait sur un programme cellulaire, voire sur l'A.D.N. et le transformait. On a vu ainsi, depuis plus de 15 ans, dans de nombreux cas, des améliorations spectaculaires, des guérisons inespérées, sans pouvoir encore très bien en expliquer scientifiquement le processus.

On peut avec Robert Rosenthal, de l'Université de Harvard (« Pygmalion de l'Ecole ») parler de « réalisation automatique des prédictions ».

On sait, (Maryline Ferguson le rappelle dans « la Révolution du cerveau » p.46) que l'hypothalamus est impliqué dans les processus immunitaires, et que travailler en visualisation stimule des lobes frontaux et l'hypothalamus (séminaires de Moshe Feldenkreis et aussi A. Schutzenberger).

Mes discussions avec Guillemain (prix Nobel) et ses spécialistes de l'Institut Stalk à Stockholm, sur les endomorphines et les résultats que l'on peut espérer des développements des travaux d'Henry Laborit (« L'Aggressivité Détournée », « La Colombe Apprivoisée » de Charron, d'Etienne Guille et aussi de Douglas Hofstadter, comme de ceux qui travaillent sur l'hémisphère droit du cerveau (Sperrey, Mac-Lean, Prigogine), nous permettent d'espérer une réponse à ces hypothèses de travail pour la fin du XXe siècle.

Retrouver toutes les forces de vie

En se prenant ainsi en charge, en s'efforçant de respecter ce programme à travers un traitement classique, un grand nombre de malades cancéreux ont guéri plus vite. Des malades terminaux, considérés comme perdus par la médecine classique, ont même guéri, apportant la preuve, éclatante, du pouvoir de la psychologie et du mental sur le cancer.

N'ayons pas peur des mots. Le cancer est une maladie pas tout à fait comme les autres, car elle seule peut-être, peut permettre de dépasser l'angoisse et la peur de la mort de l'appriivoiser en quelque sorte et, comme Alice, au pays des merveilles, de passer de l'autre côté du miroir. Certains voient le cancer comme une maladie de l'âme et du corps, autant qu'une maladie de la civilisation. C'est pourquoi, sans doute, per-

met-elle parfois de retrouver toutes les forces de vie par le seul pouvoir de la visualisation créatrice positive, et de déboucher sur une vie riche et pleine. La maladie grave interrompt. Le cancer, comme on le sait, n'arrive pas par hasard : le premier choc d'angoisse dépassé, la maladie peut être surmontée par un dépassement de soi-même, un élargissement des champs de conscience et même considérée comme une épreuve initiatique donnant l'occasion de réfléchir et de travailler sur soi en découvrant les possibilités d'aimer et d'être aimé, ce qui conduit à transformer et améliorer la qualité de la vie.

Résumé de l'approche issue de la « Méthode Simonton »

La recherche scientifique a démontré l'importance de la *part active* que le malade prend sur son processus de guérison. Ce processus de guérison, c'est :

- Découvrir les événements stressants qui ont précédé l'apparition de la maladie.
- Savoir comment gérer le stress et se « reprogrammer. »
- Apprendre à se relaxer brièvement 3 à 5 fois par jour. La relaxation permet de lutter contre l'angoisse, les tensions et les douleurs. (détente et relaxation).
- S'imaginer guérissant, guéri, allant tout à fait bien et menant une vie agréable (visualisation positive)
- Dessiner son cancer et les globules blancs luttant contre le cancer et le détruisant. (On dit « globules blancs » pour simplifier et généraliser la lutte des divers moyens de défense immunitaire, utilisés pour la lutte contre la maladie).
- En état de relaxation, par des images mentales, visualiser les soins que l'on reçoit, agissant sur le corps (par exemple, voir les rayons détruisant les cellules cancéreuses et seulement celles-ci, ou la chimiothérapie « mangeant » les cellules malignes et respectant les autres, la chirurgie extirpant une « boule » ou une masse, ou l'immunothérapie augmentant les défenses naturelles du corps. Se visualiser guérissant et menant une vie agréable.
- Faire au moins 2 fois par semaine des exercices physiques, que l'on peut même commencer encore au lit, pendant une heure. Faire du sport dès que possible.
- Créer ou recréer une chaîne de soutien amicale (amis, famille, voisins, amis perdus de vue et retrouvés, association d'anciens malades, voire groupes de prière, de pensée positive avec le malade et sa famille).

- Se découvrir un « guide intérieur » avec qui l'on puisse dialoguer en pensée et en visualisation.
- S'efforcer de ne rencontrer que des gens plaisants ; éviter ceux qui vous font mal, même si ce sont des parents, amis ou collègues qui pensent vous vouloir du bien.
- Se faire une liste de choses agréables à faire chaque jour et se « faire plaisir » le plus souvent possible. Créer un espace pour soi.
- Prévoir des buts à court terme (« aujourd'hui, je vais écouter un nouveau disque », ou « voir le coucher du soleil », à moyen terme et à long terme.
- Envisager sérieusement ce que l'on apporte personnellement soit à la maladie, soit à la guérison, y compris ce que l'on pourrait appeler les « bénéfices secondaires de la maladie », et même les bénéfices secondaires de sa mort (mais oui !). Cela permet souvent un soubresaut utile pour guérir, en cessant de se faire du souci vis-à-vis de personnes ou de situations déterminées.
- Travailler sur son ressentiment : cesser de se « ronger les sangs » par rapport à telle personne ou à telle situation. Oublier, pardonner, « tourner la page » pour s'occuper de sa santé, garder son énergie pour soi, pour sa santé.
- La moitié des malades guérissent avec (et seulement) la médecine classique. Les autres ont besoin de plus. Des méthodes adjuvantes et une éthique alimentaire sont souvent nécessaires. Au besoin, changer son alimentation : ne plus fumer, ne plus boire, diminuer les viandes, graisses et sucres ; manger plus sain et plus simple. Il existe de nombreuses et diverses théories diététiques pour lutter contre le cancer et les maladies, mais toutes s'accordent pour conseiller de ne pas trop manger, ne pas trop boire ni fumer.
- Eventuellement, reprogrammer sa vie, apprendre à en faire moins, à choisir l'essentiel, à éliminer l'inutile, voire à devenir un peu plus égoïste (il y a des cancers de dévouement !), à ne pas se ronger de soucis, à se faire plaisir, à savourer les petites joies de la vie quotidienne, à retrouver des sources de joie et de bonheur, à vivre en paix avec soi.

Comme on disait de Monsieur de La Palice dans la chanson populaire « un quart d'heure avant sa mort, il était encore en vie », cette vision globale de l'homme et de la lutte active contre la maladie et pour une bonne santé donne au malade une meilleure qualité de vie, et aussi très souvent une durée de vie plus longue et amène souvent à une guéri-

son inespérée. C'est l'effet *Pygmalion* ou la réalisation automatique des prédictions. Il n'y a pas de destin.

Les forces de l'inconscient individuel et du non-dit familial sont plus importantes que ce que croit la médecine classique ; on peut les mobiliser au service de la santé et de la vie.

Ose deviner ce que tu es disait le sage Mohn Zah. C'est en tirant le fils rouge de sa vie personnelle et familiale, en décodant les accidents, les incidents, les maléfices et les signes, en comprenant et choisissant le sens de sa vie, en saisissant sa structure profonde et ses aspirations, c'est en retrouvant ou recréant enfin son être, son unité, que l'homme trouve souvent l'élan vital, et les forces de vie de vivre envers et contre tout.

Anne Ancelin Schutzenberger

Professeur de Psychologie
à l'Université de Nice
F-6000 Nice

RÉSUMÉ

Par une approche de la personne entière (corps, cœur, esprit, santé, maladie, stress, humeur, soins) (climat médico-psychologique, professionnel et médical, familial, faisant un tout), par la relaxation systématique et régulière, l'exercice physique tri-hebdomadaire, l'imagerie mentale positive (dominant une image positive des soins reçus, de la médication, de la lutte du corps du malade contre la maladie, du renforcement de l'immunologie, de la vie après le rétablissement...), le décodage des divers stress de vie avant la maladie et actuels, la reprogrammation du « script de vie », la prise en charge de son destin par le malade, prenant une attitude active et une part active dans les soins et son propre destin, avec l'aide de son médecin, le soutien de l'équipe médicale et soignante et du réseau familial : le malade, en possession de tous les éléments de sa vie et de son dossier, de son « cas », a plus de chances de survivre, et de survivre plus longtemps, et dans de meilleures conditions, d'aller mieux, de stabiliser sa situation, voire de voir les symptômes régresser ou disparaître (« rémission spontanée » provoquée) — avec, en plus des soins médicaux, une psychothérapie de démarrage et une psychothérapie de soutien si nécessaire, de n'importe quelle dénomination (de la psychanalyse — parfois adaptée aux maladies terminales — et au psychodrame) à la Gestalt-thérapie, analyse transac-tionnelle, analyse bio-émotionnelle, thérapie familiale transgénérationnelle.) La compréhension du script de vie et du désir et sens de la maladie dans la vie individuelle et familiale d'une personne, et la loyauté invisible, transgénérationnelle est importante pour la santé.

STRESSING LIFE EVENTS, MANAGEMENT OF STRESS, VISUALIZATION, PSYCHOLOGY AND CANCER

SUMMARY

By an approach of the whole person, (body, mind, spirit — health, sickness-stress, feelings, mood, various physical cares, group mood, and the mood and feelings of doctors, medical staff, professional group, family group, making a whole, the « frame » in which the patient will get bad or better), with systematic 3 times a day relaxation, 3 times a week physical exercise (related to physical possibilities, but even in bed, one could move a finger), positive mental imagery (giving positive mental images of chosen therapy, medicine, chemistry, X-rays, surgery, of the fight of the body against malignant cells, of the life once the patient recovers), after decoding stresses of life prior the onset of sickness and present, a reprogramming of the « life-script »... the patient will be able to take charge of his/her life, his treatment, his destiny, with the help of his doctor (MD), the whole medical staff and other staff around the patient, of the family milieu, of the large family and friend's support. Then, the patient, knowing everything about himself and his case (including medical case history, knowing the « truth ») has much more chances to get better, to have his/her sickness stabilized or regress (« spontaneous provoked remission ») or even disappear — with the help, to start with, of a deep but short psychotherapy and eventually with some psychotherapy of any denomination (from psychoanalysis and psychodrama to Gestalt and transactional analysis — individually or in group or family — therapy, or other new denomination). Understanding « life-scripts » and the wish to be sick and the meaning of sickness in personal and family life, as well as « invisible loyalties » in the family since 3 générations is important for health.

Mots-clés	Key words
Cancer	Cancer
Oncologie	Oncology
Visualisation	Stress
Images mentale	Relaxation
Imagerie mentale	Mental imagery
Stress	Group Psychotherapy
Psychothérapie individuelle	Individual psychotherapy
Psychothérapie de groupe	Psychodrama
Psychanalyse	psychodrama
Psychodrame	Role-playing
Analyse transactionnelle	Transactional analysis
Gestalt	Gestalt

Aspects psychologiques du cancer	Whole person approach
Psychosomatique-relaxation	Holistic medicine
Exercice physique	Psychosomatic medicine
soi (prise en charge de soi)	Active participation of patient
Personne entière	Whole person
Holistique	Holistic
Médecine psychosomatique	Psychosomatics
Médecines holistiques	Holistic medicines
Médecines douces	Soft medicines
Cancer (vérité)	Cancer (truth)
Attitude active du patient	Patient's active attitude
Thérapie familiale	Family therapy
Génogramme	Genogram

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, F. (1960-1977) : *La Médecine psychosomatique*. Paris, Payot.
- ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (1985) : *L'Observation*. Paris, EPI (sous presse).
- BAILES, F.W. (1984) : *Votre esprit peut vous guérir*. Saint-Jean-de-Braye, Edition Dangles.
- BERNE, E. (1964) : *Des Jeux et des Hommes*. Paris, Stock, 1980. [Le fondateur de l'analyse transactionnelle].
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G. (1973) : *Invisible loyalties*. New York, Harper & Row.
- BOWEN, M. (1978) : *La Différenciation de soi*. Les Triangles et les systèmes émotifs familiaux. Paris : E.S.F., 1984.
- BRY, A. (1979) : *Visualization : Directing the movies of your mind*. New York : Barnes et Nobles.
- CAMERON, E. & PAULING, L. (1983) : *La vitamine C contre le cancer*. Montréal, Edition l'Étincelle (distribué par Sodis).
- COUE, E. (1980) : *Oeuvres complètes*. Paris, Astra.
- COUSINS, N. (1980) : *La volonté de guérir*. Paris, Seuil (tréd. Point-Poche).
- CYRULNIK, B. (1983) : *Mémoire de singe et paroles d'homme*. Paris, Flammarion, rééd. poche.
- DESOLLE, R. (1956) : *Le rêve éveillé dirigé*. Paris, P.U.F.
- DESOLLE, R. (1956) : *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Genève, Mont-Bianc (1961, Rééd.).
- FELDENKREIS, M. (1967-1971) : *La Conscience du corps / La Santé en 12 leçons*. Paris, Laffont, rééd. Marabout/poche, 1984.
- FELDENKREIS, M. (1980) : *Le Cas Doris*. Paris, Hachette.
- GLASSER, R. (1976) : *C'est le corps qui triomphe*. Paris, Laffont, 1978.

17. GRODDECK, G. (1922-1963) : *Le livre du ça (Au fond de l'homme, cela)*. Paris : Gallimard (rééd. 1973, et Gallimard/Tel (poche).
18. GUILLÉ, E. (1983) : *L'Alchimie de la Vie*. Monaco, Edition du Rocher.
19. GUIR, J. (1983) : *Psychosomatique et cancer*. Paris, Point Hors Ligne.
20. HARRIS, T. (1977) : *D'accord avec soi et les autres*. Paris, Epi [sur l'analyse transactionnelle].
21. ISRAEL, L. (1980) : *La décision médicale*. Paris, Calman-Lévy.
22. JACOBSON, E.R. (1974) : *Biologie des émotions : Les bases théoriques de la relaxation*. Paris, E.S.F.
23. JACOBSON, E.R. (1978) : *Relaxation progressive* (traduit de *Progressive Relaxation*, Chicago University Press, 1929 et 1938).
24. JACOBSON, E.R. (1980) : *Savoir relaxer pour combattre le stress*. Montréal C.I.M. et Editions de l'homme. [Distribué par Interforum]
25. JAFFE, D. (1981) : *La guérison est en soi*. Paris, Laifont.
26. JAOUI, G. (1981) : *Le Triple Moi*. Paris, Interédition.
27. LESHAN, L. (1982) : *Vous pouvez lutter pour votre vie ; les facteurs psychologiques dans l'origine du cancer*. Paris, Laifont.
28. LOWEN, A. (1983) : *La peur de vivre*. Paris, Epi et *La Bioénergie*. Paris, Tchou (1976).
29. MASSON, O. (1983) : Les Personnes et leurs rôles dans les systèmes familiaux - morphostatiques. *Bulletin de Psychologie*. Paris, Sorbonne, N° spécial de psychologie clinique VI, XXXVI, N° 360, Juin.
30. MOREL, D. (1984) : *Cancer et psychanalyse*. Paris, Belfond.
31. PEEL, N.V. (1983) : *Créative Visualization*. U.S.A.
32. PERLS, F. (1972) : *Rêves et existences en Gestalt-thérapie*. Paris, Epi.
33. REVUE SOMATICS, Institute for Somatic Research, 1516, Grant Av. ap. 220, Novato, Californie 94947, U.S.A.
34. ROSENTHAL, R. et col. (1968) : *Pygmalion à l'Ecole*. Paris, Casterman, 1971 [sur la réalisation automatique des prédictions].
35. RUEFF, D. (1983) : *Choisir la vie : nouveaux combats contre le cancer*. Paris, Edition du Haméau.
36. SALMANOFF, A. (1958) : *Secrets et Sagesse du corps*. Paris, La Table Ronde.
37. SCHUTZENBERGER-ANCELIN, A. (1978) : Images mentales, visualisation et cancer. *Bulletin de psychologie*. Paris, Sorbonne, N° spécial de psychologie clinique. Déc. 1977 - Janv. 1978.
38. SCHUTZENBERGER-ANCELIN, A. (1980) : *Le Jeu de rôle*. Paris, E.S.F.
39. SCHUTZENBERGER-ANCELIN, A. (1982) : *Récits de Vie, image mentale et visualisation*. Entrevues, N° 3, Lyon.
40. SCHUTZENBERGER-ANCELIN, A. (1983) : *Stress, sophrologie et cancer*. Paris, « Le corps à vivre », sept.
41. SCHUTZENBERGER-ANCELIN, A. (1985) : *Vouloir guérir*. Paris, La Méridienne, 14, rue du Dragon. (sous presse)
42. SCHULTZ, J.H. & LUTHE (1977) : *Le Training Autogène*. Le méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Paris, P.U.F., 1965.
43. SELYE, H. (1956) : *Le stress et la vie*. Paris, Gallimard, Lacombe, 1975.
44. SHAKTI, G. (1984) : *Technique de visualisation créatrice*. Utiliser votre imagination pour atteindre vos buts. Genève, Soleil (traduit de l'américain, 1978. [Visualisation, avec des exercices pour la santé].
45. SHOOK, R. (1983) : *Survivors : Living with cancer*. New York, Harper and Row.
46. SILVA, J. (1977) : *The Silva mind control Method*. New York : Pocket Book. *La méthode Silva de contrôle mental*. Paris (traduction en préparation, 1985).
47. SIMONTON, O.C. ; SIMONTON, MATHES, S. & CREIGHTON (1982) : *Guérir envers et contre tout*. Avec introduction du Pr Brehant et préface du Pr A. Ancelin Schutzenberger. Paris, Epi (1ère éd. américaine, 1978).
48. SIMONTON, S. & SHOOK, R. (1984) : *La famille, son malade et le cancer*. Paris, Epi.
49. SINGER, J. (1974) : *Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification* (images mentales et méthodes de rêve éveillé). New York, Academic Press.
50. STEINER, C. (1984) : *Des Scénarios et des hommes : analyse transactionnelle des scénarios de vie*. Paris, Epi.
51. WINKIN, Y. dir. pub. (1980) : *La Nouvelle Communication*. Paris, Seuil [7 articles sur la communication non verbale et le « langage du corps »].

PROJETS – PLANS DE VIE
BUTS ET ÉCHÉANCES
Objectifs réalisables ou négociables

dans :	3 mois	6 mois	1 an	3 ans	5 ans	10 ans
Moi						
Moi pour Moi						
Ma famille						
Mes enfants						
Mon conjoint/ami						
Mes parents						
Autres proches						
Mes amis						
Mon travail						
Ma vie sociale						
Distractions						
Sports-Activités						
Mon corps/ma santé						
Les arts – la vie intérieure la vie culturelle						
Divers – Important						

Préparation à la reprogrammation
(remplir ce tableau)

		Attitude du patient					
		Non coopération instructions non suivies	Non coopération instructions rarement suivies	Suit habituellement les instructions	Suit les instructions et montre quelques initiatives	Coopération totale, suit les instructions de façon implicite et explicite, croit fermement à une amélioration	
Net recul des symptômes et amélioration dramatique	excellent	0	0	0	11	9	20
Amélioration des symptômes et de l'état de santé	bon	0	2	34	31	0	67
Petites améliorations des symptômes	moyen	0	14	20	0	0	43
Pas d'amélioration des symptômes	médiocres	2	17	3	0	0	22
	Totaux	2	33	66	42	9	152

SIMONTON Carl (1975) – Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy.

Réaction du patient

LISTE DES ÉVÉNEMENTS DE VIE TABLEAU D'ÉVALUATION DU STRESS

Le stress dû à l'adaptation au changement (sur deux ans)	Je suis concerné(e) par
Mort du conjoint	100
Divorce	73
Séparation des époux	65
Période de prison	63
Mort d'un parent proche	63
Blessure corporelle ou maladie	53
Mariage	50
Licenciement	47
Réconciliation entre époux	45
Prendre sa retraite	45
Changement dans la santé d'un membre de la famille	44
Grossesse	40
Difficultés sexuelles	39
Arrivée de quelqu'un dans la famille (naissance ou autre)	39
Changement quelconque dans l'univers de travail	39
Changement au niveau financier	39
Mort d'un ami proche	37
Changement de fonction professionnelle	36
Modification du nombre de scène de ménage	35
Hypothèque de plus de Fr. 200.000	31
Saisie sur hypothèque ou prêt	30
Changement de responsabilité dans le travail	29
Un fils, une fille quitte le foyer	29
Difficultés avec les beaux parents	29
Succès exceptionnel	28
Femme commence ou cesse de travailler	26
Commencer ou terminer ses études	26
Changement de conditions de vie	25
Changement d'habitudes	24
Difficultés avec le patron	23
Changement d'horaire ou de conditions de travail	20
Changement de résidence	20
Changement de lieu d'études	20
Changement dans les loisirs	19
Changement dans les activités religieuses	19
Changement dans les activités sociales	18

Hypothèque ou prêt de moins de Fr. 200.000	17
Changement dans les habitudes de sommeil	16
Changement du nombre de réunions de famille	15
Changement dans les habitudes alimentaires	15
Vacances	13
Noël	12
Contraventions	11

Total :

Chaque occasion de stress est affectée d'un certain nombre de points. Multipliez ce nombre de points par le nombre d'occasions présentées dans votre vie depuis deux ans. Inscrivez, pour chaque ligne où vous êtes concerné(e), les points « acquis » (c'est votre colonne personnelle, à droite de la colonne imprimée). Faites le total.
Cf. Holmes, T.H. and Rahe, Rh. *The New York Times*, June 10, 1973, et in Simonton (1982) : « *Guérir envers et contre tout* », Paris, Epi. Ed.
(Un total de 200 est un signal d'alarme ; 82% des personnes ayant eu 200 points ont eu une maladie grave dans l'année).

LA MORT DANS LES FAMILLES DE TOXICOMANES

Pierre ANGEL, Sylvie ANGEL, Françoise COUTURE

Le toxicomane, par ses agis sacrificiels, révèle bien souvent un système familial dysfonctionnel et réorganise autour de ses passages à l'acte, des modalités transactionnelles de plus en plus rigides pouvant aller à l'encontre de son autonomisation.

En effet, l'image mythique du toxicomane en rupture avec sa famille s'oppose avec le faible degré d'autonomie que l'on constate le plus souvent chez ces jeunes pour qui la violence des séparations alterne avec la fréquence des réconciliations fusionnelles.

C'est à partir de ces constatations que s'est créé le Centre Monceau, spécialisé dans l'approche familiale des toxicomanes.

Depuis 1980, près de 600 familles ont été accueillies dans ce cadre.

Nous défendons une approche multidimensionnelle d'un phénomène aussi complexe que la toxicomanie. Pour nous, les abords épidémiologiques, sociologiques, biomédicaux et cliniques sont complémentaires.

Les cliniciens ont surtout fait porter leurs efforts sur l'approche phénoménologique et psychanalytique ainsi que sur les techniques de soins les plus appropriées pour venir en aide aux toxicomanes. Un réseau institutionnel offrant des modalités variées de prise en charge a été mis en place. Dans le cadre de plusieurs de ces lieux de soins, nous avons été frappés par l'intrication très puissante des liens qui unissent les jeunes toxicomanes à leur famille. Les parents interpellent quotidiennement les soignants pour obtenir d'eux des réponses immédiates aux questions multiples suscitées par la toxicomanie de leur enfant. Notre double formation tant psychanalytique que systémique nous a conduit à proposer à ces familles une approche spécifique: la thérapie familiale.

Notre travail auprès des familles de toxicomanes nous a confrontés maintes fois aux limites de l'insoucenable: mort désirée, mort déniée, mort réalisée.

Les problèmes graves d'intoxication à l'héroïne évoquent d'emblée pour nous un risque vital à court terme.

Au cours des entretiens, l'évocation de la mort est retrouvée systématiquement mais il nous a fallu plusieurs années de travail et de réflexion pour commencer à aborder ce thème.

INSTITUT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Sessions de formation 1985/1986

Séminaires théoriques et cliniques animés par des psychothérapeutes et des psychanalystes de formations et d'écoles diverses, dans une perspective de confrontation des différentes théories et pratiques psychothérapeutiques.

Thèmes:

- Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent
- Psychothérapies associées et co-thérapies
- Entretien clinique et psychothérapie individuelle et de groupe
- Groupes de type Balint
- Introduction aux techniques d'imagerie mentale (rêve de veille)
- Espace et temps? Continu et discontinu? (séminaire dédié à la mémoire d'Eugène Minkowski).

Agrément formation continue.

Renseignements à:

« L'ARBRE VERT »

12, rue St Julien-Le-Pauvre, Tél.: (1) 633-52-47.

Permanence le LUNDI de 15 h. à 18 h. 30.

Nous avons le sentiment de travailler sans cesse avec une épée de Damoclès et d'être confrontés à des contre-attitudes qui révèlent nos propres angoisses par rapport à la mort.

Le désir qui nous a guidés, nous soignants, tout au cours de nos études, est un désir de lutte contre la mort allant jusqu'au fantasme de toute puissance. Les familles de toxicomanes nous défient quotidiennement dans cette illusion. C'est pourquoi il nous paraît clair que ces thérapies nécessitent un fonctionnement institutionnel fournissant des points de repère structurants tant pour les familles que pour les thérapeutes.

Focaliser nos efforts dans une tentative de compréhension et d'élaboration rigoureuses peut être une des façons de colmater l'angoisse de mort ressentie dans ces situations.

La mort dans les familles de toxicomanes peut être étudiée d'un double point de vue:

1. Le toxicomane face à une menace de mort ou à la mort réelle advenant dans sa famille.
2. La famille confrontée au risque de mort du toxicomane.

Avant de détailler ces deux points, nous rappellerons comment, dans la société et dans le cycle de vie de la famille, les représentations de la mort ont évolué au cours des temps.

P. Ariès, dans son livre *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours* (Ed. Point Seuil) en décrit trois étapes:

- Jusqu'au XII^e siècle, l'homme avait une conscience aiguë de la mort. La mort faisait partie de sa vie. Il se considérait comme un mort en suris. Les rites de la mort étaient acceptés et accomplis sans caractère dramatique, sans mouvement d'émotion excessif.
- Du XII^e au XV^e siècle, un rapprochement est fait entre trois catégories de représentations mentales: celle de la mort, de la connaissance par chacun de sa propre biographie, de l'attachement passionné aux choses et aux êtres possédés pendant la vie.
- La mort est devenue le lieu où l'homme a pris le mieux conscience de lui-même, c'est «la mort de soi».

- A partir du XVIII^e siècle, la mort devient «sauvage». Elle est considérée de plus en plus comme une transgression qui arrache l'homme à sa vie quotidienne, à sa société raisonnable, à son travail monotone, pour le soumettre à un paroxysme et le jeter dans un mode irrationnel, violent et cruel.

La mort est désormais considérée comme une rupture. Le mourant est déchû de sa propre mort au profit de sa famille qui, elle, devient l'objet de l'attention. C'est «la mort de l'autre».

Aujourd'hui, les représentations de la mort sont souvent occultées alors que l'espérance de vie augmente et que le concept d'enfance et d'adolescence prend une place privilégiée.

Dans toutes les familles, la mort ou la menace de mort représente un risque de rupture de l'équilibre familial.

Le degré de dislocation de cet équilibre nous semble dépendre d'un nombre de paramètres significatifs.

Le moment où la mort survient dans le cycle de vie

A un âge avancé, elle peut être considérée comme un processus naturel, mais bien que naturelle, elle ne survient pas sans bouleverser la dynamique émotionnelle du groupe familial.

Le décès des grands-parents entre souvent en raisonnable avec la phase d'autonomisation des petits enfants. Le couple parental est alors confronté à une double séparation vécue d'une manière plus ou moins douloureuse.

Le mort des grands-parents rend les générations suivantes plus proches de leur propre mort.

A un autre stade du cycle de vie, la mort survient au terme d'une vie considérée comme incomplète, ce qui est vécu comme injuste et insupportable.

Pour un adolescent, la mort prématurée d'un parent peut empêcher l'élaboration du processus de séparation-individuation.

Dans les familles suivies, nombre de jeunes toxicomanes ont perdu précocement un de leurs deux parents, ce qui corrobore les données statistiquement significatives des enquêtes épidémiologiques.

Quant à la mort d'un enfant, elle sera d'autant plus destructurante que l'enfant est vécu comme une extension fusionnelle d'un des parents.

Dans ces situations, divorces ou séparations suivent assez souvent le décès de l'enfant. De plus, un risque psychopathologique pèse sur le devenir des autres membres de la fratrie.

Les circonstances de survenue

Lorsque la mort est subite et inattendue, elle peut laisser la famille dans le plus grand désarroi, confrontée à des difficultés matérielles et à une réorganisation problématique.

La soudaineté de cet événement majeure parfois les difficultés à élaborer un travail de deuil.

Inversement, si le décès est prévu et le travail de deuil ébauché, les membres de la famille peuvent être usés par l'accompagnement du mourant, voire culpabilisés par leur abandon lorsque les circonstances de la mort se sont révélées trop pénible.

Le degré d'individuation des membres du système

Les possibilités d'appréhender la mort de l'autre sont liées à sa propre capacité d'autonomisation.

Les familles que nous suivons sont soumises à une charge morbide importante:

- maladies graves des grands-parents, des parents, mais également des jeunes;
- deuils fréquents et rapprochés.

1. Le toxicomane face à la mort survenant dans sa famille

Il peut s'agir d'une mort ou d'une menace de mort réelle. Bien souvent, les parents présentent des affections somatiques sévères, qu'ils banalisent et que nous apprenons par hasard au détour des entretiens: c'est ainsi qu'ils nous parlent d'infarctus, sclérose en plaques (S.E.P.), cancers, etc... Il semble qu'ils assument particulièrement bien ces épisodes, parfois même à la limite de la dénégation.

On peut formuler l'hypothèse que ces attitudes ne permettent ni l'expression d'une émotion, ni la possibilité d'une métacommunication. L'adolescent ne se sent pas le droit d'exprimer son inquiétude et se sent confronté à une image de parent à la fois héroïque et vulnérable, image à laquelle il est difficile de s'affronter et qui ne permet que l'expression de passages à l'acte. On sait bien qu'à l'adolescence le passage à l'acte prend volontiers le pas sur la mentalisation.

Ces agis qui prennent la place des représentations morbides se situent dans ce même registre de mort.

Et on retrouve fréquemment de remarquables correspondances entre les moments d'aggravation ou de mort des adolescents et les aléas du parcours du jeune toxicomane.

Nous avons fait une hypothèse similaire lorsque nous avons étudié les problèmes des familles de déportés. La souffrance se manifestait à un niveau intra-psychique et les enfants revivaient parfois la culpabilité d'être des survivants sans pouvoir l'exprimer autrement que par des pulsions suicidaires.

Un autre équivalent de la mort interiorisée dans ces familles pourrait être ces épisodes psychiatriques si souvent observés survenant chez les parents: dépressions graves, tentatives de suicide, alcoolisme, prise de barbituriques massives,...

Ces épisodes pathologiques ne sont pas exclusivement le fait des parents, mais se retrouvent également chez les frères et sœurs du toxicomane.

Là aussi, la banalisation de ces épisodes est fréquente.

Autre exemple de banalisation, le toxicomane peut, dans certains cas, prendre la place d'un enfant disparu en focalisant ainsi sur lui l'attention des parents.

Signalons, enfin, le rôle assigné par les parents aux enfants auprès des grands-parents malades grabataires ou mourants, traduisant leur propre impossibilité à assumer la mort de leurs propres parents.

2. La famille confrontée au risque de mort du toxicomane

Rappelons quelques données concernant les issues de la toxicomanie.

Les études longitudinales ont montré qu'il s'agissait d'une population qui mourait 28 fois plus qu'une population témoin du même âge.

Néanmoins, on sait peu de choses sur leur devenir car ce sont des patients que l'on perd de vue, qui changent d'institution, qui se protègent par l'anonymat.

On peut cependant penser que l'on survit difficilement à une toxicomanie grave chronique plus de 5 à 10 ans, qu'il y ait tentative de suicide, overdose ou qu'il y ait déchéance physique progressive, le sujet succombant alors à une septicémie, dénutrition, hépatite chronique évolutive, endocardite...

En ce qui concerne l'overdose, il est souvent bien difficile d'apprécier la part de l'accident et la conduite suicidaire.

Les toxicomanes n'envisagent qu'une seule alternative, la jeunesse ou la mort. Ils sont incapables d'imaginer l'âge adulte et ne se projettent pas au-delà de la trentaine.

Face à cette réalité, le déni de la mort est très fréquemment observé chez les parents.

Même après la révélation de la toxicomanie, bien des familles se contentent d'une simple réassurance de la part du jeune toxicomane. «Tu nous as promis d'arrêter, nous te faisons confiance.»

La tension dramatique liée à la prise de conscience de l'intoxication s'efface en quelques jours et toute vigilance des parents disparaît. La pseudo-harmonie familiale semble retrouvée.

Malgré les nombreux indices qui trahissent la poursuite de la pharmacodépendance, le champ visuel des parents se rétrécit et bientôt une cécité complète se réinstalle.

La famille, même confrontée à l'évidence, méconnaît le risque léthal encouru par le jeune. Les parents adoptent quelquefois des positions mortifères dont la violence n'a d'égale que l'intensité des pulsions auto et hétéro-agressives de l'adolescent.

Ils anticipent à longueur de séances la mort de leur enfant «Plutôt le voir mort que continuer comme cela, il ne changera jamais».

En cas d'abstinence, les signes les plus évidents d'amélioration seront déniés avec la même vigueur que les signes d'intoxication l'avaient été auparavant.

Ainsi, Madame D., dont le fils est parti vivre au kibboutz depuis quelques mois, ne peut imaginer son fils qu'accidenté dans un hôpital, emprisonné, voire mort.

Lorsqu'il lui téléphone, elle pense qu'il ment pour la rassurer, qu'il est en danger permanent et convainc son mari de partir voler à son secours. Enfin, dans quelques cas dramatiques, les familles consultent pour la première fois après l'overdose de l'un de leurs enfants pour aider un second enfant toxicomane.

L'épreuve traversée ne semble pas avoir infléchi leur interactions pathogènes.

Dans ce cas, une partie importante de notre travail consiste à les aider à élaborer leur deuil, ce qu'ils n'arrivent pas à faire spontanément.

RÉSUMÉ

Après avoir rappelé des données historiques et psycho-sociologiques, les auteurs présentent leurs observations à partir de 600 familles sur l'attitude tant du toxicomane que de sa famille face à la mort.

DEATH IN DRUG-ABUSED FAMILIES

SUMMARY

After historic and psychosociological given facts, the authors present their observations from 600 family on the attitude such as the drug addict and the family in the present of death.

Mots clés
Toxicomanie
Famille
Mort

Key-words
Drug abuse
Family
Death

APPORT DE L'OPTIQUE SYSTÉMIQUE¹ AUX SOINS DES DERNIÈRES PHASES DE LA VIE

Y. COLAS²

Travailler et survivre dans l'institution psychiatrique représente de gérer des émotions dans un réseau complexe noué en de nombreux points : le patient, les soignants, la famille, l'hôpital, les représentants de la loi, etc... Entre lesquels circulent de la matière, de l'énergie, de l'information. Nous laissons matière et énergie à l'administration des biens, à l'économie, à la diététicienne pour nous centrer ici plus spécialement sur l'information. Elle connaît bien des avatars dans ce cadre particulier et l'expérience montre que si elle se pare des arguments irrefutables de la connaissance, sa circulation, sa compréhension passent par des filtres irrationnels où l'affectif prend le dessus. Le travail médical consiste alors à s'équiper d'un appareillage d'analyse adapté à son objet et susceptible de donner des moyens d'action, à raisonner l'Affectif et trouver les moyens de travailler sur ce matériau indéfinissable et inégalement partagé sans le dénaturer.

Le passage des vieillards par l'hôpital psychiatrique nous a paru devoir bénéficier de ces réflexions. En effet, ces entrées qui dérangent nous ont semblé — plus que d'autres — révélatrices de tensions critiques dans un tissu relationnel jusque là insuffisamment expérimenté.

De plus, comme chacune de ces entrées posait chaque fois la question de l'indication la plus judicieuse, on voyait se dessiner une nouvelle classe sociale marginale qui n'avait de place nulle part. C'est pourquoi, loin de partager les arguments de ceux pour qui la solution doit être recherchée « ailleurs » (mais où et dans combien de temps?), nous avons plutôt revendiqué ces patients, ces situations dépassées, considérant la chance pour l'institution que pouvait constituer ce nouveau type de mise en question, la chance pour leur famille d'envisager aussi globalement que possible la situation critique dont l'hospitalisation était le douloureux aboutissement.

¹ Les conditions interactives vivantes d'une « conférence » avec un groupe de taille limitée, aux membres connus, conduisent à improviser et adapter au fur et à mesure. A défaut d'un entourage, j'ai préféré reprendre un travail voisin de l'esprit de ce qui a été présenté lors des Journées. Je remercie ici la *Revue de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale* qui a accepté que soit reproduit le texte ci-dessus publié dans son numéro 3 de 1984.

² Psychiâtre hospitalier, Centre G. Bateson, 13, rue Victor-Hugo, 69002 Lyon.

Tout est parti d'une première rencontre, il y a neuf ans, avec un vieillard confus qui avait battu la campagne toute la nuit. Marié quatre fois par la famille, une fois par les médecins, sa personnalité n'avait pas convaincu l'intérieur des trois hôpitaux spécialisés successifs dans lesquels il avait été admis, puis relâché, au cours de cette même nuit; nous forçant déjà par la sa fonction provocatrice de trouble-faite symbolique, familial, sectoriel, institutionnel, etc.,

Arrivé au petit matin dans le service de son secteur, il devait y montrer un tableau complexe, aux éléments démentiels variables et il fut décidé de le garder en observation.

Avec le temps, peur et pitié virent progressivement colorer les relations de l'équipe soignante avec ce patient qui, visiblement, se laissait mourir; Colère et haine envers la famille qui lui rendait peu visite; Prise de parti pour l'un, contre les autres.

C'est alors qu'à peine séduit par les premières bribes de travail sur les théories de la communication et la théorie générale des systèmes, je décidai — sans aucune formation — de réunir la famille et le patient et éprouver si, dans un tel groupe, je saurais trouver l'aisance et la mobilité de celui qui m'avait tant frappé¹.

J'ai gardé un souvenir presque photographique de ces séances. Mère et fille dans une sollicitude étouffante, immobilisaient le père, comme crucifié. La fille m'avait mis en garde contre le risque encouru par sa mère relevant d'un récent infarctus du myocarde. Il se réglait visiblement des comptes du passé. Et je percevais pour la première fois avec clarté le décalage entre les propos échangés et le contexte de la situation, le glissement d'un contexte soi disant thérapeutique à un contexte «judiciaire». Il était trop clair qu'en fait de demande de soins, c'est de reconnaissance de bon droit et de liberté dont il était question; et, qu'à se croire médecin et arbitre, à accepter les flatteuses protestations de compétence, le «thérapeute» ne devenait que l'otage des uns, et le persécuteur des autres. Comme, de plus, planait à mots couverts la menace de porter la responsabilité d'un accident cardiaque de l'épouse, le thérapeute n'était pas seulement pieds et poings liés, il était aussi ballonné.

Une saine colère monta en soi jusqu'à la séance suivante, balayant de beaux restes classiques et quelques ilots rogersiens. C'est ainsi que j'accédai à la dynamique complexe de l'équilibre des systèmes familiaux, à la notion de circularité qui transcende le réductionnisme causaliste, et que se dévoilait très publiquement le mystère embrouillé des codages de la communication.

Après quelques séances houleuses et pleines d'imprévus, le patient quitta l'hôpital pour mourir quelques années plus tard de sa belle mort, sans la moindre rechute psychiatrique. L'épouse ne l'avait pas précédé sur ce chemin. Un an plus tard, la fille consultait pour éthylisme.

J'avais eu beaucoup de chance: la plupart des thèmes sur lesquels nous avons travaillé depuis s'étaient présentés dans ce cas. Je m'empressai d'acquiescer une formation qui ne laisse plus à l'improvisation le soin d'élaborer et de choisir des techniques, d'inventer des stratégies déjà connues.

De cette expérience, jointe à l'acquisition de techniques de base en thérapie systémique et à l'exercice de plus en plus fréquent d'un travail sous supervision, est né le goût pour une recherche méthodologique. En effet, plus nous travaillions, plus il apparaissait que la conceptualisation systémique était particulièrement adaptée au type de problèmes posés par l'hospitalisation des vieillards, par les situations de fin de vie, sans solution.

D'autre part, la nature très particulière de la «non-demande» qui accompagne l'hospitalisation d'un vieillard, relève bien d'une méthode adaptée à une problématique de la forme logique de la communication.

Enfin, des techniques qui permettront d'aborder les problèmes de la mort en parlant sans fard ou qui, plus généralement, n'auront pas peur d'affronter les tensions, voire de les exacerber, se sont avérées indiquées lorsqu'il faut retrouver le dynamisme de la crise, de servir alternativement les forces dangereusement équilibrées qui sous-tendent l'homéostasie du groupe familial.

Mais, plus que ces raisons, c'est la conceptualisation systémique qui nous semble avoir pour terrain d'élection ces affections apparemment inaméliorables, dont la symptomatologie est reliée de façon complexe à la vie de chacun dans une rapport circulaire avec une crise évolutive du groupe familial (impossible de dire si elles en sont la cause ou l'effet). De plus, s'il s'agit d'un état «déméntialisé», Alzheimerisé, il devrait être facile pour le thérapeute comme pour la famille de ne pas avoir pour objectif l'amélioration du symptôme — de ne pas être «distrait» par lui — pour se consacrer effectivement au fonctionnement circulaire du groupe familial considéré comme un système en équilibre instable.

L'hypothèse était donc pour nous de considérer la manifestation «démence» comme l'issue, chez un patient significatif, de signaux en rapport avec le passage d'un équilibre à *n* personnes à un équilibre à *n-1*. Sans oublier, bien entendu, la position particulière de celui qui va partir du fait de son âge, sa place dans la généalogie; mais aussi tout ce qui, dans ses conflits antérieurs, a fait de l'aïeul la personnalité avec laquelle il termine sa vie.

C'était encore utiliser un ensemble conceptuel — tantôt longitudinal diachronique, tantôt horizontal synchronique — qui permette de traiter cette situation de crise, à la fois comme un changement par rupture, par sauts, et à la fois comme un élément de continuité dans la suite du cycle vital propre à l'ensemble Famille.

Notre idée fut donc de lancer, parallèlement à un travail institutionnel de groupe de personnes âgées, un travail familial basé sur des conceptions et des techniques systémiques. Entretien à l'entrée ou aussi près que possible de l'entrée, réunions mensuelles ou bimensuelles, réunions après la mort. (Ce travail doit cependant se différencier des préparations à la mort visée plus nette-

¹ Harry Aponte, Directeur de la Child Guidance Clinic of Philadelphia, en démonstration à l'hôpital provincial de Berrits, Prov. de Luxembourg (Belgique).

ment «instrumentale» et qui requièrent une formation particulière, celles-ci, comme forme d'entretiens duels, peuvent toujours trouver leur temps lorsque le travail systémique a amélioré les possibilités relationnelles du vieillard, lui a permis de prendre enfin, plus serein, la décision de mourir.) Nous pouvons dire, qu'à travers la forme de réconciliation que chaque famille peut atteindre, l'objectif de notre action est de permettre au vieillard qui a manifesté une mort prématurée de l'esprit dans un corps qui, lui, ne semble pas vouloir mourir, de mieux évaluer et décider du moment où ces deux morts s'harmonisent tant dans le cycle de sa propre vie, que dans la continuité du groupe familial dont il est le dernier à ce moment à porter le blason.

Cette façon de voir implique, bien entendu, l'hypothèse que le trouble démentiel correspond à un empêchement à mourir. A condition bien entendu de donner à cet «empêchement» un sens large, dépourvu d'idées accusatrices causalistes. Dans ces conditions, l'état démentiel n'est pas une fatalité de l'âge, il se comporte plutôt comme le signal d'un dysfonctionnement à l'approche d'une situation de crise, en fait normale dans toute famille: l'approche de la mort de l'un de ses membres.

Dès lors, le sens de ce travail devient la recherche des mécanismes à la fois semblables et originaux pour chaque famille, qui s'opposent au passage harmonieux d'un équilibre à un autre, à la disparition de celui qui doit logiquement mourir le premier, mécanisme qui rend la disparition de ce personnage important dans la constellation familiale, tout à la fois souhaitable et impossible: d'où la coexistence inquiétante d'une mort intellectuelle dans la vie physique, d'une absence dans la présence, d'une séparation qui ne se fait pas. En fait, ces hypothèses ne se sont dégagées qu'en cours de route. Et ce n'est que chemin faisant que nous est apparu aussi la vanité des critiques touchant à l'authenticité démentielle ou pseudo-démentielle, franchement lésionnelle ou simplement dépressive.

Comme cela a déjà été abordé ailleurs (3, 4), on sait que le terme de démence repose, comme souvent en médecine, sur une confusion entre diagnostic et pronostic, une pétition de principe. Au point de soutenir fréquemment, a contrario, l'idée qu'un état démentiel qui s'améliore n'était pas une «vraie» démence. De plus, l'argumentation causaliste lésionnelle s'accommode mal de l'absence du parallélisme anatomo-clinique. Et puis, quoi qu'il en soit d'une réelle réduction des facultés relationnelles, l'expérience nous prouve combien large est la frange de temps — bonne à récupérer — où l'accent peut être mis plus sur les potentialités même inespérées, que sur les déficits.

Mais peut-être n'est-il pas inutile à ce point, de préciser ce qui caractérise la démarche systémique.

Parfois qualifiée de globale ou holistique, elle admet avant tout l'idée non cartésienne que l'on peut travailler sur un ensemble avant de tout en connaître, et même si l'on sait pertinemment que l'on ne pourra jamais tout en connaître. C'est donc la méthode de choix face aux ensembles complexes, multifactoriels en évolution.

De méthode empirique, le travail systémique s'appuie sur des bouclages rétroactifs permanents de l'information, ne s'autorisant à construire que sur des hypothèses clairement énoncées, qu'il est fait obligation au thérapeute de vérifier une à une en prenant de l'information, d'une manière contrôlable par un superviseur. C'est dire l'importance donnée à l'observation, la réticence affichée face à l'interprétation que nulle vérification n'a étayée. D'où l'accord avec les théories de la communication qui découpent méthodiquement les séquences de la relation entre un émetteur et un récepteur, séparent contenu, texte et sens. Discipline qui oblige à tout instant le thérapeute systémique, à la fois à s'inclure dans l'échecaveau communicationnel qu'il veut débrouiller, et à la fois à s'exclure, lorsqu'il pourrait se croire porte-parole ou destinataire des messages échangés en sa présence.

Le travail thérapeutique systémique est un travail relationnel toujours triangulé, et toujours réciproque: il postule en effet qu'aucune communication duelle n'a lieu sans référence à un tiers (qu'il soit ou non présent) et qu'à tout signal reconnu dans un sens, doit correspondre le message inverse occulté.

Dans un groupe familial, la symptomatologie dont le patient désigné est porteur est alors considérée comme un élément de la conversation avec l'ensemble familial, conversation dont toutes les répliques (antérieures ou postérieures au signal du patient) doivent être mises au jour par le thérapeute. Ceci dans le but de repérer les forces qui rendent nécessaire l'émission du signal dit pathologique pour leur équilibration, et éviter — dans un souci écologique — d'en provoquer l'emballement si le thérapeute s'attaquait directement au symptôme. Cette attitude implique la connotation positive (5) puisque le symptôme est à la fois manifestation du dysfonctionnement, et production du système familial pour survivre malgré le dysfonctionnement. Ainsi, se mettent en place des patterns ou cycles d'interactions répétitives dont l'itération traduit l'échec adaptatif (2).

Sur ces bases, se définissent des stratégies et des tactiques thérapeutiques, et surtout des techniques — différentes suivant les écoles systémiques — mais qui visent toutes, à travers une discipline de l'observation et de la vérification des hypothèses, à la mise en crise du système familial et à la restitution du potentiel créatif d'adaptation propre à chaque système familial.

C'est donc à la lumière de ces concepts (6) tout autant qu'à la pratique des techniques acquises dans les cycles de formation spécialisés que nous avons envisagé chacune des phases qui marquent la vie d'un vieillard et de sa famille à partir du moment où le contact est pris avec un ensemble institutionnel psychiatrique.

L'étude de ces différentes phases a été menée comme une Recherche-Action où l'expérimentation du vécu relationnel d'un thérapeute sous supervision avec le groupe formé du patient et de sa famille — le tout enregistré en vidéo — permet de formuler des hypothèses de fonctionnement, en même temps qu'il fait découvrir des typologies relationnelles par la reconnaissance de «patterns» semblables d'une famille à l'autre.

1. La non-demande initiale

Sa formulation complexe n'est que la partie émergée de l'iceberg. S'y fier expose au naufrage du thérapeute tant est grande la partie immergée.

Lorsque la famille contacte le « spécialiste », c'est dans un inextricable labyrinthe de malentendus plus ou moins consciemment entretenus :

— certes, comme souvent en psychiatrie, le spécialiste n'est tenu pour tel que parce que personne d'autre ne s'occupe de ces cas. Mais il est de bonne guerre, du point de vue de la famille, de se concilier au mieux celui qui va garder l'élément devenu intolérable ;

— souvent, les trajets antérieurs ont déjà fait poser ce diagnostic d'exclusion. Tous sont convaincus que plus rien ne peut être fait et, comme Maud Manoni le décrivait en son temps pour l'enfant inadapté et sa mère, la famille ne vient chercher que la preuve de l'incurabilité derrière l'apparente demande de soins ;

— bien des hospitalisations se font à la sauvette, le vieillard étant déposé par l'ambulancier, comme le nouveau-né sur les marches de l'église. Mais parfois, l'entourage est chaleureux, capable d'exprimer sa peine devant cette séparation inhumaine. Qu'il s'agisse du « ballot » déposé en consigne, ou de l'objet précieux confié avec d'innombrables précautions, la situation est la même : ce n'est pas un *problème* qui est posé au thérapeute, mais une *solution* qu'un groupe familial a trouvée à une crise déjà passée et qu'il impose ;

— c'est dans ces situations que le thérapeute systémique devra attacher toute son importance à l'écart entre le langage tenu et les contextes propres à chaque partenaire. Vue sous cet angle, la non-demande initiale à l'entrée d'un dementé sénile, n'est pas fondamentalement différente de celle qui marque l'entrée de tout autre état psychotique.

Elle prend alors la forme de la provocation (7) : « ne le changez pas et ne nous changez pas non plus, mais soignez-le ! » Provocation articulée car « nous vous demandons de la soigner bien que nous sachions qu'il n'y a plus rien à faire ». À noter que « si vous l'enfermez, c'est pour le soigner », seule excuse à agir contre la volonté du patient dans son intérêt, etc...

On se tromperait gravement à inférer d'une telle analyse telle ou telle intention péjorative, univoque et consciente de la part de la famille. Le recours à la connotation positive peut seule faire apparaître l'envers des choses, tout aussi réel et vivant que le concret, trivial et utilitaire. C'est dire l'importance de circumscrire l'information pour l'organiser dans un schéma relationnel non causaliste, qui interdise qu'on prenne parti. Souvent, l'épuisement est une réalité telle qu'il impose aux familles des choix inhumains. Et ce n'est pas parce que cet épuisement traduit l'incapacité du groupe à résoudre ses difficultés de croissance, que le thérapeute ou l'institution doivent s'en faire les censeurs.

Cependant, la méconnaissance de la stratégie familiale expose thérapeutes et institutions, à l'entrée dans la spirale de la chronicisation, avec exaspération croissante des partenaires, fuite dans l'aggravation des comportements, violences, escalades chimiothérapeutiques... et vérification du diagnostic-pronostic de démence, comme état lésionnel plutôt que comme comportement significatif. C'est pourquoi l'apprentissage des techniques et tactiques de contre-provocation est capitale à ce stade. Notre recherche continue sur ce terrain, en vue de mettre au point « la thérapie pour conduire à la thérapie » (8).

2. Le « changement d'orbite »

Du système familial, le patient rentre dans le champ hospitalier où il se constitue un monde relationnel à la mesure de ses capacités apparentes, mais aussi en fonction du signal qu'il veut communiquer par ce biais à son entourage (familial et institutionnel).

C'est la période où se mesurent la densité du tissu relationnel d'origine, comme l'épaisseur des conflits dont l'hospitalisation est la cause ou le résultat.

L'intervention du tiers soignant conduit à des réaménagements de part et d'autre et à de nombreuses tentatives de manipulation en forme de triangulation. — Du patient : qui modifie son attitude selon qu'il est en présence des soignants seuls, ou de la famille seule, ou qu'il s'adresse aux uns en présence des autres. — De la famille seule : qui tient autant de langages que d'interlocuteurs ; et, en particulier, encense le médecin tandis qu'elle critique les infirmiers.

Ce clivage des signaux est bien révélateur de l'ambivalence de la situation. C'est que, plus le cadre institutionnel croît bien faire, plus ses interventions attaquent la famille. Crève-cœur pour cette épouse que de voir son mari bien adapté, renouant une vie sentimentale à son niveau avec d'autres patientes du service, vexation rentrée que de devoir convenir que « décidément, ils savent mieux s'y prendre que nous ». Tristesse et inquiétude lorsque le vieillard revient volontiers de permission de l'hôpital, ou demande d'y rentrer.

Mais, de même qu'il n'y a pas de sauts d'électrons entre les couches des atomes sans remaniements énergétiques, il n'y a pas de changement d'orbite sans réarrangement dans la famille. Décrits ailleurs (3) sous le terme générique de triangulations réactionnelles à la crise ou pré-existantes, l'intérêt de ces réarrangements nous paraît être leur effet stabilisateur dans l'homéostasie familiale.

En effet, le « départ » du dementé déséquilibre les couples. C'est le temps où se manifestent les loyautés de la famille : la rééquilibration des balances de l'attachement, de l'intérêt porté, de l'argent dépensé, du temps passé réel ou en pensée, etc... doit s'entendre au sens où se fait une balance budgétaire.

taire. Mais ici, tous sont comptables. Et il n'est pas rare que soient alors exhumées de vieilles reconnaissances de dettes apparemment oubliées, jamais totalement inconnues. Une des difficultés tient à l'absence de règles de conversion entre les partenaires: l'unité de compte varie de l'un à l'autre: parfois l'argent, mais aussi les caresses, le temps, la reconnaissance, l'estime, la beauté, le charme... En bonne réciprocité, il est normal, après tout, qu'au moment où l'on doit «régler ses affaires», les partenaires fassent connaître l'état des comptes et que, selon les familles, se révèle alors le régime politique interne de l'époque passée: dictature, oligarchie, démocratie, république décadente, exercice du pouvoir par délégation, etc...

Dans cette optique longitudinale diachronique, le mythe organisateur de la famille (9), avec ses secrets, se fait plus présent. Le parent qui est «déjà à moitié parti» remet en cause le blason familial. Et tout se passe comme si, avant la passation des pouvoirs, les préparatifs de la cérémonie conduisaient chacun à dépoussiérer les emblèmes au fond des greniers, avec le lot de découvertes qu'on fait en pareil cas.

Dans le synchronique, l'onde de choc de la mort (9, 10) est précédée par une autre onde de choc: celle du signal Démence. Mais à cette image réactionnelle et linéaire des arrangements aux cristallisations provoquées, nous préférons le modèle d'un fonctionnement systémique bouclé: nous faisons en effet l'hypothèse que ce signal a un sens. Et qu'il est modulé en retour par la réponse du groupe familial. De même que, dans une structure familiale donnée, il nous apparaît comme la seule réponse possible aux dysfonctionnements relationnels de la tribu, le signe que celle-ci présente une rigidité particulière d'adaptation au changement de génération. Sans exclusion d'autres hypothèses, utilisables dans le champ plus large du supra système social: de même que la délinquance peut être reconnue comme systématiquement liée à un mécanisme adaptatif de la famille immergée en situation de transplantation, ne peut-on voir au développement des démences séniles à une époque donnée, un signal de la crise du système social, en même temps que la mise en place d'un dispositif de secours par les groupes familiaux qui perdent leur identité (dispositif inconnu bien entendu du système familial lui-même puisque situé à un autre niveau organisationnel que celui de ses échanges habituels).

3. *Les séances*

Toujours avec la participation du patient, elles sont parties intégrantes de la thérapeutique et des moyens d'accueil et de maintenance à disposition du vieillard.

L'équipe soignante, comme les médecins, n'ont aucun mal à dire à la famille que nous ne pouvons rien faire sans elle. L'expérience nous a trop souvent montré ces «syndromes de glissement» que le contact familial permettait de rattraper en dernière minute, ou ces agitations folles par lesquelles la personne

âgée s'épuisait en cherchant obstinément à fuir tant que ce travail relationnel n'était pas mis en place.

Nous demandons maintenant cet engagement à l'entrée comme condition de l'acceptation du traitement; associé aux formalités du Placement Volontaire, lequel lie la famille dans le contexte légal et social, en même temps qu'il authentifie l'incapacité du patient, seule justification de son maintien en milieu spécialisé. Cette reconnaissance du contexte social et de la Loi, et le recours au langage cohérent avec ce contexte, sont pour nous systémiques par esprit, et nécessairement thérapeutiques, en tant qu'éclaircissement de la communication.

Ces séances ont été pour nous un enseignement précieux. Elles nous renvoyaient d'abord à notre propre conviction d'être, ou non, thérapeutes. Et cela aussi est une bonne formation pour tout autre situation psychothérapique plus ou moins formelle. Nous y avons mesuré et visionné, après coup, les pièges que nous tend notre propre langage non verbal chaque fois qu'il suscite dans le groupe familial les résistances qui justifieront notre abandon d'une action «décidément trop difficile, voire impossible».

C'est la vertu de l'observation qui prime l'interprétation commode, que de nous avoir montré combien l'observateur est acteur, et combien les comportements du thérapeute et du groupe familial fonctionnent en miroir. L'assertivité dans ces situations ne peut s'apprendre en dehors d'un patient travail en jeux de rôles, et sous supervision. C'est une éducation de l'appareil perceptif et émetteur du thérapeute (11).

Les premières séances se déroulent généralement bien. Chacun a souci de se montrer sous son meilleur jour. Et l'idée que le patient pourrait ne pas être gardé, suffit à museler bien des agressivités. Sans que nous puissions faire encore la part de notre induction dans ce phénomène, il semble que ce soient les familles qui se sont montrées (12) les plus coopérantes à la première séance, qui se révélèrent ensuite les plus réticentes, les plus homéostatiques. Et puis, le thérapeute doit se découvrir et proposer des objectifs. Il doit faire naître une demande. Or, on ne peut demander ce qu'on n'imagine pas possible. Surtout lorsqu'il y a de bonnes raisons pour que le changement du patient soit proprement inimaginable. C'est alors un dialogue de sourds qui s'établit, le changement selon les uns ne coïncident pas avec le changement que les autres ont en tête.

Pourtant, le travail de cette séance n'est pas foncièrement différent de celui d'affiliation et de circularisation de l'information, qui caractérise les premières séances d'une thérapie familiale classique. Il s'avère cependant difficile de passer du mécanisme de désignation (par lequel tout le monde parle du patient et de sa maladie) ou de celui d'identification (par lequel il revendique son état en se montrant confus, inadapté), à la circularisation dans laquelle tous participent à une conversation générale où le patient retrouve un rôle indépendant de sa pathologie.

Alors se révèle l'histoire de la famille, récente et passée. Alors apparaissent les crises, les étapes, les redondances, les coïncidences, en même temps que

transparaît un « style » familial, des règles implicites de fonctionnement, une éthique propre. Et l'intérêt naît pour cette famille originale, pour le caractère inattendu de ses solutions face aux drames de la vie et de l'histoire, pour ses croyances, ses modèles.

Une forme apparaît, révélant des dysfonctionnements jusque là équilibrés, soit pour l'ensemble du groupe familial, soit pour la patient dans son couple. Et des hypothèses peuvent être formulées en équipe (non communiquées à la famille) sur le rôle possible du symptôme Démence. Quelques formes type nous ont semblé se reproduire avec une certaine fréquence, forçant l'idée d'une typologie. Nous y reviendrons plus loin. Mais il faut rappeler que la souplesse et la créativité que se doit d'induire le thérapeute dans le système auquel il participe, ne peuvent se développer qu'à condition de n'être pas lui-même rigidifié dans des modèles fixes, n'être pas rendu aveugle et sourd au processus qu'il anime, par la recherche obscurcie de cadres, de moules, dans lesquels aucune famille ne se fonde jamais complètement.

Nous avons déjà décrit quelques-unes des stratégies systémiques auxquelles familles et patients semblent recourir lorsque le changement effectif du système familial se fait difficilement (3) : provocations, triangulations, rigidification des loyautés, identification du patient. On ne manquera pas d'y ajouter, bien entendu, les équivalences mort-naissance, aspect lourd de conséquences du respect de loyautés parfois tyranniques, et dont certains (13) traitent surtout sous l'aspect filiation. Nous ne citerons ici que quelques typologies qui ouvrent sur des hypothèses en matière de prévention et d'élaboration des règles de fonctionnement des systèmes familiaux.

La vieille dame indigne : suivant le stade de démentielisation auquel nous parvenons certaines femmes âgées, il est plus ou moins évident que la confusion des ressources a permis « d'éviter » qu'elles ne fassent un mauvais usage du patrimoine ou de la retraite du mari. C'est par une évaluation très concrète, en séance, des moyens d'existence et le recours éventuel à une procédure de mise sous tutelle, qu'apparaissent ces situations peu claires. Elles se sont souvent structurées au jour le jour, amalgamant d'excellentes intentions avec des préjugés inadaptes, un souci oblatif de protection avec le sentiment persécutoire d'être « les seuls à s'en occuper un peu, tandis que les autres sont au loin », ouvrant pour longtemps un compte débiteur.

L'impossibilité de répondre à un tel double lien (14) :

— Sois libre et heureuse, nous nous occupons de toi,
— nous prenons ton argent, mais c'est pour te protéger,
— je sais bien que j'ai besoin de vous, vous êtes mon but dans l'existence et l'indice de ma réussite en tant que parent » nous paraît pouvoir rendre compte de l'installation de certaines réponses transactionnelles de type démentiel. Mais cela pose bien entendu la question de la vie du 3^e ou du 4^e âge après le décès du conjoint. L'allongement souvent cité de l'espérance de vie ne s'accompagne pas partout d'un code moral qui tienne compte des possibilités d'autonomie qu'offre le progrès social et technique. Et le remaniement du style relation-

nel par lequel une femme âgée manifeste ses potentialités créatrices, ses qualités adaptatives, est souvent dévalorisé, incompris, et mis sur le compte de la folie.

Le sens de cette folie, pour être aigu et également partagé, varie évidemment suivant sa fonction dans la tranche d'âge vécue. Lorsque le lien conjugal — support de la participation de l'individu à la propagation de la famille, voire de l'espèce — se rompt « normalement », le contrat ayant été honoré, il peut être difficile à l'entourage de comprendre le désir d'autonomie de l'ancêtre, son refus d'accomplir tout de suite son destin de chef de file. On peut admettre que, sous couverts de sentiments filiaux, se manifeste la force homéostatique du système familial menacé par cette hémorragie inattendue, contraire aux règles communes du fonctionnement pyramidal qui exigent que le chef reste au sommet, même s'il ne commande plus.

Comme cette mise sous vitrine de l'effigie familiale la momifie et ajoute à la désafférenciation sociale de cet âge, on peut y voir l'une des nombreuses voies conduisant au nouvel équilibre transactionnel de type démentiel.

Le sultan destitué

Le traumatisme de la retraite chez l'homme actif ne suffit pas à expliquer certaines déchéances brutales. Nombre d'entrepreneurs, chefs d'industrie, restaurateurs dont l'effondrement s'est rapidement constitué, se sont présentés à nous dans un tableau semblable : souvent d'évolution rapide et grave, témoin d'un dialogue, là encore, bloqué. Il s'agit régulièrement d'hommes actifs, créatifs et entreprenants, aux vies sexuelles parallèles souvent connues de tous. Ce bel équilibre se modifie soudain sous l'effet de l'âge. Ce défi permanent, ce porte-à-faux toujours rattrapé de justesse, ne tiennent plus et un cycle de réarrangements familiaux, professionnels, sociaux, se met en marche dans une spirale aggravante.

Celui-ci qui avait installé femme et maîtresse dans deux appartements en vis-à-vis se voit soudain sommé de choisir. Le cycle de vie de l'épouse nécessite lui aussi un réaménagement, et aucune négociation n'est envisageable. Celui-là qui avait apparemment maintenu le secret sur sa double vie, se recoupe et l'épouse demande le divorce. Et chaque fois apparaît, après coup, la fragilité de l'équilibre antérieur dissimulé par le déni du risque.

Chaque fois, le désaccord paraît entraîner le patient dans une décision de mort irrévocable. Entre temps, la symptomatologie démentielle permet de disqualifier des désirs, des projets de vie incompatibles. Elle permet encore à chacun des partenaires d'éviter l'effort de compréhension, de création d'une solution que le système social lui-même n'a pas encore envisagée ni codifiée.

Que l'aspect génital de ces problèmes soit alors au premier plan ne signifie pas pour nous qu'il constitue une cause. Tant le choix professionnel et la façon de le vivre, que le choix des conjoints et la façon de mener une vie de couple, nous paraissent liés. C'est une forme d'équilibre, un type de contrat propre à

chaque couple qui est rendu caduque dans une « dernière ligne droite » que l'un aborde toujours avant l'autre. Et dans ces situations, cette forme d'immaturité par laquelle l'homme ne peut rejoindre en une seule partenaire la mère et la mère, convient parfaitement aux partenaires féminines qui l'entretiennent. L'attaque directe et causaliste de phénomènes interactifs ainsi bouclés produirait des emballements, un déséquilibre croissant, un dérèglement à feed-back positif, si l'on ne prenait pas connaissance avec prudence des cycles d'interactions répétitifs caractéristiques de ce groupe humain particulier.

« Pouce, je suis malade ! »

Mme D. est une petite femme discrète, active. En Algérie, dans son milieu juif, elle a travaillé dur pour permettre à ses fils d'avoir un métier. Les filles suivent un peu la même loi. Et tout l'intérêt du travail familial systémique face au clan sera d'entendre les gendres et belles-filles. Tous sont sidérés par l'air malin, le sourire de celle qui — jusque là — était si sérieuse. Ne diront-ils pas en écho à certaines interventions provocatrices qu'ils ne lui connaissent « aucune vie intérieure ». On ne peut se dégarer de l'impression que ces yeux plissés disent : « Je vous ai joué un bon tour ! » Et de fait, tous les enfants sont très proches malgré leur désir avoué de voyages. L'un est revenu d'Israël. Maman a payé le voyage. L'autre n'a pu partir aux Antilles où ses amis ont réussi dans le commerce qu'il voulait développer. Comme elle ne peut vivre chez le fils préféré, le symptôme démence qui disqualifie tout échange tombe à pic. Il est logique que tous soient regrouvés, la maladie le justifie et efface en grande partie les regrets. Quant aux cas pour lesquels des diagnostics léionnels précis ont pu être portés (défectologie des services de neurologie universitaire, Pick + sclérose latérale amyotrophique, atrophie corticale avec troubles sphinctériens, etc...), l'étude montre toujours une conjonction particulière à l'éclosion des troubles, un fonctionnement interactionnel antérieur équilibré sur un mode impossible à maintenir ; et surtout, de sensibles modifications du comportement, du niveau de conscience en fonction des thèmes abordés en séance, des patterns mis à jour entre les partenaires.

De toutes manières, nous serions tentés de dire que plus la lésion vient signer le diagnostic, plus se justifie la position systémique éminemment thérapeutique quelle que soit l'importance de la lésion — et l'on sait que trop l'absence de tout parallélisme anatomo-clinique rigoureux — plus l'intérêt épistémologique de la réflexion systémique se révèle là. Car la croyance aveugle dans la valeur du diagnostic correspond en fait à une réification de celui-ci.

Le diagnostic n'est en fait que le résultat d'une opération logique. Il répond au besoin de généralisation de l'homme de science, le conduisant à de rapides mises en facteur au sens mathématique du terme. Or, dans le domaine relationnel incluant le thérapeute (qui se croit observateur), se jouent des figures de communication dans lesquelles ce que nous convenons de considérer comme déficitaire ou pathologique, comporte toujours une part de création, une part

d'imitation. Il n'est pas seulement le langage direct de la lésion, comme une voix bionale accuse le nerf récurrent.

Bien plus encore, en opposition avec les conceptions linéaires et géométriques des processus physiologiques, la réflexion systémique conduit à une reconsideration du temps. Non plus vectoriel mais circulaire. En effet, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, l'hémorragie, l'occlusion ne peuvent être de simples repères temporels. Vus sous l'angle du signal adressé à l'entourage et perçu par lui, ils acquièrent une fonction et peuvent alors faire partie d'une stratégie. Et le patient n'a rien à perdre qu'on révise à cette lumière, la stratégie familiale pour en faire percevoir directement la faille ou en perturber le cours répétitif, dépourvu de toute souplesse adaptative.

On le voit, la perception différente que requiert l'optique systémique est en relation avec une révision complète des notions utilisées dans le raisonnement médical. Révision d'un haut niveau d'exigence sur le plan de la logique. D'où le flirt fréquent des systémiciens avec les paradoxes, confusions de niveaux logiques.

Dans la mesure où nous voulons bien chercher dans les concepts élaborés par notre époque les moyens de reconsidérer une difficulté relationnelle, il semble que le champ des possibles soit beaucoup plus ouvert qu'on ne le craignait. Nous avons donc formé l'hypothèse du rôle communicationnel du symptôme Démence, de sa fonction dans le système familial à une phase marquée par l'âge du patient ainsi identifié, lui-même marqueur de temps pour son groupe. Nous avons vu tout l'intérêt dynamique qu'il y avait à envisager le sens des phénomènes par rapport à la continuité du cycle familial, enchaînement et intersection des cycles vitaux de ses membres, plutôt que comme entité auto-suffisante localisant tout l'intérêt de l'observateur pour la méthode « in vitro ». La connotation positive, recherche des aspects positifs et manifestation d'une attitude exempte de jugement péjoratif, outre qu'elle favorise la relation immédiate et la logique longitudinale de l'action systémique (4) constitue un élément structurant du processus de la prophète auto-vérificatrice (15).

Sur ces principes généraux, l'action concrète avec le système familial consiste donc à recadrer la phase finale de l'existence et la forme particulière qu'elle prend dans cette famille, la connoter positivement, et lui donner éventuellement un sens.

Le recadrage, s'il se localise sur le patient identifié, banalise la mort comme un événement normal, une étape à restituer dans l'évolution de la famille. Et le thérapeute montre à cette occasion que la mort comme passage doit être envisagée et qu'on peut en parler. Il est d'ailleurs, en règle générale, aidé par le patient lui-même lorsque celui-ci a conservé des possibilités de langage suffisantes. Le patient se comporte alors en véritable co-thérapeute et apporte beaucoup à sa famille.

Lorsque le recadrage se concentre sur la famille elle-même, il permet de percevoir rapidement combien chaque membre de la famille interiorise un vécu

douloureux et différent de l'un à l'autre quant à ce que le patient expérimente. Rapport direct au patient, reviviscence de l'angoisse de mort de chacun, que la communication soit directe ou par résonance, le thérapeute pourra l'utiliser comme moyen relationnel. Il peut même être conduit à redéfinir la situation en centrant l'intérêt thérapeutique sur un autre membre de la famille, sur d'autres crises en cours.

Connoter positivement les rôles passe par celui de rassembleur, de révélateur du blason familial pour le patient, de serviteur chez tel ou tel enfant dont le dévouement est parfois perçu de façon culpabilisante par les autres, etc...

Donner un sens à l'événement implique de tenir compte avant tout des croyances et des convictions de la famille. C'est aussi souvent l'occasion d'établir des rapports transgénérationnels, et de confirmer la découverte de conflits ou de tensions en d'autres points du réseau familial, conflits que la situation créée par l'ancêtre peut aider à résoudre.

On ne peut donner ici toutes les règles de l'action thérapeutique telles qu'elles nous ont semblé se dégager, à la fois semblables et originales pour chaque famille. Techniques, tactiques ou stratégies peuvent être utilisées chaque fois à des niveaux différents, nous préférons terminer par une réflexion systématique sur nos hypothèses. Celles-ci sont de deux ordres: les unes, qui conduisent à des typologies, donnent un sens actuel, anecdotique, au symptôme démente dans une famille ou un groupe de familles donné. Elles sont fonctionnelles. Les autres posent une question plus générale d'ordre étiologique.

- Les premières donnent, au symptôme démente, un sens pour la famille, sens qui, en vertu du principe de la connotation positive, doit toujours avoir une signification plutôt oblique pour le patient (qui est toujours présent dans la séance). Il ne s'agit de rien d'autre, dans cette démarche, que du travail de mise en hypothèses relationnelles, de redéfinition du symptôme lui-même, de la relation du patient au groupe familial, tâche propre à toutes les premières séances de travail systémique. Leur aspect pittoresque est un élément du joing avec la famille. Il n'a rien à voir avec la vérité scientifique qui n'a pas de sens ici. Que l'histoire colle à la famille et gagne ainsi une vérité fonctionnelle est seul important. Nous ne prétendons donc pas, par cet exposé, affirmer des vérités, mais bien plutôt proposer des modes d'abord qui doivent être ensuite vécus avec chaque famille. D'ailleurs, lorsqu'il s'agit réellement des phases terminales de la vie, le thérapeute s'efface parfois en induisant une réunion familiale intime qui aura trouvé ses moyens d'échange, par analogie avec le thérapeute vu à l'œuvre dans les séances précédentes. Après la mort, lorsque des groupes ont pu être convoqués, l'efficacité et l'utilité des hypothèses de fonctionnement peuvent être évaluées. Et l'on s'aperçoit que si l'hypothèse a bien été le reflet des éléments apportés par la famille elle-même, celle-ci l'intègre d'autant plus évidemment, mais surtout elle apporte en retour une information précieuse au thérapeute sur son propre travail, la façon dont la famille se réorganise, dont certaines lignes de communication se rétablissent.

- Les hypothèses sur le sens du symptôme Démente en terme de communication ont besoin de bases statistiques plus larges que les nôtres pour être valablement examinées. Elles sont de deux ordres:

- le symptôme Démente serait la qualité émergente d'une transaction en forme de double-lien propre à l'âge où les moyens physiques, hiérarchiques, sociaux, financiers, entraieraient en dysharmonie avec les désirs et besoins jusque là satisfaits. On retrouve là certains des éléments historiques de fonctionnement des systèmes à transactions de types schizophréniques;

- le symptôme Démente, mort mentale apparente coexistant avec la vie physique, se conformerait aux règles de fonctionnement d'un système incapable de passer du stade à n personne à celui à $n-1$, contraignant l'élément charnière à sa pérennisation dans un rôle, bloquant ainsi certains sous-systèmes (relations aïeule-fille, fixation de certains conflits) aussi bien qu'inversement, l'aïeule peut se trouver « empêchée de disparaître » du fait d'une fonction dont certains sous-systèmes ne sont pas en état de se dispenser. Cas des couples dont la vie conjugale n'a plus de sens que dans le dévouement à l'aïeule, jusqu'à la mort même (16).

Tel est le point actuel d'une recherche active portant sur 60 groupes familiaux diis « à transaction démentielle » — le taux des résultats nous en paraît encourageant. Mais surtout, il nous permet de vérifier une caractéristique du travail systémique: sa réponse à la fois a-spécifique et non généralisante, donc respectueuse de l'individu.

RÉSUMÉ

Après description des malentendus résultant de la non-demande initiale de la famille du dément hospitalisé, ainsi que des triangulations en cours d'hospitalisation, présentation du travail en séance avec les familles en présence du viellard démentifié.

CONTRIBUTION OF SYSTEMIC PERSPECTIVE TO THE CARES OF LAST TIMES OF LIFE

SUMMARY

After description of mis understanding resultant of the non initial asking from the family of the demented hospitalised so as the triangulations during the hospitalisation, presentation from the work in conformed with the family in front of the aged demented.

1. SELVINI, M.: «Contexte et métacontexte dans la psychotérapie de la famille», *Thérapie Familiale*, Genève, 1981, vol. 2, n° 1, pp. 19-27.
2. WATZLAWICK et coll.: *Une logique de la communication*, Le Seuil, Paris, 1974.
3. COLAS, Y.: «L'approche systémique des démences», *Thérapie Familiale*, Genève, 1984, vol. 2, n° 1, pp. 23-38.
4. MAISONDIEU, J. et coll.: «La démence existe-t-elle?», in *Psychiatrie française*, 13^e année, n° 5, XII, 1982, pp. 35-45.
5. SELVIN et coll.: *Paradoxe et contreparadoxe*, E.S.F., Paris, 1978, pp. 54-64.
6. DURAND, D.: «La systémique», *Que sais-je?*, n° 1795, P.U.F., 1979.
7. ANDOLFI, M.: *La thérapie avec la famille*, E.S.F., Paris, 1982.
8. NICOLO, A.: *Séminaire ALTF*, Centre Bateson, Lyon, 1982 (inédit).
9. AUSLOOS, G.: *Secret de familles in changements systémiques en thérapie familiale*, E.S.F., Paris, 1980.
10. BOWEN, M.: *Family reactions to death in Ph. Guérin Family Therapy*, Gardner, New York, 1976, pp. 335-345.
11. MUCCHIELLI, R.: *Introduction de la psychologie structurale*, Derart, Bruxelles, 1972 (3^e édition).
12. SELVINI, M.: *Op. cit.* (1^{re} éd., p. 31).
13. GUYOTAT, J.: *Mort, naissance, filiation*, Masson, Paris, 1980.
14. BENOÎT, J.-Cl.: *Les double-liens*, P.U.F., Paris, 1981.
15. DUPUY, J.P.: *Ordres et désordres*, Le Seuil, Paris, 1982.
16. RATNA, L. et DAVIS, J.: *Family Therapy with the elderly mentally ill*, *British Journal of psychiatry*, 1984, 145, 311-316.

Mots-clés
Démence
Famille
Système

Key-words
Dementia
Family
System

LES « PHOBIES » SCOLAIRES

P. J. FONTAINE*

Je mets le terme « phobie » entre guillemets parce que beaucoup d'auteurs sont actuellement d'accord pour dire que souvent il ne s'agit pas d'une vraie névrose phobique, mais d'une « pseudophobie » (Bowby, 1978, 340).

Le scolaire n'est en effet souvent pas un vrai objet phobique sur lequel l'angoisse se fixerait par déplacement. Il y a souvent plus une peur de quitter la mère, ou la maison, donc une « anxiété de séparation accompagnée de refus scolaire », une peur de quitter le nid pour un lieu prévu par la société.

Dès les premières publications (1932, 1941), les relations familiales qui forment ce nid ont attiré l'attention: relation à la mère, ensuite aussi au père, puis constellation plus large triangulaire sont les étapes de l'évolution assez proches de celle de la thérapie familiale.

Celle-ci a peu publié concernant le refus scolaire autour duquel on sent la famille en mouvement. Est-ce parce que toutes les orientations (psychanalytique, comportementale, ...) acceptent assez bien l'influence de la famille et travaillent avec elle, de façon différente, mais avec bon succès et que ce domaine ne permet pas de position de pointe sur la pathogénèse ou en thérapie?

Nous avons préféré présenter un sujet courant et facilement accessible à chacun quelque soit l'orientation dont il sort.

Nous nous limiterons à quelques points, d'abord concernant la compréhension du symptôme, ensuite des points d'approche thérapeutique.

COMPRÉHENSION DU SYMPTÔME

Le mouvement centripète, vers le nid

Certains cas présentent un *rétrécissement rapide de l'horizon* en un mouvement centripète, par ex. refus d'aller à la leçon de religion, refus d'aller à l'école, refus de sortir de la maison, refus de laisser sortir la mère, de la quitter des yeux de sorte que la mère prend l'enfant avec elle à la toilette.

* Professeur de Pédiopsychiatrie à l'Université Catholique de Louvain, Belgique, Faculté de Psychologie, 20, Voie du Roman-Pays, B-1348 Louvain-La-Neuve et Centre de Guidance, 30/49, Clos Chapelle-aux-Champs, B-1200 Bruxelles.

Quand on compare la *phobie scolaire* et l'*école buissonnière* ou la fugue, deux formes extrêmes d'absence scolaire, on peut les opposer comme tendance névrotique et délinquante, mais aussi comme centripète et centrifuge.

Dans sa relation à l'école, le phobique «s'attache», il aime en fait l'école, travaille bien et est préoccupé de son travail, est dépendant du maître: «Que dira-t-il, parce que je n'ai pas été en classe?» Il a des amis. Le fugueur n'aime pas l'école à laquelle il ne s'est jamais bien adapté, travaille mal et s'intéresse peu à son travail, est peu discipliné, est marginal.

Dans sa relation à la famille, le phobique reste à la maison, ses parents sont au courant de ses absences, le surprotègent. Il n'y a pas eu de longues séparations dans le passé. La famille est complète, le milieu aisé. Le fugueur ne fuit pas à la maison, ses parents ignorent ou se désintéressent de ses absences. Il est souvent rejeté. Souvent, père et mère ont été ou sont absents pendant de longues périodes, ou l'enfant a été placé. Milieu défavorisé.

Le changement comme déclencheur

Changements scolaires. — Il y a plus de phobies après les vacances, en début de trimestre, après maladie, plus le lundi, après le week-end. Il y en a plus lors de changement d'école, de la campagne à la ville, de la petite école à la grande, du primaire au secondaire, lors de changement d'exigences scolaires. Lors de *changements familiaux*: fiançailles (préluant le départ d'enfants avec remaniement de vie pour les parents), la mort d'un grand-parent (avec dépression masquée d'un parent et la peur chez l'enfant que le parent meure), la puberté du jeune, l'accouchement de la mère, un déménagement souvent accompagné d'une accumulation de changements).

L'indifférenciation

Indifférenciations somatique, psychique, microsociale. Il y a l'expression somatique de l'anxiété psychique: perte d'appétit, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, etc..., ou, plus difficiles, les douleurs articulaires «alleguées» qui mobilisent à la maison.

Je dirais aussi bien «soi-disant», et là nous entrons dans tout le jeu relationnel: les parents mettent-ils en doute la soi-disant maladie, acceptent-ils les causes émotionnelles ou les suggèrent-ils: «Tu n'es pas bien?» Là on entre dans l'indifférenciation du self des personnes: «Qui a mal? Qui a peur?» «On a peine à désigner qui est le patient» (B. Cramer, 1974).

La difficulté de régler proximité-distance

Cette difficulté a aussi été nommée ambivalence. Elle ne se voit pas immédiatement en général.

Ainsi, entre mère et enfant, on peut trouver une alternance entre une proximité exagérée, par ex. le bain d'un garçon pubère en présence de sa mère «sinon il mouille toute la salle de bain, même le plafond (ce qui est vrai). Je dois contrôler s'il se lave partout. Quand on est ensemble, il me confie ses pensées sur la sexualité, etc... et c'est important de ne pas couper le contact avec les adolescents», et, chez la mère, à d'autres moments, une froidure, une distance ou une agressivité due au lien: «Ce sera lui ou moi. Mon père, qui est médecin, m'a toujours dit: si on doit choisir entre la mère et l'enfant, il faut choisir la mère: le capital et non l'intérêt.»

Entre époux, on retrouve ce thème de proximité-distance: lors de leur mariage, elle a été séduite par sa proximité et chaleur, lui par son aspect indépendant, mais... La suite de mécanismes identiques a été décrite par E. Dessoy (1983).

A la génération d'au-dessus, on peut retrouver le même phénomène. Classiquement, on le décrit dans la relation de la mère à sa mère: la mère, à cause de besoins inassouvis, reste dépendante de sa mère et en révolte contre elle. Il peut aussi bien s'agir d'une relation du père à sa mère. Un mécanisme s'installe dès la naissance. Quand le bébé crie, la mère revit ses propres besoins inassouvis. Elle ne peut juger du raisonnable de la demande. D'une part, elle a envie de la satisfaire, d'être la bonne mère qu'elle accuse: elle a peur que son enfant l'accuse plus tard, à son tour. D'autre part, elle a peur de le satisfaire, car elle le croit insatiable, comme elle l'est. La conséquence est qu'elle désire éviter ces cris qui la coïncident, elle surprotège l'enfant, et l'enfant n'apprend pas à supporter tension et frustration, a besoin d'être toujours rassuré par l'extérieur. Ceci peut provoquer un besoin de puissance magique, de contrôler et tyranniser les parents, ou bien simplement de mal supporter de ne pas rester première de classe.

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Traitement symptomatique et/ou systémique

- Risque de retarder le retour à l'école
- L'absence rend le retour difficile. On perd:
 - l'habitude, le sentiment du devoir;
 - de la matière scolaire et c'est plus difficile quand on rentre;
 - des amies et elles posent des questions sur l'absence;
 - le contact avec la réalité confrontante.

Rester à la maison aggrave la phobie. Il y a trop d'émotions. La proximité accentue la relation ambivalente avec la mère. C'est trop subjectif, les parents préservent l'omnipotence magique factice.

— Risques d'un retour rapide

Les parents arrêtent la thérapie et le dysfonctionnement familial reste inchangé. Au moment de la crise, les parents sont prêts à envisager de changer quelque chose. Ils cherchent parfois une figure parentale: un juge, un guérisseur omnipotent. Mais on peut les aider à résoudre cette dépendance.

Solution: travailler intensivement et souvent, au début, plusieurs fois par semaine, en ayant des contacts en consultation ou par téléphone, avec des attachements forts. Il faut d'abord établir de bonnes relations, puis mener de front symptôme et ensemble plus large: école et famille.

Etablir des relations avec le réseau

- avec *l'enfant*, pour qui c'est un lien extérieur à la famille;
- avec les *deux parents*, sinon on peut être triangulé dans la dissension entre les deux parents. Eventuellement avec les grands-parents si on les sent actifs dans le système;
- demander aux parents la permission de contacter l'école et le médecin traitant;
- avec *l'école*: demander et écouter son avis, proposer un plan qui en tient compte, demander sa collaboration;
- avec le *médecin traitant*, pour le traitement d'aspect somatique, pour le traitement anxiolytique qu'il a souvent prescrit, pour s'entendre sur les certificats pour l'école.

Retour scolaire

Le *discuter avec l'enfant*, ce qui favorise son autonomie. Ne pas exercer des pressions, mais s'intéresser à son vécu et le confronter. «De quoi as-tu le plus peur? ... le moins? Que penses-tu pouvoir faire? Tu te sens assez fort pour ça?» Proposer moins: le jeune a tendance à se surévaluer.

Eventuellement travailler par *étapes progressives*: rester à la maison mais exécuter un travail non scolaire; faire un travail scolaire; recevoir la visite d'un enseignant, une visite d'amie(e); aller voir l'institutrice à l'école après la classe, etc...

A chaque étape, *prévoir les difficultés*: qui mènera l'enfant en classe, jusqu'où l'accompagnera-t-on, comment se séparera-t-on. Jouer les difficultés en jeu de rôle.

Une fois rentré à l'école, *éviter «d'émotionnaliser» le milieu scolaire*. Les parents disent «l'instituteur n'est pas gentil avec lui». On peut répondre: «Ils ne sont pas comme les parents. Les instituteurs sont comme ça.» Éviter que les

parents tâchent d'arranger tout magiquement en téléphonant en cachette, et que l'enfant reste tout puissant.

Entretiens familiaux et individuels

Ecouter et ainsi relever le fonctionnement présent des triades. «Quand papa est plus sévère avec elle, maman...» Ecouter le passé des parents: à l'âge de l'enfant «pouvez-vous vous retrouver en elle?».

Comprendre la dynamique familiale mais aussi être compréhensif envers elle, par ex. le sentiment d'agressivité et d'impuissance des parents et en faire quelque chose.

Agir. Reformuler positivement. Par ex. si le père est marginal par rapport à l'enfant, voir l'enfant comme n'osant pas demander au père et voir s'ils peuvent marcher l'un vers l'autre.

Remettre les sentiments dans chacun, par ex. dire à l'enfant «Ta maman a expliqué qu'elle a peur de vous quitter après ce qui s'est passé lors de sa maladie, et toi, as-tu peur quand elle te quitte?».

Buts recherchés: permettre une individuation-séparation. Aider le jeune à se négocier un territoire et les parents à dire non à certaines exigences ou habitudes de l'enfant à leur égard. Cela prend un temps de choisir le problème symptomatique et un temps de se décider à dire non. Après quoi les choses bougent parfois très vite.

Autres buts: favoriser un meilleur réglage de la proximité et distance, un lien moins ambivalent. Plus de contact avec la réalité: si l'adolescent ne parvient plus à retourner en classe, tâchons qu'il reste confronté à la réalité grâce à du travail, par ex. travail de ferme, soin d'un cheval.

CAS

Des cas ont été présentés. Un cas classique, facile, avec fillette de 8 ans et ses parents, et un cas plus complexe de la famille d'un jeune adolescent phobico-obsessionnel de 13 ans demandant un travail de 9 mois.

RÉSUMÉ

L'article traite des «phobies» scolaires ou mieux «anxiétés de séparation avec refus scolaire».

Dans la compréhension du symptôme, les points suivants sont abordés: le mouvement centripète vers le nid, le changement comme déclencheur, l'indiffé-

Une utilisation du *psychodrame en thérapie familiale* consiste à proposer aux membres de la famille, non seulement d'être (comme d'habitude) en situation entre eux et, avec nous, thérapeutes, mais de nous «montrer» comment ils sont «ailleurs» et «avant», «sans nous», et «entre eux», en se remettant, ici et maintenant en *situation banale* (repas en famille, coucher, départ à l'école...) ou *situation particulière à problème* (situation de crise passée, actuelle ou prévue dans l'avenir).

Nous utiliserons alors 3 ou 4 techniques importantes pour décoinçer la situation, et permettre un autre regard sur celle-ci, et un autre recadrage. Par exemple le *renversement de rôles* (entre par exemple la mère et la fille, ou entre la mère et sa propre belle-mère) permet au sujet à la fois de découvrir à la place de l'autre que l'autre peut avoir raison de son point de vue, à lui (ou à elle), et de se voir de l'extérieur, comme s'il se voyait dans un *miroir social*, joué par un autre.

Par exemple, la *projection dans le futur* permet de voir le problème résolu, et son importance relative, voire dépassée, ou totalement recadrée ou autre.

On attribue à Moreno la phrase: «Pour bien conduire une voiture sans accident, on ne peut pas se contenter de regarder dans le rétroviseur, il faut aussi regarder la route, l'horizon au loin, devant soi, derrière et à côté, là où on est.»

Cette comparaison serait, pour J.L. Moreno, une des différences entre la psychanalyse (en grande partie centrée sur les traumatismes passés) et le psychodrame, qui navigue dans les trois temps du présent, du passé et de l'avenir, et dans les trois situations individuelles, familiales réelles, et familiales phantasmées et projetées dans l'avenir, dans un jeu relationnel qui joue avec l'espace, le temps, le corps et les interactions, — le réel, le symbolique, l'imaginaire et le rêve.

On utilise fréquemment aussi en séance de psychodrame, jeu de rôle, thérapie familiale et thérapie adjuvante de maladies graves, l'éclaircissement du jeu familial et relationnel, par la mise en évidence de *l'atôme social*, description (dessinée et commentée au tableau) du «monde personnel» du sujet, avec ceux (et ce) à qui il est attaché (positivement et négativement) et qui existent pour lui (qu'ils soient vivants ou morts, géographiquement proches ou lointains) de son *réseau sociométrique* (son réseau de liens affectifs et socio-professionnels) et de son *généalogie*. Le *généogramme* est un arbre généalogique familial, comportant non seulement les données généalogiques, avec les prénoms (tous), les membres de la famille (nés, morts, morts-nés, fausses-couches), les dates de naissance, de mort, les maladies (et leurs dates), mais aussi les professions, les lieux de vie, et les liens sociométriques affectifs (choix, rejets, fuite, départs au loin — et qui habite avec qui — qui a élevé qui...), permettant de mettre en évidence les répétitions, les structures transgénérationnelles, les «fantômes» et parfois de couper des «loyautés invisibles» nocives et de stopper quelques maladies terminales (cancer en particulier).

Le psychodrame, avec ses multiples techniques, se trouve, depuis 1920, et surtout depuis 1950, à l'origine de très nombreuses thérapies — de la psychothé-

rapie de groupe aux thérapies familiales, en passant par la plupart des «nouvelles thérapies» psycho-bio-corporelle. Il serait peut être temps, alors qu'on va bientôt fêter le centenaire de la naissance de Moreno, de «revenir aux sources», et de puiser largement dans la richesse de son apport.

RÉSUMÉ

Relations et description de l'utilisation conjointe du psychodrame, du jeu de rôle en thérapie familiale.

PSYCHODRAMA, ROLE PLAYING, FAMILY THERAPY

SUMMARY

Relations and description of the conjointed utilisation of psycho-drama, of the play role in family therapy.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, Anne (1980): *Le Jeu de rôle*, Paris, E.S.F.
- LEUTZ, Grete (1985): *Faire du psychodrame*, Paris, EPL. Avec préface du Prof. J. Anzieu et post-face historique du Prof. A. Schützenberger.
- SALOMÉ, Jacques (1984): *Les Mémoires de l'oubli*, Plombières-les-Dijon, Le Regard Fertile.
- SATIR, Virginia (1975): *Thérapie du couple et de la famille*, Paris, EPL. Rééd. rev. 1984, avec Préface historique du Prof. Pierre Fontaine.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. et SPARK, G. (1973): *Invisible loyalties*, New York, Harper & Row.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, Anne (1984): *L'Enfant de remplacement*, résumé in Actes du Congrès de thanatologie, Paris, 1983.

Mots-clés
Jeu de rôle
Psychodrame
Thérapie familiale

Key-words
Role playing
Psychodrama
Family therapy

VERS UN FONCTIONNEMENT SYSTÉMIQUE DE L'INSTITUTION

Guy AUSLOOS *

Pendant les années 70, un vent de remise en question a soufflé sur la majorité des institutions, qu'elles soient psychiatriques ou éducatives. Des travaux comme ceux de Maxwell Jones, Laing et Cooper, Basaglia, Jarvis, Gennis, Oury, Mannoni, Bettelheim, Hochmann, pour ne citer que les plus connus, ont amené les équipes institutionnelles à s'interroger sur l'importance de la hiérarchie, sur la gestion du pouvoir dans les rapports soignants-soignés ou éducateurs-éduqués, sur les dangers et la violence de l'institutionnalisation.

Avec le recul, on est forcé de constater que, si l'on excepte quelques modèles de communautés thérapeutiques et l'expérience italienne de désinstitutionnalisation, le résultat de ces tentatives d'analyses institutionnelles, pourtant fort généreuses, apparaît maigre. Les causes sont certainement multiples: manque de préparation des équipes, limites d'une analyse centrée trop exclusivement sur la notion de pouvoir, résistance et désécuration de patients à qui on proposait trop souvent un message paradoxal du type «libérez-vous de nos contraintes», lourdeur des structures institutionnelles, opposition plus ou moins déclarée des autorités en place, etc...

A ce désenchantement s'ajoutent actuellement des difficultés économiques: les exigences de rentabilité se superposent de plus en plus souvent aux aspirations éducatives ou thérapeutiques. Triomphe des comptables combiné à une carence des modèles amènent crispations et tension qui aboutissent au découragement, à la lassitude, à l'inertie pour beaucoup, à la recherche avide de nouveaux modèles pour quelques-uns.

Dans ce climat des années 80 apparaît l'approche systémique avec son drapeau le plus visible, la thérapie familiale. Ceci entraîne que les conditions d'implantations de cette dernière furent souvent loin d'être satisfaisantes: considérée comme le modèle miracle, elle ne pouvait que décevoir; regardée avec une méfiance excessive, elle ne pouvait que confirmer les appréhensions pusillanimes; traitée comme une mode, elle ne pouvait qu'apparaître superficielle.

* Dans cet article, j'entends institution au sens restreint d'internat, centre hospitalier, hôpital de jour, foyer... et non au sens large qui incluerait consultation, service AEMO....

* Dr Guy Ausloos, Chargé de cours à l'Université de Genève, Av. de Monjoie 22, 1007 Lausanne.

Centre d'études cliniques de communication familiale

direction: le PCEI organise de fonction n. 11 75 05 00 075



journée d'octobre

A l'attention des psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, assistants sociaux, conseillers conjugaux et familiaux, éducateurs et directeurs d'établissements psychopédagogiques, juges, médecins généralistes, pédiatres, infirmiers psychiatriques, étudiants en psychologie et en psychiatrie.

12 octobre 1985 de 9 h. à 18 h.

CRISE ET INTERVENTION EN SITUATIONS DE CRISE

* Le concept de crise a-t-il une signification historique ?*

Roger HENRI GUERRAND - Historien social.

* La crise dans la famille maghrébine*

Carmel CAMILLIERI - Professeur à Paris V, co-directeur du laboratoire de psychologie sociale et appliquée.

* L'intervention plurielle à court terme en service social*

Carole GLEWITT - Psychologue clinicienne.

* Un sous-système chaud dans un grand système froid. Réflexions sur onze ans d'essais et d'erreurs.*

Chantal MAILLON - Psychiatre, service universitaire de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

* L'absence.

* Non équilibre et changement en psychothérapie familiale*

Mary EL KAIM - Neuropsychiatre, thérapeute familial, Bruxelles.

* Pratiques des services d'urgence et de crise*

* Table ronde avec :

S.A.U. Stuart Milie Yvanvilles, établissement d'accueil femmes/enfants.

S.A.U. Cornettes en Paris, foyer d'urgence pour jeunes de 12 à 21 ans.

S.A.U. Cornettes en Paris, foyer d'urgence pour adolescents, Paris.

Centre d'études de la famille, intervention en période de crises familiales, Paris.

D'autres intervenants n'ont pas encore confirmé leur participation.

Mandat d'inscription :

- * La somme des participants est limitée
- * Le lieu sera précisé 200 frs Tarif étudiant, 140 frs (photocopie de la carte d'étudiant). Les paiements par chèque sont à libérer à l'ordre du CECCOF.

CECCOF : 15 bis, rue Jules Romains 75019 Paris - Tél. 248 66 44 - Permanences téléphoniques: accueil, Lundi, Jeudi, Vendredi.



BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au CECCOF, 15 bis rue Jules Romains 75019 Paris

Nom : _____ Prénom : _____ Je m'inscris au colloque du 12 octobre 1985, je joins en qualité de règlement un chèque de :

Adresse : _____ Tél : _____ ☐ 200 frs ☐ 140 frs - Photocopie carte d'étudiant jointe.

Profession : _____

Dans l'institution, on se contente souvent de convoquer les familles en leur donnant implicitement ou explicitement le message : « Il faut que vous changiez pour que nous puissions changer votre patient. Sans cela notre échec sera votre responsabilité. » Parfois, on envoie un ou deux membres de l'équipe se former à la thérapie familiale et on attend d'eux, qu'une fois formés, ils puissent s'occuper des familles les plus compliquées pour qu'elles ne perturbent plus le fonctionnement de l'institution. Cette mission de kamikaze échouant habituellement, on jette le bébé avec l'eau du bain et cette tentative d'ouverture à l'approche systémique se solde par une résistance de plus qui justifie le non-changement institutionnel.

Du côté des familles, la situation n'est guère plus brillante. Avec les années, et les différentes consultations médico-psycho-socio-pédago-quelque chose, elles finissent par accepter l'idée qu'elles ont un enfant ou un adolescent malade ou délinquant et que jusqu'à un certain point c'est de leur faute. On les convoque maintenant pour leur faire comprendre qu'il n'y a pas qu'un patient, mais qu'ils le sont tous, et qu'ils auront à se conformer aux avis de nouveaux spécialistes, les thérapeutes de famille, s'ils veulent résoudre leurs problèmes.

Et de justifier les critiques simplistes faites à la thérapie familiale d'être une nouvelle police des familles, de passer du patient-désigné-par-la-famille à la famille-désignée-comme-patient, de n'être qu'une approche comportementaliste déguisée. Force m'est de reconnaître que dans certains cas ces critiques ne sont malheureusement que trop fondées dans la mesure ou des apprentis-sorciers, sans maîtriser l'approche qu'ils prétendent pratiquer, se contentent pour « faire systémique » de donner des prescriptions paradoxales totalement inadéquates à la situation ou des tâches purement comportementales.

Les résultats ne se font pas attendre, les familles rompent le traitement et leur opposition à l'institution s'en trouve renforcée (j'ai développé ceci antérieurement in « Thérapie familiale et institutions » et me permettrai donc de ne pas y revenir); quant à l'approche systémique, on l'enterre à la sauvette en la qualifiant de mode ou pire encore on en garde les représentants incompetents ou disqualifiés pour se donner un alibi de plus et démontrer qu'il vaut mieux en rester au statu quo.

Le scénario-catastrophe que je viens d'évoquer n'est malheureusement pas rare et cause le plus grand tort à l'approche systémique et aux thérapeutes familiaux, mais surtout aux patients et à leurs familles, ce qui est grave. Des remèdes existent mais la place manque pour reprendre les différents points qui ont été abordés au cours de cet atelier. Je me contenterai donc de développer deux thèmes qui me semblent les préalables indispensables à un travail systémique en institution.

Avant de les aborder, qu'on me permette de rappeler que la formation en thérapie familiale consiste à former des thérapeutes et qu'une telle entreprise a ses exigences. Ce n'est pas en participant à quelques congrès, conférences ou autres cours du soir que l'on devient compétent comme thérapeute; il s'agit d'un travail de longue haleine qui prend à mon avis 3 à 5 ans minimum, néces-

sité de solides connaissances théoriques, une pratique supervisée, un travail sur soi et sur sa propre famille, une réflexion rigoureuse sur sa position et son insertion professionnelle. Sans cela la thérapie familiale ne sera qu'une recette de plus de l'arsenal thérapeutique et pas nécessairement la moins dangereuse.

L'indispensable réflexion préliminaire

Les réflexions qui précèdent m'amènent à aborder avec une grande prudence l'approche systémique en institution. La pensée systémique se présente comme une épistémologie avant d'être une pratique. Qui dit épistémologie, dit vision du monde, perspective, façon particulière de regarder la réalité.

Envisager d'introduire l'approche systémique en institution impose au préalable de se poser un certain nombre de questions.

- Sur le fonctionnement de l'institution :
 - quelles sont les finalités poursuivies par l'institution (programme officiel hérité et programme réel actuel)?
 - ce nouveau modèle est-il compatible avec les pratiques existantes; que risquerait-il de modifier?
 - accepte-t-on les inévitables changements de fonctionnement qu'impose une nouvelle pratique?
 - quelles seront les réactions des divers réseaux d'intervention, de placement, de tutelle, etc...?
- Sur le patient-désigné et les familles?
 - quelle est notre conception du patient et de la pathologie?
 - quelles sont les modalités de placement dans l'institution?
 - est-on vraiment prêt à envisager une collaboration réelle avec les familles?
- Sur la disponibilité de l'équipe :
 - qui a intérêt à voir ce nouveau modèle s'implanter et qui y serait opposé; qu'est-ce que chacun risque d'y perdre et d'y gagner; comment ne pas perdre les spécificités et les acquis préexistants?
 - veut-on introduire ce modèle pour le bien des patients et de leur traitement ou pour d'autres buts (mode — innovation à tout prix — prise de pouvoir — disqualifications — évictions masquées...)?
 - l'équipe est-elle prête à modifier ses habitudes antérieures, sachant que ceci ne se fera pas sans crises?
- Sur le processus d'introduction de l'approche systémique :
 - qui sera chargé de se former et d'introduire le modèle?
 - de quels moyens disposera-t-il, elle ou eux?

— combien de temps se donne-t-on pour évaluer l'intérêt de ces modifications?

Il ne s'agit nullement de se convertir à une nouvelle approche-miracle qui va résoudre tous les problèmes; il s'agit d'ouvrir un système plus ou moins fermé à des informations qui vont induire des changements. Si l'on n'est pas prêt à répondre à ces différentes questions et à d'autres qui tiennent compte de circonstances locales particulières, je pense sincèrement qu'il vaut mieux renoncer à introduire la thérapie familiale dans l'institution ou la remettre à plus tard lorsque ces questions commenceront à trouver des réponses.

Si non la crise institutionnelle inévitable ne sera pas constructive mais destructrice, les patients deviendront les otages des triangles institutionnels après avoir été les boucs émissaires de leur famille (ils connaissent le métier, mais ce n'est pas une raison), les familles ne deviendront pas des collaborateurs mais des opposants de plus en plus irréductibles. Tout ceci devait être dit pour des opposants de plus en plus irréductibles. Tout ceci devait être dit pour n'avoir pas à paraphraser un jour la célèbre citation: «Thérapie familiale, que de crimes contre les familles on commet en ton nom.»

Collaborer avec la famille

Poursuivant mon travail de sappe, je pense qu'il faudrait supprimer le terme «thérapie familiale» en institution pour la remplacer par «entretiens familiaux». En institution, la famille ne réclame pas qu'on s'occupe d'elle; au contraire, elle demande la plupart du temps plus ou moins clairement qu'on la décharge des soucis du patient-désigné et souhaite souvent être la moins impliquée possible.

Si donc on la convoque avec le message implicite ou explicite: «il faut que vous changiez et nous allons vous y aider», on se heurtera le plus souvent à une fin de non-recevoir, si l'on excepte les familles très polies ou très soumises. La situation est en ce sens différente d'une consultation ambulatoire.

Elle est encore plus radicalement différente dans la mesure où l'on accepte de donner des soins à celui que, d'un point de vue systémique, on ne considère pas comme malade, mais comme patient-désigné, compétent pour le rôle qu'il a reçu et accepte de jouer. Il importe donc de modifier la définition de la relation que l'on instaure avec la famille et avec le patient en institution.

Au lieu de dire à la famille «vous avez besoin de nous», il faut présenter les entretiens familiaux en expliquant: «nous avons besoin de vous, parce que vous êtes ceux qui connaissez le mieux celui qui est placé chez nous. Sans votre aide et la sienne, nous savons que nous ne pouvons que faire peu.»

Cette présentation n'est pas une manœuvre subtile mais correspond à la plus stricte réalité et doit être une conviction de l'équipe si l'on veut réellement collaborer avec les familles.

Il est nécessaire de présenter l'institution au patient non comme un endroit où on va le changer et le guérir, mais comme un lieu où il pourra prendre du

recul face aux situations difficiles qu'il a pu vivre et comme un temps où il pourra avec l'équipe et avec sa famille travailler à chercher de nouveaux aménagements plus satisfaisants pour lui et pour son entourage.

Pendant des années, on lui a fait comprendre et accepter que c'était lui qui posait des problèmes. Et à force d'être le problème, il finit par avoir des problèmes (L. Emery). C'est à ces problèmes «résultants» que l'institution peut apporter des réponses en lui offrant un asile, un havre, un abri où il pourra se refaire une santé émotionnelle et relationnelle et chercher des alternatives qui lui permettront de sortir des situations stériles répétitives antérieures. C'est en ce sens qu'il ne va pas *être soigné* mais qu'il aura la possibilité de *se soigner*.

Collaborer signifie étymologiquement «travailler avec». Si l'on n'est pas prêt à aller jusqu'au bout de ce que cette notion implique, à nouveau il vaut mieux ne pas introduire l'approche systémique dans l'institution.

Collaborer, c'est d'abord respecter les familles, leurs savoirs, leurs compétences et le leur montrer tout au long des interactions. Cela peut aller paradoxalement jusqu'à refuser de jouer le jeu d'une mère qui annonce qu'elle ne pourra pas prendre son enfant en fin de semaine. Si on acceptait de la décharger de ce problème, on lui communiquerait que nous aussi nous la croyons incapable de prendre ses responsabilités par rapport à son enfant, quitte à la traiter ensuite de mère rejetante.

Collaborer c'est associer les familles à toutes les décisions institutionnelles qui les concernent: procédure de placement, synthèses, organisation de stages ou de vacances, sorties, etc. ... Si nous leur avons dit que nous ne saurions nous passer d'eux, il faut le leur montrer.

Collaborer c'est demander l'avis de ces collaborateurs précieux lorsque l'institution traverse elle-même une crise (violence — tentatives de suicide — bouffée délirante — vols — fugues — drogues...). Ils ont été souvent confrontés aux mêmes problèmes et sont souvent capables de proposer aux autres des solutions qu'ils n'auraient pu trouver pour eux-mêmes. Mais en cela, sont-ils tellement différents de nous?

Collaborer c'est donc abandonner une position de soignant ou d'éducateur en position de supériorité pour s'ouvrir à un dialogue sincère, à une recherche commune de solutions, à un travail sur les possibles plutôt que sur les limites.

Mais, dira-t-on, ne retombez-vous pas là dans les utopies soixante-huitardes que vous dénonciez au début? Il ne s'agit pas d'abandonner — en aucun cas — une identité de soignant ou d'éducateur, mais de tendre, avec d'autres, dans des rôles différents mais bien réels, à un même but que l'on pourrait définir comme un mieux-être du patient et de sa famille dans leurs transactions quotidiennes ultérieures.

Ce qu'il nous faut éviter — et c'est sans doute la principale difficulté — c'est d'être l'intervenant tout-puissant qui sait ce qui est bon pour tout le monde. Celui-là ne peut être mis en échec ou en question parce que ce n'est jamais lui qui est en cause mais l'indication de placement ou la personnalité du placé. Ce qu'il nous faut éviter, c'est d'être l'intervenant aplati et désabusé qui, doutant

de ses moyens personnels, en arrive à tout mettre en cause derrière un discours socio-politique de non-intervention et de pseudo-respect qui sert d'écran de fumée à son incompetence et à son refus ou à son incapacité de gérer le quotidien. Ce qu'il faut éviter, c'est d'être l'intervenant dont les besoins de gratification sont inépuisables et qui attend de ses clients les décorations qu'il n'oserait pas arborer mais qui lui permettraient de commencer à croire qu'il vaut quelque chose. Ce n'est pas le patient-désigné qui doit nous confirmer que nous sommes bons.

Les patients et leurs familles ne sont pas résistants aux changements ou animés d'un hypothétique désir de non-changement. Mais ils ont été tellement souvent déçus, blessés, roulés même dans leurs attentes qu'au premier niveau «ils n'y croient plus» et que ce premier niveau est donc justifié par leurs expériences. Comme le dit Louis Emery, «leur défense est une légitime défense».

Si l'on se donne les moyens de dépasser cette défense, on peut alors retrouver un deuxième niveau marqué du désir très réel de sortir des ornières dont ils sont prisonniers. C'est à ce désir-là que nous devons nous allier, au lieu de nous buter sur leur résistance de départ. Pour cela nous devons nous présenter et nous comporter en intervenants profondément respectueux de leur originalité, mais aussi compétents dans leur domaine. Une famille déçue et meurtrie n'acceptera de prendre le risque de se lancer dans l'aventure du changement si elle se sent accompagnée par des intervenants solides, sécurisants, fiables.

Conclusion

Les deux thèmes qui viennent d'être traités ne sont que des préalables. Au cours de l'atelier, d'autres points ont été abordés que je contenterai de mentionner pour mémoire, me réservant de les reprendre plus tard :

- Je voudrais insister sur la nécessité de préciser les finalités de l'institution, de se donner les moyens nécessaires à l'application du programme qui a été fixé, tant dans l'institution que dans la famille. Ceci implique que l'équipe se clarifie dans la distribution de ses rôles et de ses spécificités pour que les fonctions de l'institution soient remplies dans la ligne des finalités et du contexte.
- Introduire l'approche systémique, ce n'est pas donner la prééminence au thérapeute familial : c'est donner aux familles la place qui leur revient dans la prise en charge du patient-désigné et dans le fonctionnement de l'institution qui l'accueille. Les différents professionnels de l'institution gardent leur spécificité en enrichissant leur information de la dimension du contexte familial.

— Comme je l'ai dit ailleurs, il me semble nécessaire de travailler en cothérapie avec les familles dans une institution. J'appelle cette forme de cothérapie la

cothérapie scindée : un thérapeute (T1) prend la responsabilité du travail avec les familles et de la conduite des entretiens, un cothérapeute (T2) se centre plus sur le patient-désigné et se présente comme le représentant de l'institution. Ces cothérapeutes restent les mêmes pendant toute la durée de la prise en charge et les entretiens sont annulés si l'un des deux est absent. Ceci me semble capital pour assurer la cohérence du processus. Il est évident que les cothérapeutes retransmettent l'essentiel de leur travail à l'équipe, puisque le but est de donner une meilleure information sur le contexte familial du patient-désigné.

- Le but du travail systémique n'est pas de réduire les tensions et les crises mais de les utiliser pour que des changements deviennent possibles.

Cette dernière proposition amène la conclusion : nous ne sommes jamais responsables du changement mais des conditions d'ouverture pour que survienne l'imprévisible.

RÉSUMÉ

Introduire l'approche systémique en institution pose de nombreux problèmes. Dans cet article, on présente les dangers qui menacent tant l'institution que les patients et leurs familles si l'équipe n'accepte pas au préalable une réflexion sur ce que signifie collaborer avec les familles.

TOWARDS A SYSTEMIC FUNCTIONNING OF INSTITUTION

SUMMARY

The introduction of the systemic approach in the institution brings many problems. In this paper, the author outlines the dangers that threaten the institution as well as the patients and their families if the team does not accept a preliminary reflection on what implies «to collaborate», that is to say «to work with» the families.

BIBLIOGRAPHIE

- AUSLOOS, G. : «Thérapie familiale et institution», in AUSLOOS, G. et SEGOND, P. : «Marginalité, système et familles», Vauresson, C.F.R.E.S., 1983.

- AUSLOOS, G.: «Délinquance et thérapie familiale: le double bien scindé thérapeutique», in *Bulletin de Psychologie*, XXXVI: 359, pp. 217-225, 1983.
- EMERY, L. et AUSLOOS, G.: «L'institution peut-elle accepter des placements dit d'urgence sans renier son modèle d'intervention», in *Thérapie Familiale*, V: 2, pp. 173-187, 1984.

Mots-clés
Systémique
Institution
Famille

Key-words
Systemic
Institution
Family

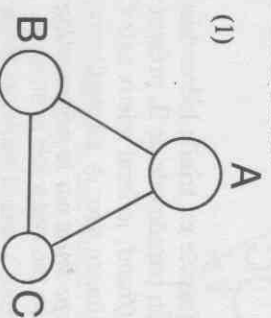
LES TRIADES HIÉRARCHISÉES

J.C. BENOÎT*

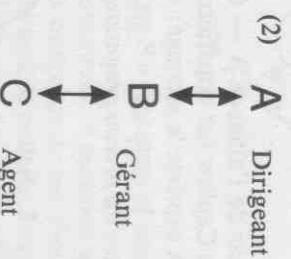
Th. Caplow: «Toute interaction est par essence triangulaire.»

I. — TRIADES FONCTIONNELLES ET DYSFONCTIONNELLES DU TRIANGLE À LA TRIADE HIÉRARCHISÉE

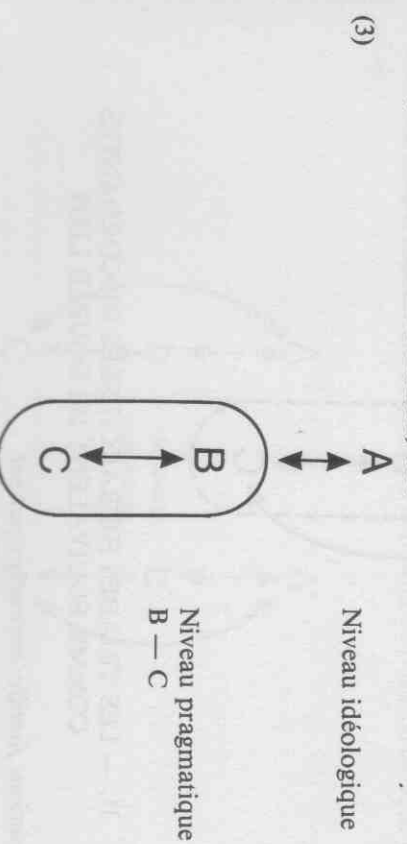
Caplow a étudié les huit triangles relationnels obtenus selon les pouvoirs respectifs de A, B et C. Au schéma (2), on montre que le triangle (1) peut être une triade hiérarchisée.



Triade 5 de Caplow.



La fonctionnalité des triades hiérarchisées est définie par le schéma (3).
Rappelons: grands-parents-enfants, ingénieur-contremaître-ouvrier, surveillant-infirmier-malade, etc.



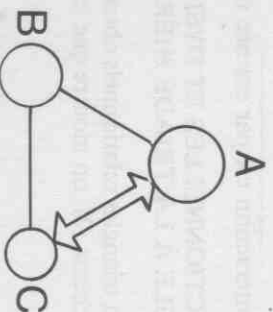
* Psychiatrie des Hôpitaux, C.H.S., 54, avenue de la République, 94800 Villejuif.

— Les triangles et triades dysfonctionnelles

Caplow a particulièrement étudié ce qu'il nomme la triade n° 5. Cf. schémas (1) et (4). Celle-ci est facilement dysfonctionnelle compte tenu du résultat des alliances. A + B: *conformiste* (écrase C), B + C: *révolutionnaire* (supprime A) et, surtout, A + C: *illégitime*, car disqualifie B et donne à C le pouvoir.

Dans la triade 5 définie par $A > B > C$ et par $A < B + C$, l'alliance A + C est *illégitime* car elle donne paradoxalement le pouvoir au plus faible C.

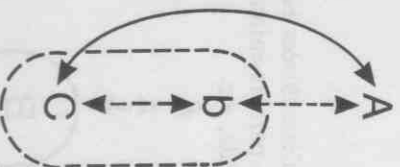
(4)



Dans le cas de l'alliance A — C, et transformée en triade hiérarchisée, la triade n° 5 de Caplow fait apparaître la situation paradoxale de B, présent mais disqualifié. A exprime le message: «B est *insuffisant*, je ferai mieux agir C que lui». C exprime le message: «B est faible, l'alliance avec A est meilleure».

L'efficiencia du niveau pragmatique est compromise par la négativation de B qui devient b.

(5)



II. — LES TRIADES HIÉRARCHISÉES DISCORDANTES COMME ÉQUIVALENT DE DOUBLE LIEN

— Relations famille/institution/patient

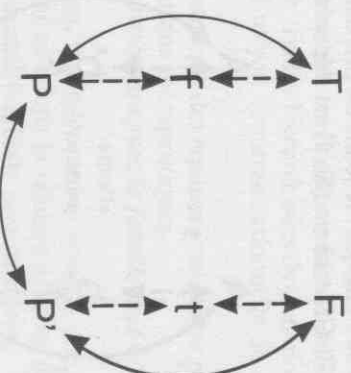
Deux idéologies sont confrontées:

- l'idéologie thérapeutique (T): «il s'agit d'un malade à guérir»;
- l'idéologie familiale (F): «il s'agit d'un enfant à faire grandir».

Les thérapeutes créent une alliance illégitime avec «leur malade» en négativant les valeurs familiales: «sa famille est folle» (f).

La famille crée une alliance illégitime avec «son enfant», négativant les valeurs thérapeutiques: «c'est un hôpital de fous» (t). Le malade est dédoublé, P et P', dans ces triades hiérarchisées discordantes, cf. schéma (6).

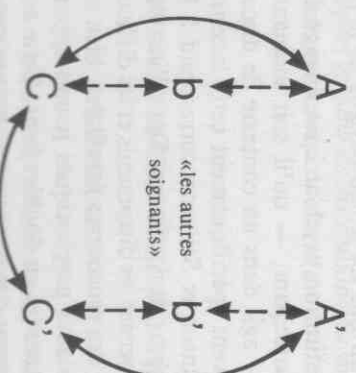
(6)



— L'exemple de la discordante institutionnelle

Stanton et Schwartz ont décrit le phénomène de la partition en miroir des équipes psychiatriques. Chacun des deux camps porte sur l'autre un jugement négatif et crée une alliance illégitime avec le malade. Les soignants A disent que les soignants b' font preuve d'un *autoritarisme* regrettable. Les soignants A' disent que les soignants b font preuve d'un *laissez faire* regrettable. Cf. schéma (7). Le malade est dédoublé. Ses symptômes s'aggravent. A l'acmé de la crise, certains soignants b et b' sont en position de bouc émissaire.

(7)

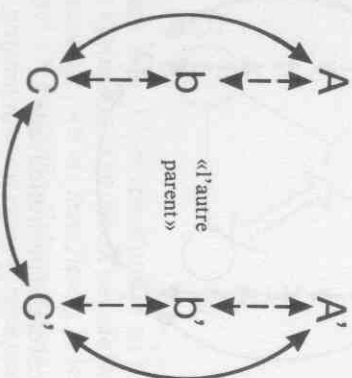


— L'exemple de la discordance extra-institutionnelle

Un père, médecin, et une mère, psychologue, conduisent leur fils, 20 ans, toxicomane supposé, au dispensaire: « Il faut l'interner d'urgence car il est prêt à se faire désintoxiquer. » L'hôpital psychiatrique est pour la mère le lieu du soutien moral nécessaire, et pour le père le lieu de la désintoxication indispensable. Chacun affirme que l'autre soutient sa thèse. Le jeune homme ne dit pas un mot, le regard perdu dans les cheveux.

Le psychiatre est confronté à deux demandes discordantes et le sujet, supposé volontaire, refuse de s'engager: le jeune est pris dans deux alliances illégitimes A — C et A' — C'. Cf. schéma (8). Il est dédoublé, C et C'.

(8)



III. — COMMENTAIRES

Nous avons utilisé ces schémas dans d'autres textes ou recherches. Au cours du séminaire de Lyon, certains faits quotidiens de la vie institutionnelle psychiatrique ont été utilisés comme exemples.

— L'institution psychiatrique est le lieu désigné de la disconfirmation

A l'intérieur de l'institution psychiatrique, engagé dans une rencontre collective de fait, tout participant, — qu'il soit soignant, soigné, membre des familles ou référent, — agit dans un contexte de disconfirmation et d'ambiguïté. Les soignants vivent spécifiquement cette incertitude que certains vont dramatiser. L'effet Stanton et Schwartz correspond à la scission des équipes engagées dans ces relations discordantes. Dans l'institution, la « méthode des réunions » tente de compenser les distorsions et les difficultés de la métacommunication. Elle implique des rencontres familiales, bien entendu.

Les familles des malades psychoitiques jeunes apportent la démonstration des pratiques confusionnantes en doubles liens. Cette confusion, les triangulations et les disconfirmations des participants les uns par les autres, se trouvent

éclairées par des schémas d'interaction et de pouvoir tels que Caplow les décrit admirablement, cf. schémas (1) et (4). Nous nous souviendrons qu'aux pôles de ces triangles d'incertitude se trouvent des *individus*, personnes bien précises, dont la dynamique relationnelle propre compte autant que la position stratégique. De façon systémique, nous dirons que toute information est relationnelle, messages échangés entre des personnes réelles, actuelles et précises, dans ces triangles.

— L'étude des triades hiérarchisées discordantes apporte des repères utiles

Les injonctions paradoxales constitutives des doubles liens peuvent se schématiser sous la forme de triades hiérarchisées dysfonctionnelles dont l'association doublée crée une situation communicationnelle de discordance. Cf. schémas (5), (6), (7) et (8).

Ceci concerne la dynamique des équipes grandes ou petites, et aussi les stratégies générales des relations thérapeutiques.

En institution, toute rencontre avec la famille doit se réaliser en présence du malade.

En soins ambulatoires, une négociation ouverte doit être conduite avec les demandeurs afin d'élargir au mieux la relation avec les participants de la situation systémique. Une thérapie familiale pourra suivre.

Les recherches sur les réseaux d'intervenants, par exemple dans la politique psychiatrique de secteur, doivent être développées dans le but d'améliorer les relations entre les soignants psychiatriques et le contexte médico-social.

RÉSUMÉ

« L'interaction sociale est essentiellement triadique », a écrit Théodore Caplow. Les triades relationnelles peuvent être verticales, c'est-à-dire hiérarchisées. Des doubles triades hiérarchisées discordantes peuvent être décrites dans les familles des psychoitiques et dans les institutions où sont soignés de tels malades. Ce fait semble en rapport avec la théorie du double lien de G. Bateson.

DISCORDANT HIERARCHICAL TRIADS

SUMMARY

« Social interactions are essentially triadic » said Théodore Caplow. Triads may be vertical and by the fact hierarchical. Double and discordant hierarchical

triads are found usually in psychotic patient families and in the medical institutions where those patients are treated. These facts seems related to the Double bind theory from G. Bateson.

BIBLIOGRAPHIE

- BATESON, G.: *Vers une écologie de l'esprit*, I et II, Le Seuil, Paris, 1977-1981.
- BATESON, G.: *La nature et la pensée*, Le Seuil, Paris, 1984.
- BENOÎT, J.C.: *L'équipe dans la crise psychiatrique*, E.S.F., Paris, 1982.
- BENOÎT, J.C.: *Les théories systémiques et la thérapeutique institutionnelle*, Masson, Paris, 1984.
- CAPLOW, Th.: *Deux contre un*, E.S.F., Paris, 1984.
- HALEY, J.: *Pour une théorie des systèmes pathologiques*, in WATZLAWICK, P. et WEAKLAND, J., sur l'interaction, Le Seuil, 1981, pp. 60-82.
- HALEY, J.: *Tacticiens du pouvoir*, E.S.F., Paris, 1984.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. et PRATA, G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*, E.S.F., Paris, 1980.

Mots-clés
Triade
Hiérarchie
Psychose
Thérapie systémique
Double lien

Key-words
Triad
Hierarchy
Psychosis
Systemic therapy
Double bind

LE RÔLE DE LA THÉRAPIE FAMILIALE DANS LES PRISES DE DÉCISIONS CONCERNANT LES ENFANTS EN RISQUE

A. BENTOVIM

Une des tâches les plus difficiles qui incombent à un département psychiatrique pour enfants est de faire une évaluation qui aide un tribunal à décider s'il serait préférable pour un enfant qui a été victime de sévices d'être réhabilité dans sa famille ou si au contraire il vaudrait mieux rompre avec celle-ci et la remplacer par une autre.

Le département psychiatrique pour enfants a une connaissance et une expérience unique des familles à problèmes (ou familles à rapports tendus) et des perspectives pour l'enfant et la famille avec ou sans intervention.

Une équipe a été créée dans le Département de Médecine Psychologique à l'hôpital des Enfants Malades (Hospital for Sick Children) dont le rôle est de recevoir ces enfants et leurs familles pour pouvoir prêter assistance et faciliter les prises de décision concernant le sort de l'enfant. Cette équipe est prête aussi, le cas échéant, à aller au tribunal et à donner son soutien à toute décision dans l'intérêt de l'enfant.

Le premier principe qui nous a paru essentiel a été de faire une évaluation de tout le système, car sans celle-ci il nous serait impossible de comprendre et de discuter les besoins de l'enfant en question.

Mais considérons comme utile le concept de Goldstein, Solnit et Freud, savoir: «le placement alternatif le moins nuisible à l'enfant». A cause du sens de la durée chez l'enfant et de sa capacité d'attachement affectif, il est souvent nécessaire de choisir l'alternative qui nuise le moins à l'enfant plutôt que de trouver la solution idéale qui exige souvent des parents une longue période d'attente avant de pouvoir reprendre leur enfant. Dans ces circonstances, de nouveaux parents adoptifs qui soient sûrs psychologiquement semblent préférables à des parents biologiques dont on doute ou qui ont échoué.

Il nous paraît inutile de faire la part de ce que nous voyons et entendons lorsque nous sommes avec les familles et de ce que nous appelons «la conduite extérieure de la famille» et «sa structure profonde», savoir, les croyances et convictions profondes, les attitudes qui proviennent de l'enfance même des parents et des événements traumatisants qu'ils ont subi dans le passé.

Nous sommes convaincu de la nécessité de considérer dans son ensemble le système de la famille et des experts impliqués. Bien qu'on puisse craindre confusion et manque de clarté à ce sujet, nous sommes de l'avis qu'en pratique nous pouvons très rapidement identifier et déterminer les problèmes essentiels dans ce système enfant-famille-experts, et pouvons ainsi concourir au processus des décisions à prendre concernant l'enfant, tout en étant raisonnablement sûrs de notre perception et compréhension des besoins de l'enfant et de sa famille.

Modèle d'évaluation

1. Décrire la «conduite extérieure» de la famille avec le système professionnel dont le rôle est de travailler avec celle-ci.
2. Evaluer de degré de pathologie à l'intérieur de la famille et la capacité du système thérapeutique de la changer.
3. Déterminer et délimiter les domaines du stress et la façon dont celui-ci a été traité dans le passé mais qui reste représenté dans le système actuel de la famille, influençant ainsi sa «conduite extérieure».
4. Trouver une formule qui relie les événements du passé, la façon dont la famille à sa manière traite ce «stress», son système de croyances et de convictions fondamentales et la conduite extérieure qui en résulte.
5. Prévoir quels changements sont nécessaires pour que la famille fonctionne. Evaluer le travail thérapeutique requis pour que cela se fasse.
6. En fonction de la formule adoptée, décider des démarches à faire qui soient dans le plus grand intérêt de l'enfant ou considérer ce qui serait l'alternative qui nuise le moins à l'enfant.

Méthode d'évaluation

La méthode d'évaluation exige que :

1. Nous entendions le rapport (l'exposé) de l'individu lui-même, de sa famille et des experts impliqués, rapport sur lui-même, les autres et son passé.
2. Créer et observer une interaction caractéristique pour pouvoir définir la famille en action.

a) L'équipe clinique et son cadre

Il y a certains avantages à être dans un hôpital central ou une clinique séparés de l'endroit où habitent ceux qui sont impliqués. Une frontière physique

est établie entre l'équipe qui fait l'évaluation et toute pression locale politique ou provenant des médias.

L'équipe comprend des psychiatres, des assistants sociaux et un psychothérapeute, avec possibilités d'accès à des pédiatres et des psychologues. Les psychiatres et les assistants sociaux constituent par leur travail médical et d'assistance sociale le soutien essentiel à toute communication avec le système professionnel et légal. Quant au psychothérapeute, il se concentre sur les besoins et la façon d'être et de communiquer de l'enfant. Les pédiatres et les psychologues peuvent aussi aider à définir des besoins et des capacités particulières et nous conseiller selon le cas. Les interviews se font à l'hôpital. Bien que cela constitue un contexte étrange où se rencontrent familles et experts, l'atmosphère de «cocotte-minute» de ces séances où l'intensité est accrue, peut en fait faciliter les prises de décision.

b) *Qui voit-on?*

Nous rencontrons ensemble tous les membres d'une famille avec les experts les plus impliqués, c'est-à-dire ceux qui ont des rapports de «vie commune», des rapports de responsabilité et d'autorité, ou des rapports de droit d'accès, par exemple les parents, les parents adoptifs, les grands-parents, les concubins, d'autres enfants, les assistants sociaux et d'autres experts. Parfois, nous réunissons différents membres d'une famille ou membres d'un système, selon les exigences du procédé thérapeutique ou du mode de prise de décision choisi, ou bien à cause du type de rapports passés ou présents. Nous ne mettons pas ensemble des enfants et des parents entre qui il n'y a plus de contact ou d'accès, et si nous les voyons séparément, la confiance est de rigueur. Bien qu'on fasse tout pour que le point de vue de l'enfant soit pris en considération, il ne faut pas que l'enfant ait l'impression qu'il a le pouvoir d'un adulte en ce qui concerne les décisions à prendre.

c) *Quelles techniques sont utilisées?*

1. Explorer et élaborer «la conduite extérieure». Pour voir le système dans son ensemble et les différents sous-systèmes, il faut encourager l'interaction. On demande à tous les membres d'un groupe de décrire aux autres «le problème» tel qu'ils le perçoivent et de définir la décision à prendre. Souvent, il y a grand conflit entre les assistants sociaux et les parents naturels. Il y a aussi souvent des procès en instance. Il est essentiel que nous restions neutres ou en dehors du système et que nous ne formions pas d'alliance, de sorte que famille et experts nous perçoivent comme étant indépendants. Quelquefois aussi, nous utilisons la technique intitulée «joining» en anglais (nous pourrions dire en français «faire une alliance»), c'est-à-dire que nous redéfinissons une conduite négative en conduite positive en laissant à l'individu le soin de comprendre l'aspect négatif de sa propre conduite plutôt que de laisser faire ce travail à d'autres.

2. *Tâches qu'exige l'interaction*

Pour évaluer les modèles d'interaction, de rapports, de conduite affective et de compétence parentale les tâches d'interaction suivantes nous ont paru convenir :

- a) Lorsqu'il s'agit de bébés, nous demandons aux gardiens ou gardiens potentiels de démontrer leur compétence de parents, par exemple leur donner à manger, les changer, les consoler, les stimuler.
 - b) Avec les petits qui commencent à marcher, nous créons et encourageons des situations et nous établissons des limites dans lesquelles ils doivent jouer des rôles tels que séparations, réunions, réactions à des étrangers, etc.
 - c) Avec des enfants plus âgés, nous encourageons une interaction entre eux et entre adultes importants présents, en demandant à ces derniers de parler aux enfants de leur situation actuelle et de leur vie. Les vues et sentiments des enfants sont obtenus le plus souvent par l'emploi de questions circulaires, par exemple : « Selon ton frère ou ta sœur, quel est celui ou celle qui reçoit le plus de claques, qui sait quand maman est bouleversée », etc.
- Durant tout l'interview, nous nous efforçons d'évaluer la conduite affective et la nature des rapports entre les enfants et les adultes les plus importants. Nous observons l'expression physique de l'attachement affectif, par exemple les petits câlins, et parfois nous essayons de différencier, de comparer la qualité des deux rapports affectifs en demandant à l'enfant s'il/elle sait bien faire des câlins, et pourrait-il/elle nous le montrer en faisant des câlins à quelqu'un présent, ou en lui demandant sur les genoux de qui il s'assierait et pour regarder la télévision. Nous évaluons aussi la compétence parentale et leur perspicacité en observant comment ils répondent aux besoins physiques de leurs enfants et aussi à leurs besoins émotifs. Par exemple sont-ils capables de parler à leurs enfants d'événements passés de façon à ce que l'enfant puisse les comprendre; leur affirmation est-elle appropriée, y a-t-il un rapport de sympathie entre eux ?

3. *Observations de conduite non-verbale*

Pendant que les adultes communiquent entre eux ou avec nous, les enfants sont souvent en train de jouer ou de dessiner avec ce qu'ils trouvent sur place. D'habitude, un interviewer prend note de leurs activités. Parfois l'interviewer, surtout le psychothérapeute, demande à l'enfant de lui parler de son dessin; parfois le jeu de l'enfant reflète le sujet discuté, par exemple des batailles féroces entre des soldats de plomb, tandis que les parents racontent les circonstances de leur séparation ou divorce. Si plusieurs enfants sont présents, il faut prendre note, non seulement de la conduite individuelle et de leur capacité de jeu, mais aussi observer leurs interactions. Parfois, les enfants jouent séparément, côte à côte; parfois, ils jouent ensemble, et par-

fois ils se battent, se disputent et sont incapables de jouer calmement. D'autres modes de communication non-verbale entre les membre du système familial se jouent à nos yeux pendant l'interview de sorte que nous pouvons évaluer l'humeur et la façon de fonctionner du groupe, comment les enfants demandent qu'on s'occupe d'eux; si on le permet à un individu, dans quelle mesure exprime-t-il ses vues et ses sentiments ?

4. *L'emploi de poupées qui représentent différents membres de la famille, pour révéler son histoire/son passé*

Dans nos interviews d'évaluation, nous utilisons des petites poupées faites de cure-pipe et habillées de sorte qu'elles représentent les parents, les grands-parents, les enfants, les bébés et toute autre personne d'importance dans la vie de l'enfant. Celles-ci peuvent être utilisées par les adultes et par l'enfant comme moyen de raconter son histoire et permet à l'enfant âgé de 3, 4 ans d'être un participant actif dans ce processus et de démontrer sa compréhension ou au contraire sa confusion par rapport à des événements passés, ainsi qu'à montrer ses attachements affectifs présents.

5. *L'emploi de génogrammes et de livres sur la vie de l'enfant*

Compiler des génogrammes peut être une façon utile de recueillir des informations sur la famille de l'enfant mais comme ces méthodes prennent beaucoup de temps, on ne les utilise que dans très peu de cas, seulement quand on commence une thérapie de famille, plutôt que lors d'un interview d'évaluation.

Cependant, il peut être utile d'écrire un livre sur la vie de l'enfant si son histoire est particulièrement compliquée, s'il y a eu, par exemple, plusieurs séparations et changements de gardien dans sa vie. Un tel livre relate tous les événements et détails importants qui ont eu lieu dans la vie de l'enfant. Ce livre comprend des photos de l'enfant et de tous ceux qui ont joué un rôle important dans sa vie ainsi que des photos d'endroits importants où il ou elle a habité.

Pour des parents naturels, la compilation de l'histoire de la vie de l'enfant pendant que celui-ci vivait encore avec eux peut avoir un effet thérapeutique. Certains parents conçoivent ce livre comme un cadeau à l'enfant et donc comme un geste réparateur de la part des parents qui peuvent ainsi s'absoudre un peu du poids de culpabilité que la plupart d'entre eux éprouvent. Ce livre est une source d'information pour l'enfant et peut lui permettre de donner un sens à des événements ahurissants de son passé et une base sûre à partir de laquelle explorer.

6. *Explorer la conduite extérieure de tout le système*

L'interviewer doit prendre note des différents modèles d'interactions dans les rapports: observer les répétitions qui caractérisent certaines familles

incapables de s'adapter à des modes d'interaction plus sains et où cet échec constitue un danger réel pour l'enfant, par exemple dans les familles où les enfants ont subi des sévices sexuels ou non. Nous observons donc la manière dont les membres d'un système établissent des rapports entre eux (s'écoulent-ils?, sont-ils d'accord?, se contredisent-ils?), mais aussi leurs limites et leurs alliances. Il arrive aussi, surtout lorsque l'enfant a fait l'objet de sévices sexuels, qu'il/elle devienne la troisième personne dans le rapport parental, dans ce cas les notions de frontières, entre génération, n'existent plus. Il nous faut voir aussi qui détient l'autorité de parent par rapport à l'enfant, à qui obéit-il quand on lui demande de faire quelque chose, de qui a-t-il peur? On peut utiliser ces méthodes structurelles, telles que de leur demander de discuter ceci avec lui/elle pendant que nous écoutons, ou de changer de place, ou bien on peut poser des questions telles que: lequel des enfants, à votre avis, tient le plus à être avec vous..., lequel à être avec des parents adoptifs?

7. Exploration de la structure profonde

La méthode historique est très importante. En écoutant l'exposé des événements survenus dans les familles d'origine et de procréation, et en observant les façons de raconter, et les sens qui en dérivent, il est possible d'identifier le sens, l'interprétation donnée en commun par la famille et de comprendre la culture et les croyances d'une famille, y compris quelques-uns de ses mythes. Quelquefois, nous explorons avec la famille quel sens sera donné à l'avenir, à des événements actuels et à l'histoire récente. Nous disons par exemple que nous savons qu'il n'est pas assez âgé pour tout comprendre mais que quand il sera plus âgé, nous lui expliquerons les circonstances où dans son enfance il a subi des sévices, pourquoi un assistant social a dû le placer. On peut souvent comprendre comment les parents se comportent envers leurs enfants en examinant leurs propres expériences en tant qu'enfants et on remarque des répétitions, par exemple ceux qui trop sévères envers leurs enfants ou bien ceux qui les gâtent trop.

Il y a souvent désaccord entre les membres du système enfants-parents-experts mais nous essayons de les comprendre et d'évaluer la capacité de ce système à fonctionner ou à changer.

RÉSUMÉ

Les auteurs devant répondre à des tribunaux présentent les modalités d'évaluation en vue du placement d'un enfant à risque.

ROLE OF FAMILY THERAPY TO DECISIONS COPING CHILDREN AT RISK OF ABUSE

SUMMARY

The authors who answer in front of tribunal courts the modalities view of placement with a child of a risk.

BIBLIOGRAPHIE

A. — Family assessment

1. KINSTON, W., LOADER, P. and STRATFORD, J. (1979): «Clinical Assessment of Family Interaction: A Reliability Study», *J. Fam. Ther.*, 1, 291-312, and *Instrument: Current Family State Assessment*.
 2. LOADER, P., KINSTON, W. and STRATFORD, J. (1980): «Is there a Psychosomatogenic Family?», *J. Fam. Ther.*, 2 (3), 311-326.
 3. KINSTON, W. (1981): «The Healthy and the Unhealthy Family», in Pines, M. and Rafiaels, L. (Eds.), *The Individual and the Group: Boundaries and Interrelations in Theory and Practice*, Proceedings of the VII International Congress of Group Psychotherapy, Copenhagen 1980, New York, Plenum Publishing Corporation.
 4. STRATFORD, J., BURCK, C. and KINSTON, W. (1982): «Influence of Context on the Assessment of Family Interaction: A Clinical Study», *J. Fam. Ther.*
 5. LOADER, P., BURCK, C., KINSTON, W. and BENTOVIM, A. (1981): «A Method for organising the Clinical Description of Family Interaction: The 'Family Interaction Summary Format'», *Australian J. Fam. Ther.*, vol. 2, n° 3, 131-141, and *Instrument: Summary Format — Family Interaction*.
 6. BINGLEY, L., LOADER, P. J. and KINSTON, W. (1984): «Research Report: Further Development of a Format for Family Description», *Aust. J. Fam. Ther.*, 5, 3, 215-218.
- B. — Family therapy
1. BENTOVIM, A. and KINSTON, W. (1978): Brief Focal Family Therapy When the Child is the Referred Patient. 1. Clinical», *J. Child Psychol. Psychiat.*, 19, 1-12.
 2. KINSTON, W. and BENTOVIM, A. (1978): «Brief Focal Family Therapy When the Child is the Referred Patient. 2. Methodology and Results», *J. Child Psychol. Psychiat.*, 19, 119-143.
 3. BENTOVIM, A. (1979): Towards Creating a Focal Hypothesis for Brief Focal Family Therapy», *J. Fam. Ther.*, 1, 125-136.
 4. KINSTON, W. and BENTOVIM, A. (1980): «Creating a Focus for Brief Marital or Family Therapy», in Budman, S.H. (Eds.), *Forms of Brief Therapy*, New York, Guildford Press.
 5. KINSTON, W. and BENTOVIM, A. (1982): «Constructing a Focal Formulation and Hypothesis in Family Therapy», *Aust. J. Fam. Ther.* (Oct. issue), 4, 37-50.
 6. FURNISS, T., BENTOVIM, A. and KINSTON, W. (1983): «Clinical Process Recording in Focal Family Therapy», *J. Mar. & Fam. Ther.*, April 1983.
 7. GLASER, D., FURNISS, T. and BINGLEY, L. (1983), «Focal Family Therapy — The Assessment Stage», submitted for publication to *Br. J. Fam. Ther.*, and *Focal Therapy Assessment Sheet* (instrument).
 8. FURNISS, T. and ELTON, A. (1983): «Guidelines for the use of the Focal Therapy Record Sheet as an Instrument for Clinical Process and Outcome Recording in Family Therapy», submitted for publication to *Br. J. Fam. Ther.*, and *Focal Therapy Record Sheet* (instrument).
 9. *Focal Family Therapy Workshop in association with the Family Studies Group* (1982). *Focal Therapy Record Sheet* (FTRS) and *Focal Therapy Assessment Sheet* (FTAS).