

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

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

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

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson

Centre de traitement psychiatrique de jour

Rte du Signal 25

CH-1018 Lausanne

Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction: Y. Birker Chavanne, CH-1225 Chêne-Bourg

Raccension de livre: B. WATERNAX, Paris

Case postale 456

CH-1211 Genève 4

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
- Compte N° C2-622 803 0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Worms, libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel:

- Abonnements individuels:
 - FS 67 – FF 285 – FB 1670 –
- Bibliothèques et abonnements institutionnels:
 - FS 134 – FF 585 – FB 3440 –

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

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1995 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

PRÉSENTATION

De nouvelles stratégies thérapeutiques face aux psychoses

Face aux troubles mentaux graves, les cliniciens sont actuellement débordés par une pharmacothérapie omniprésente et aveugle et par les modifications dues à la mutation actuelle de la civilisation. Ceci crée de la confusion et un pessimisme que crée une démarche familio-systémique atténuée, car elle prend en compte l'environnement dans le soin. Se révèlent alors des ouvertures cliniques inattendues. Les schémas thérapeutiques acquièrent une logique plus satisfaisante. C'est cette leçon qui apporte ce fascicule de *Thérapie Familiale*. Les aspects psychothérapeutiques de ces nouvelles stratégies thérapeutiques se montrent d'une originalité captivante. Bien des soignants font grâce à elles l'expérience d'une croissance professionnelle personnelle, qui vient se substituer à un habituel sentiment d'usure affective.

En hommage aux créateurs de ce mouvement, figure en tête le texte de **John Weiskland**, daté de 1960, consacré aux *interactions institutionnelles en trio*. Il donne une image globale des efforts initiaux des thérapeutes familiaux américains face aux troubles mentaux graves des jeunes sujets. Comme d'habitude l'équipe Bateson le montrait à Palo Alto, *le trouble communicationnel intense constaté dans les familles autour du jeune psychotique se retrouve dans l'institution soignée*. Ce fait collectif constitue la base de toute réflexion sur les institutions destinées aux soins de l'altérité. Sa reconnaissance débouche sur des techniques appropriées à ces communautés. Le thème des relations triadiques se profile d'ailleurs dans chacun des articles réunis ici.

Avec le psychiatre psychothérapeute uruguayen **Mario Berta**, j'ai eu de nombreux échanges sur des thèmes tels que l'activation, le projet et l'anticipation en psychothérapie. A propos des troubles psychotiques, nous dialoguons ici sur leurs spécificités familiales, prenant appui sur l'image d'*un noyau psychotique familial* partagé par différents membres et particulièrement porté par le patient. La tâche des uns ou des autres – patients, familles et soignants – ne serait-elle pas de s'associer pour « mûcher » ce noyau pathogène ? Cette figuration concrète semble assez proche de notre travail difficile, lent, partagé.

L'apport de **Frédéric Bridgman** est celui, essentiel, du pédo-psychiatre. La multiplicité des modèles théoriques simultanément nécessaires pour comprendre la croissance de l'enfant se trouve encore accrue dès qu'il est question de pathologie. Il y a là une difficulté logique permanente pour les praticiens et pour les équipes multidisciplinaires, plongées dans la complexité des environnements divers qui entourent la croissance initiale. Certes, il faut avant tout éviter de percevoir les familles des enfants psychotiques comme *a priori* dysfonctionnelles, mais il est nécessaire d'appréhender leur difficulté essentielle. Pour Frédéric Bridgman, c'est

« une erreur logique familiale » qui oriente leurs interactions vers le blocage de la croissance co-évolutive. Le refus d'accepter l'aspect trigénérationnel d'une naissance induit un contexte paradoxal d'apprentissage avec l'enfant, erreur logique parentale effaçant les différences familiales d'origine entre les partenaires du couple.

Chaque jeune adulte psychothérapeute apporte ses appels répétés aux équipes soignantes de la psychiatrie adulte. **Marie-Christine Cabié** a créé une *institution de réponse aux urgences et aux crises*, accueil pratiquement « sans lits », appliquant les méthodes issues de la thérapie brève américaine. Centrée sur les ressources du patient dans son environnement, cette stratégie renverse les rôles en donnant au patient une place d'expert dans sa thérapie. Dans les récits de Marie-Christine Cabié, on voit l'équipe intervenante s'auto-organiser, globalement et au cas par cas, pour faciliter la réorganisation parallèle du contexte naturel où le malade reste participant. Elle peut ainsi décrire « l'enthousiasme des équipes qui découvrent de nouvelles contrées ».

La notion de partenariat avec les familles est au centre de l'apport de **Serge Kannas**. Ce responsable d'un service de psychiatrie publique adulte de secteur dans la région parisienne a créé de même une *dynamique a priori extra-hospitalière et ambulatoire des prises en charge*. Très proche des actions de Jay Haley, Cloté Madanes ou Mc Farlane, Serge Kannas tente une étroite coopération avec les parents, les incitant et les aidant à pratiquer un « recadrage directif rigide » face aux désordres comportementaux des jeunes psychothérapeutes. Le but est de conduire à son terme un processus consensuel de séparation des générations, au sein de la famille et de son cycle de vie. Depuis plus de dix ans, cette entreprise d'équipe appuie son développement sur la réalité de ses résultats positifs.

Bernard Greppo et **Yves Colas** apportent cette découverte : des liens cliniques existent et peuvent être démontrés par l'approche familiale entre *les disparitions parentales*, créées par exemple dans un but de protection de l'enfant, et l'apparition d'une psychose se développant plus tard chez lui, matériel psychologique et psychopathologique tout à fait original. Le « *parent disparu* » peut d'ailleurs se transformer en « *revenant* ». A partir de ce fil directeur s'explicitent à la fois la pathologie individuelle – avec souvent les violences de la vengeance – et la blessure familiale initiale. Ceci peut conduire à la compensation thérapeutique des deux. Bernard Greppo et Yves Colas insistent sur la différence entre un vrai deuil et ces pseudo-disparitions. Leur fréquence est bien connue, mais leur nocivité a été peu étudiée jusqu'à présent.

Voici aussi une autre belle découverte, apportée par **Guy Ausloos** depuis le nord-Canada. Le « *syndrome affectif conjugal* » qu'il a rencontré dans ces terres de transplantation constitue une donnée nouvelle dans les cyclothymies, abordées par leur face conjugo-familiale. Le clinicien est trop facilement convaincu par la présence évidente de faits biologiques, voire génétiques, dans les troubles de l'humeur. Une meilleure connaissance de faits psychologiques et environnementaux naîtra lorsqu'il sera attentif, par exemple, aux propos émis par des malades en état d'excitation. *Ces propos éclairent le contexte conjugal*, et fondent la psychothérapie à ce niveau : le patient dans son couple. Elle peut prévenir les rechutes, permettre la réduction des chimiothérapies prolongées ou indéfinies et remettre en route le cycle de vie.

Le thème des dysthymies est également abordé par l'équipe de l'Unité de Thérapie Familiale de Boulogne, **Laurent Cabanel**, **Lysiane Lamantowicz**, **Marie-Françoise Poulain** et **Brigitte Watermaux**. Ils décrivent la prévalence contextuelle du contrôle, introduite par la chimiothérapie, lithium ou tégrétol en particulier, avec leurs vérifications biologiques régulières. Ils rappellent la théorie d'Atlan, qui insiste sur l'emploi du « bruit » pour l'auto-organisation des systèmes naturels. L'état stable obtenu par le contrôle permanent de l'humeur correspond paradoxalement à l'attente d'un inévitable accès ultérieur. *Réintroduire un certain désordre par les contacts collectifs incluant des membres de la famille* peut apporter un assouplissement co-évolutif, qui ouvre un contexte d'anticipation.

L'article de Weakland a stimulé mon désir de mieux comprendre des éléments constants dans ces pratiques. Elles reposent toujours, semble-t-il, sur *des négociations complexes du type « partenariat en trio »*, thème de mon article.

Au-delà de ma reconnaissance vis-à-vis de nos collègues pour la grande qualité de leurs textes innovants, je suis incité à conclure cette présentation sur les points suivants :

- L'apport d'une psychothérapie élargie à l'environnement, dans la qualité des soins donnés à ces *sujeux schizophrènes* ou psychothiques, est un fait crucial face à la tendance à les traiter comme des « objets ».¹ Notre pratique éco-systémique nous donne des arguments pour une critique des aspects anti-écologiques d'une culture uniquement technologique (Bateson) et pour une mise en cause des excès bio-médicaux dans la psychiatrie actuelle.
- La légitimité d'une valeur scientifique donnée à la *recherche cas par cas* s'impose dès qu'il s'agit ainsi de psychothérapie et d'anthropologie.
- L'originalité exceptionnelle des faits cliniques révélés grâce aux *aventures pragmatiques des approches familio-systémiques* justifie amplement de telles approches cliniques, et manifeste leur intérêt considérable pour la pratique et pour la théorie, voire pour l'anthropologie contemporaine.

J.-C. B.

L'HYPOTHÈSE DU «DOUBLE LIEN» DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET L'INTERACTION EN TRIO [THREE-PARTY INTERACTION] (1960)

John WEAKLAND*

Résumé: *L'hypothèse du «double lien» de la schizophrénie et l'interaction en trio* [three-party interaction] (1960). — Ce texte de base d'un membre de l'équipe Bateson à Palo Alto est consacré au phénomène de la contamination institutionnelle par les doubles liens issus des schizophrènes et de leurs familles («interaction en trio»). Panorama général sur le thème des relations triadiques.

Summary: *The «Double bind» Hypothesis of schizophrenia and Three-Party Interaction.* — This basic paper from a member of the Bateson team in Palo Alto describes the fact of double bind contamination in the psychiatric hospital by schizophrenic patients and their families («three party interaction»). A general view about triadic relationships.

Mots-clés: Schizophrénie – Famille – Interaction en trio – Hôpital psychiatrique.

Key-words: Schizophrenia – Family – Three party interaction – Psychiatric hospital.

Nous avons développé dans un article antérieur, mes collègues et moi, le concept de «double lien» en tant que schème de communication induisant les conduites spécifiques de la schizophrénie (Bateson et coll., 1). Notre attention était alors centrée sur l'interaction à deux personnes, en particulier la communication entre la mère et l'enfant. Puis nous devînmes de plus en plus intéressés par l'implication des patients dans une interaction en trio / *three-party interaction*, particulièrement père-mère-enfant et les relations institutionnelles telles que psychiatre-psychothérapeute-patient et médecin-infirmier-patient. Bien que

* Cet article est un élément du *Schizophrenic Communication Research Project* dirigé par Gregory Bateson et réalisé au Veterans Administration Hospital, Palo Alto, Californie. Cette recherche a été soutenue par un fonds de la Josiah Macy Jr. Foundation, géré par le Department of Anthropology, Stanford University; et par un fonds du National Institute of Mental Health, administré par le Mental Research Institute of the Palo Alto Medical Research Foundation. Bien entendu, j'exprime ma dette au directeur de ce projet et à ses autres membres, Jay Haley, les médecins Don D. Jackson et William Fry, pour certaines des idées présentées dans ce travail.

(Texte initialement publié dans l'ouvrage *The Etiology of Schizophrenia*, sous la direction de Don Jackson en 1960, à New York, par l'éditeur Basic Books que nous remercions de son amabilité. Il figure également dans: *Double bind*, The foundation of the communication approach to the family, C. E. Szuzki, D. C. Ransom, Ed., Grune & Stratton, New York, 1976, ouvrage classique de référence. Traduction: J.C. Benoit).

l'égard de la (ou des) personne(s) émettant les messages contradictoires. Ceci est évident lorsque cette dépendance est inhérente à la situation (enfance, ou maladie). Plus complexes, cependant, sont les situations importantes où la dépendance (ou la croyance en sa réalité) est accentuée par d'autres messages contextuels de communication en double lien, à un niveau bien au-dessus des «réalités» concrètes ou émotionnelles propres à la situation existentielle courante du sujet.

- (3) Il est toutefois important de répondre adéquatement à la situation communicationnelle, ce qui inclut de répondre à sa dualité et à sa discordance. Deux messages significatifs contradictoires signifient deux injonctions comportementales non congruentes, puisque chaque injonction exige une réponse comportementale. L'absence de reconnaissance et de réponse à la dualité et à la non congruence des messages reçus induit de nouvelles difficultés de la part du récepteur à différents niveaux de comportement. Il s'agit de l'échec à discriminer le niveau du message à recevoir; de la confusion subjective conséquente, avec désordre des idées et des affects; et de propos ou d'actions qui manifestent la confusion ou la dissociation soit de façon directe, soit par des réactions de tout ou rien à l'un des aspects du message de l'émetteur. De plus, de telles réponses inadéquates et incomplètes sont tout à fait aptes à provoquer un message ultérieur mettant en cause cette réponse, du type: « Pourquoi ne veux-tu pas répondre quand je te parle? », ou « Tu t'énerves toujours trop facilement. » Alors la séquence totale prend la forme d'un double lien plus large, écrasant, et la situation s'aggrave encore.

On observe qu'une telle communication non congruente ne peut trouver de réponse adéquate que dans une réplique qui perçoit et souligne sa discordance. Ceci pourrait être réalisé soit en pointant clairement la discordance elle-même – c.-à-d. en changeant de niveau de communication et en contestant explicitement la situation inductrice de cette communication. Ceci pourrait aussi être fait (b) en répondant par un message également double, ou c) par une réponse humoristique dévoilant la nature discordante du double lien, car l'humour inclut toujours des niveaux multiples de messages et de la non congruence. Pour illustrer ceci, considérons quelques réponses possibles à une situation de discordance modérée. La phrase « Ne voudriez-vous pas ouvrir cette fenêtre? » pourrait être dite d'une façon ou dans un contexte suggérant que le locuteur est réellement celui qui exprime un souhait sans vouloir le reconnaître. Alors: (a) « Vous parlez comme s'il s'agissait de ce que je désire, mais vous semblez plutôt me demander de le faire. » (b) « Je n'y tiens pas, mais si cela est important pour vous, je le ferai. » (c) « Merci de votre aimable attention, mais je ne suis pas sûr de savoir le faire. » Ceci ne veut pas dire que chacune de ces réponses soit facile à donner, même si nous considérons ici le schème du double lien comme manœuvre comportant ces diverses réponses, et non comme un lien « parfaitement réussi ».

- (4) Il est difficile de donner une réponse adéquate en raison du déguisement, du déni ou de l'inhibition inhérente ou conjointe à la paire des messages contradictoires de base. Nombreux sont les facteurs communicationnels qui servent à

réduire la lucidité et/ou les commentaires sur l'ambiguïté et la contradiction; certains sont évidents et d'autres, subtils; certains explicites et d'autres, implicites; certains sont verbaux et d'autres en relation avec le ton, les gestes ou le contexte; certains positifs et d'autres, négatifs. Cette diversité et cette subtilité ont probablement joué un rôle majeur, à la fois chez les patients et chez les psychiatres, pour obscurcir le schème communicationnel du double lien et sa signification étiologique dans la schizophrénie. En relation avec ceci, notons l'accent mis par les psychiatres sur des traumatismes dits spécifiques et le manque d'attention portée aux schèmes répétitifs d'apprentissages situationnels de base (Jackson, 5). Quelques-uns de ces faits d'importance majeure peuvent être mentionnés ici pour leur intervention dans des situations duelles de double lien, tandis que d'autres, propres aux situations triadiques, seront présentés plus loin.

- a) Le déguisement. Deux obstacles majeurs à la reconnaissance claire de l'inconsistance fondamentale de la communication en double lien tiennent à sa nature même. Premièrement, ces messages de niveaux ou de types logiques différents ne se confrontent pas directement; soit l'un des messages verbaux qualifie l'autre de façon discordante, soit le message verbal s'oppose au ton ou aux gestes. Il n'y a pas de confrontation claire du type: « A est vrai. Non, A est faux », même si les deux messages comportent des injonctions comportementales différentes et incompatibles. A ce propos, on doit se souvenir que concrètement des messages très minimes – de ceux que l'on peut facilement ignorer ou nier – peuvent modifier radicalement ou même inverser le sens des messages les plus clairs ou les plus détaillés. Deuxièmement, le fait qu'une seule personne s'adresse au récepteur inclut l'indication « ceci est un seul message », ou au moins qu'il s'agit d'un message congruent avec une situation donnée. Ceci est de plus renforcé en raison de l'importance de cette personne pour le récepteur: non seulement il ne peut ni lui échapper ni l'ignorer, et toutefois il lui sera bien difficile de mettre en doute ou de vouloir clarifier ses messages. Ces différents facteurs peuvent être tous observés dans ce seul exemple du propos d'une mère, « Viens près de moi, chéri », dit avec une pointe d'hostilité cachée dans le ton, ou un léger retrait corporel. La discordance est réelle, mais bien déguisée, et il n'est pas facile de demander des précisions à sa mère sur la base d'une si minime intuition.

- b) Le déni: à l'évidence, l'action des facteurs précédents peut être renforcée par l'adfonction à la paire fondamentale des messages non congruents d'autres messages déniaient fortement l'existence de cette contradiction – et peut-être attribuant la faute au récepteur en clamant qu'il comprend mal, en insistant sur la cohérence de l'émetteur et sur l'importance de sa position par rapport au récepteur, etc. Dans la ligne de l'exemple cité, si l'enfant a le courage de dénoncer le ton pris par sa mère, elle peut lui répondre: « Tu te l'imagines, mon chéri; tu sais combien ta mère t'aime ».

- c) L'inhibition: un renforcement similaire à celui apporté par le déni peut s'obtenir aussi par le « non-message » – c'est-à-dire en ignorant complète-

clairement différentes et plus complexes que l'interaction en duo / *two-person interaction* précédemment étudiée, ces situations en trio montraient entre elles de franches similitudes lorsqu'on voyait en elles les schèmes d'une communication conflictuelle supportée par le patient.

Notre point de vue général, nos concepts particuliers et nos hypothèses sont basés sur une étude détaillée et intensive d'enregistrements au magnétophone, et filmés, de la communication concrète de patients en présence des gens jouant un rôle important dans leur vie. Au début nous avons surtout étudié la communication des patients et des thérapeutes lors d'entretiens individuels, mais depuis bien des années nous nous concentrons désormais de plus en plus sur les interactions des patients avec des membres de leur famille, en séance de thérapie familiale ou en simple rencontre du groupe familial. Ce texte-ci ne présente qu'une partie limitée de notre matériel de base. Se centrant sur l'application de l'approche et des vues obtenues ainsi, il analyse les interactions en trio et leur corrélation avec des observations apportées par d'autres chercheurs dans la schizophrénie. Nous espérons ainsi ajouter de nouveaux éléments à nos découvertes initiales, afin de dessiner un schème schizophrénogène de base, commun à diverses situations particulières, et d'induire une vision communicationnelle assez étrangère à la psychiatrie orthodoxe, que nous avons pourtant trouvée des plus éclairantes.

Le concept basique du double lien: une interaction en duo

Afin de préciser les choses auprès des lecteurs ne connaissant pas nos articles antérieurs sur ce sujet, nous allons rappeler brièvement notre vision initiale du double lien et tenter de montrer comment celle-ci aide à éclairer l'interaction schizophrénogène en trio. Comprenez que nous n'affirmons pas que des doubles liens soient le seul facteur important dans la genèse de la schizophrénie, ni que ces situations plus complexes « ne sont que doubles liens ». Nous concevons plutôt ce concept comme une aide à la perception de similitudes significatives pour la schizophrénie, dans des situations différentes. Nous avions décrit, initialement, notre point de vue comme suit.

Les caractéristiques générales de cette situation (double lien) sont:

1. Un individu est impliqué dans une relation intense; c'est une relation où il sent qu'il lui est vitalement important qu'il discrimine exactement quelle sorte de message on lui communique, afin de pouvoir répondre de façon appropriée.
2. De plus, cet individu est pris dans une situation où le partenaire de la relation exprime deux ordres de messages, dont l'un dénie l'autre.

3. De plus, cet individu est incapable de commenter les messages exprimés et de discriminer à quel ordre de message il doit répondre, c.-à-d. qu'il ne peut pas faire de commentaire métacommunicatif.

(D'autres éléments décrits au début par notre groupe de recherche sont tout à fait similaires, à quelques détails près dans les termes et l'accentuation.)

Cette façon de décrire la situation de communication en double lien semble vouloir montrer le schème global des messages comme émis par un « leur ». Au début de notre travail, il semblait urgent d'accentuer ce point et – à l'encontre d'un climat de pensée qui se centrait soit sur la biologie soit sur la fantasmatique – d'insister sur le fait que des gens concrets émettaient des messages concrets et observables, inducteurs de réponses schizophréniques. Nous décrivions cette situation comme celle d'une personne donnant à une autre deux messages reliés mais contradictoires ou non congruents, comportant de fortes injonctions en conflit, et agissant de plus pour empêcher la « victime » d'échapper, pour inhiber sa lucidité et sa dénonciation de l'incohérence.

Cependant, ce modèle se nuance sur deux points importants. Premièrement, il doit être clair que nous ne pensons pas à une perception unifiée et fermée de ces relations. Bien que l'image linéaire d'un « leur » et d'une « victime » puisse être valable à un stade très précoce de la relation parent-enfant, rapidement la « victime » apprend des schèmes relationnels similaires ou complémentaires – donnant ainsi elle-même des messages non congruents, ou répondant à toute communication comme si elle était non congruente et paralysante. Ceci contribue fortement à maintenir les schèmes globaux communicatifs et d'interaction observés dans les familles des schizophrènes et aux difficultés de la psychothérapie de tels patients; des messages continus de ces types induisent fortement le thérapeute à entrer dans des interactions pathogènes similaires avec le patient schizophrène.

Deuxièmement, mettre l'accent sur l'émission de tels messages impose en fait de percevoir la situation à partir du pôle opposé – c.-à-d. au niveau de la personne recevant des messages en double lien et se comportant en réaction à ceux-ci. Ce point de vue est tout à fait approprié ici. Cette réponse schizophrénique à certaines situations de communication duelle ou en trio a une signification psychiatrique, orientant vers le passé la recherche de circonstances antérieures qui comportaient les facteurs collectifs de cet effet collectif. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à la situation communicationnelle de double lien au niveau de la partie finale du système, le récepteur-répondant.

L'une de nos remarques récentes concernant le double lien, lors de l'étude du contexte d'un patient peu avant sa décompensation psychotique, aboutit en particulier à ceci: « Nous avons proposé [...] notre conception du double lien comme une situation (1) où un sujet est confronté à des messages paradoxaux, (2) non perçue comme telle clairement en raison de son déguisement, ou de son déni, ou parce que les messages sont de niveaux différents, et (3) auquel il ne peut ni échapper, ni percevoir ou commenter efficacement les contradictions » (Weakland et Jackson, 12) Afin d'être plus claire encore, cette description du double lien doit être développée comme suit.

(1) Dans une situation de double lien, un sujet est affronté à une communication importante comportant une paire de messages, de niveaux ou de types logiques différents, conjoints mais non congruents l'un l'autre.

(2) Quitter le terrain est interdit. Suivie de l'établissement d'une communication plus satisfaisante, l'échappatoire ouvrirait une voie latente pour une réponse courante et adéquate. Son absence découle habituellement de la dépendance à

ment les complexités concrètes de l'échange et les effets de la discordance, et en agissant comme s'ils n'existaient pas. La perception de ce type d'échange peut être aussi bloquée par l'interdit opposé à tout commentaire, ou par diverses menaces tels des signes de retrait ou de désarroi parental face à toute tentative de mise en cause. Tous ces facteurs sont de plus renforcés quand – comme cela semble courant dans les situations de double lien – le « lieu » souligne sa volonté de bienveillance et son souci du bien-être de l'autre. En fonction de ces différentes possibilités, notre mère hypothétique pourrait se conduire comme si ses propos discordants étaient des plus clairs et loyaux : interrogée, elle pourrait répondre : « Tu ne dois pas t'inquiéter et faire une montagne de ça, chéri, laisse tout ceci à maman » ; ou elle pourrait paraître troublée ou blessée comme par une attaque injuste, l'atteignant dans son amour maternel et sa dignité ; ou elle pourrait se montrer tout à fait incapable de concevoir la question posée, réaction qui peut être l'une des formes les plus dévastatrices du retrait.

Chaque fois que le message de type déguisement, déni ou blocage, renforce une communication initiale en double lien, il produit par association une nouvelle structure de double lien, plus large encore. Par exemple, quand l'émission d'une paire de messages discordants est suivie d'un message niant toute contradiction, cette combinaison conduit à une autre paire de messages discordants, de niveaux différents, dont la discordance est difficile à détecter et à gérer. Et ce processus peut se répéter de soi, s'élargissant à mesure. Si l'enfant continuait à souligner le déni maternel, la mère pourrait dire : « Quelque chose a dû te soucier pour que tu te conduises ainsi avec ta propre mère, qui t'aime tant ». Le pouvoir pathogène des schèmes de communication en double lien et la difficulté de les défaire semblent en étroite relation avec cette tendance progressive et cumulative. (Il est ici instructif de se rappeler les descriptions de Stanton et Schwartz (1954, 11) sur la façon dont les conflits institutionnels cachés tendent à grossir et diffuser.)

Père, mère et enfant schizophrène

Notre conception initiale d'une situation en double lien reposait sur le cas d'une personne qui reçoit d'une autre deux messages corrélés mais en conflit, de niveaux différents, auxquels on ne peut échapper tout en devant répondre, mais où existent des difficultés majeures et précises à la détection et au dévoilement de leur incohérence. Toutefois, dans ces premières études, nous notions brièvement l'existence d'éventualités plus complexes, reconnaissant que cette situation n'était pas nécessairement induite par la mère seule mais pouvait être créée par la combinaison mère, père et/ou collatéraux. Si nous considérons maintenant la mère et le père dans leur relation à l'enfant comme la situation en trio qui, dans la pratique, est probablement des plus importantes face à la schizophrénie, il est alors évident que la plupart des facteurs relevés dans la situation en duo peuvent aussi bien intervenir dans le cas du trio. Certainement, les parents peuvent donner sur un thème unique des messages discordants à l'enfant. Pour un enfant, qui, en un sens global et collectif, est plus dépendant

de deux parents que d'un seul des deux, certainement il est grave d'avoir à faire à deux injonctions comportementales discordantes, résultat de sa rencontre avec l'incohérence de ces messages. Mais, aussi certainement, l'un ou les deux parents peuvent aussi donner des messages qui déguisent, dénie ou inhibent l'élucidation de cette incohérence, selon les façons multiples et semblables à celles étudiées ci-avant.

Il est peu évident tout d'abord – mais spécialement frappant lors de leur découverte – que ces facteurs occultants qui semblent liés à la situation en duo, puissent avoir facilement des similitudes ou des équivalences lors d'une situation en trio. La comparaison et la révélation de messages éventuellement contradictoires issus d'une seule personne sont rendues difficiles par l'impossibilité de scinder facilement le message. Ceci peut être également difficile avec deux émetteurs lorsque les messages sont *trop* séparés – selon les personnes, les moments, les styles de phrase. Ils peuvent aussi différer de niveau : « Quand le double lien est infligé non par un individu mais par deux... un parent peut nier à un niveau plus abstrait les injonctions de l'autre » (Bateson et coll. 1). Même le fait d'« individualité » / « oneness » et l'unicité ou la congruence des messages peuvent être allégués alors que deux personnes communiquent en fait séparément avec la troisième tout en *groupant* leur dyade en une apparente unité. Les formes linguistiques offrent cette possibilité avec les pronoms pluriels (« *Nous* te demandons d'agir de telle ou telle façon ») ou par des termes collectifs comme « les parents ». Une autre possibilité réside dans la désignation explicite des messages de chacun comme identiques (« Ton père et moi pensons que tu n'es pas assez bien pour rentrer déjà à la maison »). Ou bien l'un des parents peut se montrer silencieux, dominé, ou en retrait de la situation, laissant ostensiblement l'autre comme seul intervenant. Mais, bien sûr, ces indications d'un accord, en méta-niveau, et ces proclamations d'harmonie et de similitude des messages n'ont rien à voir avec leurs similitudes ou leurs différences réelles – c-à-d. qu'elles peuvent être fausses. Ainsi, la situation en triade comporte pour la « victime » des possibilités d'être confrontée à des messages discordants sur des modes dont l'incohérence est encore plus difficile pour elle à dévoiler et à commenter que les faits similaires dans les cas en duo.

Tout en étant concernés ici surtout par l'analyse conceptuelle des possibilités communicationnelles en trio, nous devons aussi noter que des faits concrets démontrent de façon croissante que les idées évoquées ci-dessus sont réellement valables pour les familles dont un membre est schizophrène et qu'elles ont à voir avec la schizophrénie. Par exemple, tout en étant orienté et conceptualisé de façon vraiment différente du nôtre, le travail de Lidz et de ses collaborateurs comporte de nombreuses observations sur les interactions familiales, concordant avec nos schémas. De façon constante, les familles étudiées manifestent soit une « distorsion conjugale », soit un « schisme conjugal » (7). La « distorsion » est une situation où le père et la mère assument manifestement une vision très singulière du mariage et de la vie familiale : « Les idées bizarres de l'un des partenaires sont acceptées ou assumées par l'autre, créant une atmosphère de *folie à deux* » (p. 246). Cet accord est cependant plus apparent que réel, et des indications de désaccord et des messages discordants sont donnés à l'enfant de façon plus ou moins occulte : « Survient un 'maquillage' important des sources possibles de conflit, créant une atmosphère irréaliste où ce qui est dit et admis diffère de ce qui fut réel-

lement vécu et agi.» (p. 246) Dans la famille S, un sérieux schisme existe réellement, en dépit de la paix régnant dans le couple (p. 247). «Le 'maquillage' désigne la capacité de l'un ou des deux parents à dissimuler un grave problème familial tout en agissant comme s'il n'existait pas.» Ainsi dans un cas typique, il paraissait admis que l'épouse maintenait le mythe d'un couple heureux, avec une forte image paternelle, tandis que «les enfants ne pouvaient ignorer la fausseté de cette histoire» (9 p. 313).

Un autre extrait de cas présenté dévoile très clairement le modèle de l'union exprimée au dehors et d'une désunion occultée. «Dans l'axe de ses croyances, le père désapprouvait toute hostilité, et se taisait. La mère, pour sa part, le dénigrant, soulignant son manque d'inclination pour le grand air, les sports et tout exercice physique, éléments qu'elle-même valorisait, les estimant essentiels pour ses enfants» (p. 310). Un autre point présent dans cet extrait mérite d'être souligné, bien qu'un peu en marge du thème de notre article: la mère justifiait cette différence conjugale non comme un choix personnel, dans sa relation avec le père, mais comme l'expression de son intérêt affectif pour les enfants; c'est-à-dire que la responsabilité des différends parentaux était attribuée à ceux-ci. Dans notre expérience des familles de schizophrènes le fait est typique (ne se limitant pas aux mères d'ailleurs) et possède un rôle dévastateur pour les enfants et pour la famille entière (Fleck et coll., 3).

Ces extraits montrent clairement que la «distorsion familiale» de Lidz concerne des situations d'un accord parental apparent mais accompagné de déguisement, de déni et d'inhibition des commentaires, avec les réactions que nous avons décrites. En effet une de ces descriptions rejoint nos termes: «Bien qu'aucun des parents ne discrédite l'autre ouvertement devant les enfants», cependant dans la famille coexistent d'autres indications «objectives» ou «apparentes», issues du père, de la mère et de leur relation, avec les réactions à ces «oppositions confusionnantes» et à ces «images inconsistantes et contradictoires» (6).

Lorsque l'on rapproche les études de Lidz sur les pères des schizophrènes (6, 9) et celles concernant la «distorsion familiale», on observe dans ces familles qu'un parent semble dominer clairement, mais qu'en fait les faits sont divers – allant de l'image d'un accord apparent miné en réalité par le conjoint soumis, jusqu'à la figure où l'un des parents semble dénué de toute présence, retrait passif qui peut exprimer encore à la fois l'attente et l'absence d'entente. Cette figure où «les enfants sont virtuellement sans père» est peut-être intermédiaire entre une interaction en trio plus active et l'interaction à deux que nous avons d'abord étudiée.

Le concept «schisme conjugal» de Lidz est moins facile à placer dans notre perspective, car il implique et décrit nettement un désaccord parental exprimé, «déséquilibré et désaccord sévère chronique» (58). Quoiqu'il en soit, d'un point de vue élargi, il semble que ces familles puissent entrer dans notre conceptualisation. A ce propos, manquant d'informations détaillées sur les familles de Lidz et ne les connaissant pas, nous ne pouvons que suggérer des axes d'explication nés de notre expérience personnelle avec les familles de schizophrènes. Les difficultés et les conflits parentaux sont-ils exprimés *avant les enfants*? Nous constatons que ces parents désirent souvent exprimer leurs sentiments et leurs difficultés devant nous, mais sont tout à fait opposés à répéter ce qu'ils nous ont dit lorsqu'ils sont en

présence du patient, leur enfant. Ceci est à considérer aussi en fonction du temps. Les conflits parentaux ne seraient-ils cachés que pour se manifester plus tard, une fois l'enfant devenu susceptible de s'attribuer la faute de leur émergence? Les conflits exprimés portent-ils vraiment sur le point évoqué? Nous voyons ces familles de schizophrènes expertes dans des disputes qui obscurcissent plus qu'elles ne clarifient les conflits centraux. De telles disputes peuvent porter sur des questions marginales, comme le montre un exemple de Lidz lui-même: un père prétend avoir une maîtresse, ce qui est faux, et pourtant «de nombreuses querelles concernent cette situation imaginaire» (9). Il est clair que ces familles vont communiquer des contradictions et des incohérences marquées à travers différents niveaux de messages, refusant de reconnaître ceci, même si ces messages sont à l'inverse ou en contradiction avec la discussion en cours. C'est-à-dire que les parents de ces familles se caractérisent par l'expression directe – et l'accentuation – de différences et de distances, tout en restant des couples qui vivent unis depuis des années et continueront ainsi. Ils expriment clairement, au niveau de leurs actes, une certaine proximité. Ils montrent leur dépendance réciproque tout en travaillant à la nier.

Les découvertes de Bowen rejoignent en un certain sens les figures bipolaires de Lidz (2). Il décritait des parents en lutte, avec «une distance émotionnelle marquée» entre eux, par combinaison d'un désaccord ouvert et intense affectivement, simultané à un accord formel imposé. Bien que certaines familles aillent vers un de ces pôles ou plutôt vers l'autre, la plupart «étaient conscientes des différences mais évitaient soigneusement les points sensibles. Elles conservaient une distance émotionnelle suffisante pour maintenir le désaccord à son minimum» (p. 1017). Ou, dans notre formulation, elles devaient échanger des messages ambigus, accentuant délibérément l'accord et la similitude malgré un désaccord foncier. Naturellement, notre approche considère ceci comme pathogène pour la famille. Ainsi, l'opinion de Bowen nous intéresse quand il dit que le traitement de ces familles, lorsqu'il accroit l'auto-affirmation du père, amorce un processus thérapeutique d'abord par l'accentuation du conflit père-mère puis par l'amélioration générale des relations familiales, et que les familles présentant les désaccords les plus manifestes vont vers les meilleurs résultats en thérapie familiale.

Wynne et ses collaborateurs ont étudié les familles de schizophrènes en termes de rôle comportemental et de structure globale des rôles familiaux, approche bien différente de la nôtre (13). Quoiqu'il en soit, les exemples cliniques de Wynne, les descriptions des interactions familiales et les concepts essentiels apportent tous l'évidence des injonctions contradictoires et du déguisement de ces contradictions comme caractérisant les familles qu'il a étudiées. Son concept central de «pseudo-mutualité» – ces relations qui ne sont pas si étroites qu'elles le prétendent – implique nécessairement l'existence de tels messages, lesquels affirment l'union tandis que d'autres indiquent l'inverse. Ceci se montre tout à fait manifeste dans la discussion des façons par lesquelles les membres de la famille coopèrent pour échapper à la reconnaissance de la pseudo-mutualité: «Dans les relations typiquement schizophréniques, quand les deux éléments d'une paire de désirs contradictoires sont exprimés, les mécanismes impliqués / d'interprétation des communications / facilitent *Técher* dans le choix du sens» (p. 210); c.-à-d. que la conscience reconnue d'une contradiction est évitée en commun. Wynne dit lui-même que cette

vue rejoint la perspective initiale du double lien émise par notre groupe. Le concept de « la barrière de caoutchouc », vécue par la famille à propos des limites qui la définissent, a les mêmes implications. Une telle « frontière de caoutchouc » tend à définir toutes les relations complémentaires comme placées à l'intérieur de la famille et toutes les non-complémentaires comme étant au dehors, et concorde avec nos observations sur les comportements familiaux, mais cette barrière ne peut être maintenue qu'avec bien des contradictions et par le déguisement.

Un exemple frappant de notre pratique de thérapie familiale conjointe confirme et résume ces vues. Le père et la mère insistent un moment tous deux sur le fait de leur accord sur tous les faits importants, tout va bien dans la famille — excepté évidemment leur souci et les problèmes créés par la schizophrénie de leur fils. A l'époque celui-ci était pratiquement muet, à l'exception de quelques réponses murmurées du type : « J'sais pas ». Durant plusieurs mois d'entretiens familiaux hebdomadaires, le thérapeute a essayé d'obtenir que les parents parlent plus ouvertement de certains faits qui constituaient manifestement des problèmes familiaux, comme l'alcoolisme avéré de la mère. Durant un temps les parents dénièrent la réalité de ce problème. Finalement le père changea et se mit à parler avec une colère retenue, accusant sa femme de boire tant avec ses amis chaque après-midi que le soir elle était incapable de lui tenir compagnie. Elle répondit de façon plutôt raide, l'accusant à la fois de la dominer et de la négliger, mais dans le fil de ces accusations elle exprima spontanément ses sentiments et se mit à parler aussi de leurs différences réciproques. Cette séance fut reprise et étudiée par les participants la semaine suivante, l'enregistrement de la dispute fut réécouté. Lors de la séance suivante, le fils commença à parler clairement, en particulier de son désir de sortir de l'hôpital et de trouver un travail, après quoi il continua à s'améliorer franchement.

La situation institutionnelle

La situation institutionnelle en trio ressemble étroitement à la relation familiale en trio, des individus ou des groupes dans l'institution prenant des rôles similaires à ceux des parents. Peut-être cette proximité est-elle particulièrement évidente avec les familles de schizophrènes qui, comme les organisations à buts spécialisés, tendent à l'auto-définition et fonctionnent en termes de rôles et de relations strictement définis plutôt que dans des termes d'interaction et de croissance des individus. Ce trait familial, plutôt implicite dans le matériel ci-dessus décrit, a été explicité dans un article récent de l'équipe de Wynne (9).

Largelement connues, les descriptions originales de Stanton et Schwartz, concernant l'excitation pathologique des malades et les désaccords occultés des équipes (1954) sont une bonne base pour une brève analyse de la situation institutionnelle, bien que le foyer de leur recherche soit plus défini ou moins général que le nôtre et que leur champ d'observation diffère (d'autres difficultés institutionnelles ont été décrites longuement et analysées en termes de double lien par Fry (4)).

En bref, Stanton et Schwartz ont découvert que « chaque fois qu'un patient présentait un état d'excitation franche, il était alors le sujet d'un désaccord caché entre deux personnes, qui ignoraient souvent leur propre désaccord » (p. 343) et que « les

malades excités de façon pathologique étaient très régulièrement les objets de désaccords secrets, affectivement importants dans l'équipe et que, non moins régulièrement, leur excitation cessait, habituellement de façon soudaine, quand les membres de l'équipe étaient conduits à aborder ensemble sérieusement leurs points de désaccord » (p. 345). Ces désaccords concernaient l'autorité, l'influence et les décisions :

« Dans le cours du choix quotidien des décisions concernant chaque patient particulier, de minimes désaccords naissent inévitablement entre les membres de l'équipe ayant ce pouvoir de décision. S'ils s'opposent les uns aux autres pour une raison ou une autre, ils tendaient à grossir ces minimes désaccords et devenaient incapables de les évoquer et de les résoudre; par exemple, un tel [...] allait régulièrement permettre à un patient de faire une chose que tel autre [...] allait régulièrement lui interdire. S'ils ne pouvaient pas discuter du problème [...] celui qui posait l'interdit prenait de plus en plus le rôle du policier ou du formaliste, tandis que l'autre jouait le rôle d'une mère indulgente [...] Le patient répondait à chacun dans le style de son rôle. Les ambiguïtés naissent dans la suite des conduites vis-à-vis du patient devenaient systématiques et, qui plus est, le processus global se calmait nettement dans les périodes de détente » (p. 344).

L'expression « excitation pathologique » de Stanton et Schwartz englobe un nombre considérable de troubles comportementaux : « tension ou confusion accrue », idées « envahissantes » de suicide, accusations délirantes, « agressivité manifestée », « hyperactivité », « expressions discordantes ». Ces auteurs tendent à omettre le retrait sur soi dans ce tableau, et on se demandera si cette omission est appropriée. Ils notent qu'« il est possible que des phénomènes tout à fait semblables surviennent couramment chez des schizophrènes chez qui [...] les troubles semblent comporter une tendance au retrait sur soi [...] de telle sorte que la scission avec l'environnement demeure et que le processus de dissociation se chronise ». Mais, dans leur étude, « des patients très repliés sur eux-mêmes ne furent que très rarement les objets d'un désaccord; devenir un élément dans un processus triangulaire réclame un certain degré d'activité de la part du patient » (p. 345). Mais à la lumière de notre expérience de ces situations familiales et des écrits sur ce thème des collègues cités ci-dessus, une autre interprétation, liée à ces vues, est suggérée: le retrait sur soi peut être en relation avec des désaccords occultés plus profonds et plus continus, à un point tel qu'à la fois le désaccord et le trouble comportemental se manifestent moins que dans l'excitation patente.

De toutes façons, Stanton et Schwartz indiquent que les désaccords présents dans les cas d'excitation pathologique sont souvent occultés et b) ni communiqués pas discutés directement entre les deux parties concernées et c) ni communiqués directement au patient, encore que tout à fait visibles pour autrui :

« La reconnaissance d'un fait de désaccord était souvent évitée par les gens concernés longtemps après qu'il eût été évident — et sa reconnaissance devait précéder sa discussion et sa solution. La discussion entre les personnes en conflit était aussi évitée et souvent ne se résolvait que grâce à la médiation d'un tiers habile [...] Le désaccord était souvent occulté à sa première étape [...] Les deux participants n'étaient pas eux-mêmes clairement conscients de son importance, même lorsqu'ils avaient pu en parler avec des amis depuis quelque temps et que toute l'équipe, à leur exception, les percevait bien » (p. 355).

Ou, dans d'autres cas, les deux parties acceptaient « de participer de façon formelle à la discussion d'aspects du traitement de ce patient, situés en marge de leur désaccord ». Ou pouvait voir survenir « le silence typique d'une situation de retrait,

tandis qu'un autre membre se mettait en avant ». En corrélation frappante avec notre présentation des apports de Wynne et de divers exemples ci-dessus de « pseudo-mutualité » familiale : « le pseudo-accord est la méthode par excellence pour enterrer une controverse et, en tant que tel, particulièrement dangereux » (p. 355).

Ce matériel institutionnel nous fascine par sa proximité évidente avec les différents aspects du matériel familial présenté ici et ces constatations n'ont pas manqué dans les propos relevés tant chez les professionnels que chez les patients interrogés. Le groupe de Lidz a mentionné l'existence des similitudes entre les situations de schisme familial et les situations Stanton-Schwartz, et a aussi souligné une troisième possibilité importante : les conflits similaires à propos du patient entre la famille et l'équipe, en tant que duo impliqué (3). Cependant, ils n'ont pas approfondi la description de telles situations, ni globalement ni formellement. Du côté des patients, l'un des nôtres a pu exprimer clairement en thérapie familiale sa peur qu'un conflit n'existe à son propos entre son psychothérapeute et le psychiatre de l'unité de soin, entre sa mère et sa femme (12). Le matériel de Stanton et Schwartz prend un sens supplémentaire et plus large puisque leur constatation de la résolution possible de ces situations induit nombre d'idées utiles à l'intervention dans les familles des schizophrènes. Toutefois, ils négligent trop le rôle de l'attitude « bienveillante » dans le déguisement des ambiguïtés et son effet pathogène, si ce n'est indirectement dans un autre chapitre lorsqu'ils évoquent le coût financier de l'hospitalisation (voir la discussion de ce point spécifique, important à tous les niveaux de l'institution, in Bateson et coll. 1). Stanton et Schwartz ont travaillé parfaitement sur un thème proche – très caractéristique du fonctionnement familial – en discutant du fonctionnement institutionnel et du moral de l'équipe (pp. 398-400). La pertinence notable de leurs observations est confirmée par nos exemples, montrant que la simple expression des conflits parentaux occultés, même avant qu'ils soient résolus, s'accompagne de l'amélioration du patient.

Pour conclure, nous devons laisser de côté ces similitudes et ces connexions en dépit de leur intérêt et de leur évidente valeur, pour souligner encore un schéma formel de la communication dans ces situations institutionnelles, tout à fait semblable à celui des situations mère-enfant et familiales étudiées déjà ici. Ce niveau général et formel nous intéresse au premier chef, étant des plus significatifs pour le développement d'une théorie générale de l'interaction désorganisée, et ainsi des plus significatifs pour la pratique.

Stanton et Schwartz ne partent pas directement des situations de désaccord occulté en tant que communication vécue du côté du patient. Ils se centrent sur la communication et les interactions de l'équipe d'un côté et sur les symptômes du patient de l'autre. En passant, ils remarquent seulement que le patient est confronté à deux rôles différents auxquels il doit répondre ; dans leurs termes : « les deux personnes directement les plus importantes dans sa vie, pour ainsi dire, le poussent dans des directions opposées » (p. 362), mais elles ne le font ni clairement ni directement. Ces indications, réunies dans une vue intervertie de leurs remarques sur les communications dans l'équipe (de la même façon que notre première description du double lien fut inversée initialement) aboutit à nouveau à une image caractéristique générale.

(a) Le patient est confronté à des messages ambigus – nécessairement puisque les deux parties vont lui apporter leurs vues différentes, chacune à sa façon, et toute tentative d'échapper à cette ambiguïté renforce les aspects occultés de la situation ; un tel évitement intensifie aussi le développement, probablement toujours important dans ces situations, du fait que *chacune* de ces deux personnes va émettre deux messages discordants, tout en le cachant – c.-à-d. donnant chacun des messages en double lien, et en même temps s'engageant ensemble dans un message en double lien plus large ; (b) les messages sont issus de ceux qui ont autorité sur le patient et dont il dépend ; (c) de telle sorte qu'il perçoive et gère l'influence contradictoire de ces messages ; tandis que (d) toute reconnaissance et commentaire de ces contradictions sont rendus difficiles par la confusion, le déguisement et le déni, tout ceci s'opérant dans le cadre de la concorde affirmée et de la « bienveillance » de l'hôpital, ajoutant à ceci la maladie du patient et ainsi que le trouble imputé à ses perceptions.

Ainsi, une approche communicationnelle a aidé à discerner et clarifier un schéma fondamental significatif pour la genèse du comportement schizophrénique, dans trois cadres différant de taille et de nature du système social concerné. En conclusion, il peut être suggéré que des développements et l'extension d'une telle analyse des schémas communicatifs dans l'étude d'autres problèmes proches concernant la psychiatrie, aillent dans la ligne logique de ce travail. Par exemple des systèmes plus complexes à quatre participants ou au-delà pourraient être étudiés. Ceci pourrait convenir face à de nombreuses questions non résolues, tel que le rôle de la fratrie d'un schizophrène, ou la nature de l'interaction existante quand un adolescent potentiellement schizophrène s'implique dans une relation amoureuse, en dehors de la famille. On pourrait aller au-delà de la schizophrénie, à la recherche d'autres schémas de communication contradictoire impliqués dans d'autres troubles psychiatriques. Pour évoquer un tel fait, de façon un peu simpliste, il se pourrait que les troubles cycliques de la psychose mania-co-dépressive correspondent à des contradictions espacées dans le temps plutôt qu'étroitement combinées, et qui forment ainsi un schéma alternatif. Ou, débordant vers la psychiatrie sociale, on pourrait étudier l'existence, l'utilisation et les effets de messages discordants dans des sphères plus larges de l'organisation sociale et culturelle. Certainement, des institutions importantes, professionnelles, publiques, religieuses ne peuvent échapper complètement à ces problèmes, comportant des messages ambigus et leur déguisement, le déni des conduites et des responsabilités personnelles et l'affirmation simultanée de la concorde et de la bonne volonté, tout ce que nous avons vu déterminer tant de différenciés dans les systèmes familiaux et d'hospitalisation psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G., Jackson D.D., Haley J. et al. (1956). « Towards a theory of schizophrenia ». *Behav. Sci. J.*, pp. 251-264. Tr. française : « Vers une théorie de la schizophrénie ». In Bateson G., *Vers une écologie de l'esprit*, II, pp. 9-34, Le Seuil, Paris, 1980.
2. Bowen M., Dysinger R.H., Basamania B. (1959). « The role of the father in families with a schizophrenic patient ». *Am. J. Psychiatry*, 115, pp. 1017-1020.

MÂCHER LE NOYAU PSYCHOTIQUE FAMILIAL

Un dialogue

Mario BERTA, Jean-Claude BENOIT

Résumé: *Maicher le noyau psychotique familial. Un dialogue.* — Dialogue autour du thème: face à la psychose, en particulier d'un sujet jeune, le thérapeute doit reconnaître le rôle positif du patient dans l'organisation familiale. L'hypothèse de travail sera que le patient, par sa pathologie, assume un «noyau familial psychotique». La reconnaissance de ce fait positif faciliterait une attitude nouvelle, et utile, face aux éléments négatifs de la situation.

Summary: *To skew the family psychotic nucleus. A dialogue.* — Dialogue about the theme: in a young psychotic, the therapist must know the positive role of the patient in the family organization. A work hypothesis would be that the patient bears a «family psychotic nucleus», through his symptoms, and that the knowledge of that positive fact opens a new therapeutic way.

Mots-clés: Famille – Psychose – Psychothérapie.

Key-words: Family – Psychosis – Psychotherapy.

M.B. La psychose ? Tu soulignes constamment le caractère familial de la psychose. Et non seulement son retentissement mais surtout son lieu d'apparition. Je pense de plus qu'il existe, dans certaines familles, ce que l'on pourrait appeler un noyau psychotique. Je pense à un noyau psychotique collectif, familial.

J.C.B. Bien. Oui, justement. Sans doute en relation à nos discussions d'hier soir, j'ai fait un rêve très complexe, qui m'a réveillé ce matin. Il faisait jour d'ailleurs. Ce rêve survenait à la fin du sommeil, comme si j'avais le devoir de le mémoriser. J'étais à l'hôpital, dans mon contexte professionnel, avec une famille, six ou sept personnes. Un collègue me dit: «Voilà la famille Teniba». C'est le nom d'une jeune psychotique hospitalisée récemment dans mon service. Dans le rêve, elle n'est pas visible. Le collègue me raconte l'histoire de cette malade, mais *je sais* que ce n'est pas la famille Teniba. D'ailleurs ces gens le disent: ils ne sont pas la famille Teniba. J'accepte cette situation bizarre, très satisfait de ma lucidité dans cette confusion. Une autre scène se présente, dans la même situation. Un petit homme, 25 ans environ, est là, carré d'épaules et très robuste, très sûr de lui. Il me dit et m'explique beaucoup de choses intéressantes sur cette situation et je prends des notes. Il s'agit du thème central de ma recherche. Il s'exprime de façon très affirmative: «Moi, je sais pourquoi elle est

3. Fleck S., Freedman D.S., Cornelison A.R., *et al.* (1965): «The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: V. The understanding of symptomatology through the study of family interaction». Chapter IX of Lidz *et al.*: *Schizophrenia and the Family*. New York, International Universities Press.
4. Fry W.E. (1959): «Destructive behavior on hospital wards». *Psychiatr. Q.* (suppl.), 33 (part 2), pp. 197-231.
5. Jackson D.D. (1957): «A note on the importance of trauma in the genesis of schizophrenia». *Psychiatry*, 20, pp. 181-184.
6. Lidz T., Cornelison A.R., Fleck S. (1957): «The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: I. The father». *Psychiatry*, 20, pp. 239-342.
7. Lidz T., Cornelison A.R., Fleck S., *et al.* (1957): «The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew». *Am. J. Psychiatry*, 114, pp. 241-248.
8. Lidz T., Cornelison A.R., Terry D., *et al.* (1958): «The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality». *Arch. Neurol. Psychiatry*, 79, pp. 305-316.
9. Lidz T., Parker B., Cornelison A.R. (1956): «The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient». *Am. J. Psychiatry*, 113, pp. 126-132.
10. Ryckoff I.M., Day J., Wynne L.C. (1959): «Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1, pp. 93-98.
11. Stanton A.H., Schwartz M.S. (1954): *The Mental Hospital*, Basic Books, New York.
12. Weakland J.H., Jackson D.D. (1958): «Patient and therapist observations on the circumstances of a schizophrenic episode». *Arch. Neurol. Psychiatry*, 79, pp. 554-574.
13. Wynne L.C., Ryckoff I.M., Day J., *et al.* (1958): «Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics». *Psychiatry*, 21, pp. 205-220.

malade (la jeune psychotique, que l'on ne voit pas). C'est pour nous. Elle a raison d'être malade, elle le fait pour nous.» Toute la famille approuve ces phrases. Je suis content d'avoir trouvé la clé de la situation. La famille reconnaît le sacrifice de la malade et son rôle. Tous, ils savent cela parfaitement.» Je me réveille en me disant que la famille sait déjà l'essentiel. Je me dis que leur attitude correspond au positif du négatif, ce dont nous avons tant parlé, toi et moi, à propos de l'anticipation. Il me semble me souvenir alors d'autres éléments du rêve. Le jeune homme petit et robuste a dit qu'il n'est pas de la famille et qu'il est en même temps toute la famille. La malade n'existe pas mais la famille existe. J'entends nettement cette phrase : «*Je suis l'esprit de la famille* !» Il est très sûr de lui et affirme qu'il est le positif du négatif.

M. Tandis que j'écoutais ton rêve, je me suis bien rappelé que hier je t'ai parlé d'un thème tout à fait identique. Je t'avais dit que parler d'un psychotique en des termes d'apitoiement, «le pauvre malade, la maladie mentale, etc.» comporte une erreur. Certes, le malade mental est un invalide au point de vue social, mais le sens de sa maladie, la psychose, c'est qu'il *mâche le noyau psychotique de la famille*. Ce noyau existe dans certaines familles, plus évident en celles-ci qu'en d'autres. Dans telle famille existe tel noyau psychotique, où l'un des membres reçoit la maladie par hérédité ou par acquisition, mais non pas passivement. Il réalise un travail que nous n'arrivons pas à connaître exactement dans toute sa portée, de digestion, c'est-à-dire vivre, supporter, assumer complètement ce noyau psychotique. Devenir psychotique est une façon de mâcher la psychose dans la famille. Voilà à quoi j'ai pensé. Cela n'empêche pas d'autres membres de la famille de subir l'influence de ce noyau d'une autre façon, peut-être névrotique ou caractérielle, selon une variabilité individuelle. Je pense que concevoir de cette façon la psychose peut permettre d'apaiser les sentiments de peine et d'angoisse qu'un descendant malade peut éprouver chez les parents, mais je suis aussi convaincu, rationnellement, de cette façon de voir. Ce noyau psychotique se prolonge dans la famille, selon les données de Jung, de Szondi, et présente des modalités diverses de présence dans la famille. Tout se passe comme si toute une famille se proposait d'anhiler le noyau psychotique en l'assumant de différentes façons, par différents membres qui digèrent ce noyau. Je reconnais ceci dans la première partie du rêve que tu me racontes.

J.C. Bien, c'est très acceptable comme thèse. J'ajoute que le personnage du rêve m'a beaucoup frappé, ni adolescent, ni tout à fait adulte, archétypique, jeune adulte bien robuste, solide sur sa chaise, et qui nie être le malade. Il n'y a pas de malade, d'ailleurs, dans la scène. Il est l'esprit de la famille, bien clairement dessiné, au sens de Bateson «*a mind*» ou, comme on disait autrefois, «un esprit», ou les «esprits», les djnoun, ou ces personnages comme les nains archétypiques, porteurs de malédictions ou, plutôt, de bons serviteurs. Ou encore cette formule : «Je suis saisi par un esprit», la possession. Enfin disons que c'est une concrétisation qui pourrait représenter l'organisation de la famille.

M. C'est une seconde idée. Celui qui mâche le noyau psychotique le fait avec les autres membres, et chacun le fait à sa façon et surtout tout le monde collabore d'une façon consciente ou non, visible ou non.

J.C. Oui. Mon personnage symbolise cette sorte de collectif familial.

M. Je vais pousser un peu plus loin la compréhension de ton rêve, disons avec la méthode d'amplification chère à Jung. Reprenons *les faits* du rêve. La jeune psychotique est invisible, elle n'existe pas. Toutefois, elle exerce une action très forte et positive sur son entourage. La famille existe, mais elle n'est pas, paradoxalement, la famille de la malade. Par contre, et avec une différence significative, l'«esprit de la famille» se trouve personnifié dans l'image du jeune homme robuste et sûr de soi qui explique clairement la situation. *L'interprétation au plan du sujet* qui traite les symboles du rêve comme des facteurs de la personnalité, a été décrite par Nietzsche, le premier, puis par Jung. La jeune malade invisible représente le facteur psychotique potentiel de la personnalité du *rêveur*. Son existence n'est pas matérielle, car il est dit clairement que la jeune fille n'existe pas. Mais ce qui n'existe pas pour les sens, existe par ses effets. Voilà que le rêveur, en tant que psychiatre, travaille, «par vocation», sur le noyau psychotique de jeunes malades mentaux. Je signale que ce travail se traduit par une attitude active du rêveur face au négatif. Son noyau négatif est invisible mais tourné vers l'action. Dans le rêve, la psychose est revalorisée : la jeune psychotique fonctionne positivement pour la famille. Au lieu d'une famille qui aide un de ses membres malade, c'est celui-ci qui aide la famille. L'attitude positive du rêveur suscite une transformation «*énantiodromique*» : ce qui est négatif devient positif. Dans le rêve, le rêveur s'éloigne de la famille, sans la rejeter, prenant une certaine distance dans la mesure où ce n'est pas la famille de la jeune psychotique. Le tout marque une évolution positive, un progrès personnel authentique du thérapeute, s'exprimant à son maximum dans la figure prévalente du jeune homme robuste et sûr de lui qui personnifie «l'esprit de la famille». Voilà le pas en avant. Le noyau négatif et passif familial, *vécu* initialement comme psychotique, devient la matière d'un travail possible et positif de mutation. La psychose habituellement vécue comme dégradation psychotique trouve un sens positif inattendu : «*elle est malade pour nous*». Et le jeune homme robuste offre l'apparition, au fil de ce rêve, d'un Logos créateur qui donne un sens aux différents personnages qui jouent sur la scène. Ces transformations oniriques *anticipent* le modèle vivant de l'évolution, *future* comme actuelle, principale du rêveur. Il est «condamné au sens», comme disait Merleau-Ponty, à une solidarité universelle du groupe social à travers le vécu familial. Il agit sur l'aspect «*organisation du Monde*». Pour lui, la tâche consiste à transformer le Chaos en Cosmos.

J.C. Merci de ces remarques directes.

M. Une autre idée est que tous les membres de cette famille doivent passer par différentes formes du négatif de ce noyau psychotique. Chacun est soumis à vivre une façon de digérer ce noyau et s'il ne le fait pas aujourd'hui, il le fera demain. Chacun doit passer par toutes les étapes existantes de métabolisation de ce noyau. Si hier je n'ai pas été psychotique, je le serai demain. Voilà le sens général. Puisque le négatif doit être assumé d'une façon ou d'une autre et être intégré, une famille représente l'ensemble des individus qui se proposent pour assumer le négatif concret en se diversifiant et en l'incarnant. La famille représente un ensemble

d'individus qui travaille ce négatif avec le but collectif de métaboliser ce qu'ils portent en eux et qui n'a pas été intégré. Ils sont condamnés à assumer ce qu'ils n'ont pas assumé dans le passé. Comment ? De toutes les façons de métaboliser le négatif ! Voilà une idée un peu folle et invérifiable.

J.C. Cette idée est justement au centre d'une réflexion éco-systémique sur la psychose. Disons que la psychose serait « le diable moral » de notre société, de notre civilisation actuelle et de ses dégradations écologiques. Bien sûr, existe aussi la perversion. Mais la psychose est au-delà de la perversion, c'est une sorte d'échappement à la communication humaine et culturelle. Pour sa part l'agressivité lucide et perverse est si répandue depuis toujours qu'elle paraît être spécifique de l'humain. Elle pose le problème du mal sur un plan physique, dirais-je. Elle s'exprime directement sur les corps, jusqu'à la mort physique, les tortures, les guerres, etc. La psychose est le problème du mal s'exprimant dans la désorganisation mentale, affective, dans ces univers multiples et innombrables que sont les familles, ces groupes naturels où chacun semblerait plutôt prêt à se pencher vers l'autre. Les familles où apparaîtrait un psychotique se montrent souvent très cohérentes, cohésives et pas toujours éclatées, peut-être un modèle de famille trop cohésive, où justement semble être insuffisamment affronté ce problème que chacun se pose peut-être là, le problème de la transmission de ce que tu appelles le noyau psychotique, que j'appellerais le noyau poétique, l'imaginaire, le métaphorique très individualisé, avec Bateson.

M. L'autre idée corollaire est celle-ci : je pense qu'il serait très important qu'une famille puisse être consciente, dans chacun de ses individus et dans sa totalité, d'un ensemble formé par ces deux premières prémices : 1) « parmi nous, le psychotique travaille pour tous », et 2) « demain, je devrai travailler comme lui ». Cette conscience basée sur ces deux prémices donnerait à la famille un appui essentiel : la solidarité, la compréhension solidaire entre ses membres. Ils passeraient de l'angoisse à un travail vers la croissance, anticipateur, chacun assumant convenablement la psychose.

J.C. Ce serait une forme de créativité, celle que la psychose atteint, mais de façon pathologique.

M. Oui, c'est cela peut-être. Cette conscience une fois assumée et anticipante provoquerait un changement dans le noyau psychotique : « Je vais vers la psychose avec la conscience d'un but collectif et d'autres membres de la famille travaillent aussi, chacun à sa façon. » Ce type de travail changera la perspective de chacun face à la famille et face au négatif. Cela donnerait une perspective d'action vers le devenir. La famille devrait être aidée pédagogiquement et thérapeutiquement dans cette voie.

J.C. Curieusement, à côté de notre expression, ici, « l'esprit de la famille », existe déjà celle-ci : « l'esprit de famille ». Avoir « l'esprit de famille » revient à ce vécu : « Nous sommes ensemble et chacun lutte pour les autres ». La réalisation de cette

fonction familiale, dont notre robuste et jeune personnage serait en partie l'image, se rapproche de ce que tu évoques tant, le travail avec le négatif, sa prise en considération primordiale par le thérapeute. Bien des psychiatres sont inquiets devant leurs enfants, ayant la crainte de la maladie mentale. Nous pouvons réfléchir à cette conscience d'un risque personnel, familial. Comme tu le dis à propos de mon rêve, le fait que je sois allé travailler dans l'institution psychiatrique, et soigner là des psychotiques, est tout à fait lié pour moi à ce thème-même. Je dois donc me demander s'il ne s'agissait pas pour moi de mâcher la psychose de ma famille d'origine, comme tu le dis si bien. Et aussi de continuer à le faire maintenant dans ces réflexions.

M. Certes. Je dis aussi, souvent, que les conditionnements par le passé n'ont guère de sens, et n'expliquent rien ! Ce qui peut nous apporter l'essentiel est de réfléchir à ces façons dont tout un groupe travaille vers un but commun, vers l'avant, et non pas vers le passé. Je pourrais en effet te dire : « Oui, il y a un facteur psychotique en toi. » Bah ! Il est plus important de comprendre comment un groupe familial assume ce qui atteint tous ses membres et que tout le monde porte sans manifester de trouble morbide. Peut-être untel le digère-t-il sur un mode artistique, créatif. Oui. Mais tout le monde travaille ensemble sans que tu puisses définir une bonne ou une mauvaise façon de le faire. Tout le monde travaille pour le même but, vers le même but. Si tu élargis cette notion, si tu te détaches même de la famille, tu peux prendre en considération d'autres groupes, plus larges, locaux, nationaux, dans des cultures différentes. Nous pouvons peut-être élargir de même cette notion. Des groupes nationaux font le même effort, avec leurs caractères spécifiques, culturels, typiques d'un lieu, d'une région. Par exemple, les Français font fonctionner jusqu'à l'extrême les possibilités de la raison humaine. Dans d'autres cultures, on va à l'extrême de la nostalgie, ou à l'extrême de certains défauts ou humeurs. Même dans ces groupes très vastes, existe un travail caché et mal perçu mais nécessaire. Réalisé plus consciemment, il serait plus efficace. C'est une question que je te pose. Ce modèle d'une conscience de type familial, collective, dans des grands groupes, ne doit-il pas métaboliser du négatif, et aussi du positif qui lui est mêlé ?

J.C. Ce qui me frappe, banalement, c'est la crise mondiale d'identité. Notre société en tant que « melting pot », fonctionne à travers la technologie, la radio, la télévision, la guitare électrique. La même musique est écoutée par un type qui construit un toit à Montevideo et à Versailles, en Italie, en France, aux Etats-Unis. Les modèles mondiaux brutalisent les cultures locales que tu évoques. Celles-ci sont exposées à une déflagration croissante. La commercialisation pousse à la course en avant dans la production de biens, survendus et surachetés. Parlons aussi de la surproduction d'images de synthèse, électroniques. Si nous revenons à la famille, le modèle de la famille est lui aussi en train d'éclater, et ceci depuis le siècle dernier, avec l'avènement du monde industriel, des grandes villes et maintenant des mégapoles et des transplantations massives. Mais malgré sa désorganisation, la famille continue d'être la charnière entre l'individu et le social, de façon sans doute de plus en plus morcelée aujourd'hui. N'exagérons rien : au siècle dernier, déjà existaient de fréquentes désorganisations des liens familiaux. De grands internats recevaient de

très nombreux enfants, placés ou abandonnés. Disons qu'aujourd'hui la créativité familiale s'exprime aussi, paradoxalement, à travers la pathologie relationnelle. La profession de thérapeute familial se développe simultanément, réponse possible à cette crise de civilisation au niveau de notre groupe primordial. Le bureau du psychothérapeute est lui-même en train de changer. Comme tu l'as montré, il se transforme en atelier d'expression et de communication, individuelles ou de couple, ou de groupe familial. La famille moderne dite nucléaire, ce noyau à petit nombre de participants va donc fréquenter cet espace de la psychothérapie. Les cliniciens se posent aussi la question : n'y a-t-il pas plusieurs types de familles en crise et plusieurs types de réponses thérapeutiques ? La pathologie relationnelle de la psychose, ou la psychosomatique de l'enfant, ou la déviance des jeunes, voici des formes cliniques diverses où l'approche familiale devient nécessaire. Lorsqu'il existe des troubles psychotiques, avec les très fortes tensions interpersonnelles qui les accompagnent dans la famille, l'essentiel est de ne pas accuser la famille, d'éviter qu'elle se sente mise en cause par toute forme de jugement moral de la part du clinicien. Les praticiens ont toutefois besoin d'un modèle qui leur permette de faciliter ces échanges psychologiques. Tu as raison de dire que cela ne sert à rien de revenir vers le passé. Toutefois, par exemple, une histoire des liens familiaux est une trame-guide pour comprendre les relations actuelles dans un groupe familial que tu abordes. A certains moments de ce passé, un apport essentiel a pu faire défaut à un enfant ou à un jeune. Nous avons besoin de ces repères pour mieux comprendre ses relations avec son entourage. De même, certains types particuliers de déficit, langage, spontanéité affective ou psycho-motrice, socialisation, sont liés à des relations psychoisantes entre les membres de tel groupe familial. Un message intérieur à la famille et un vécu difficile existent, avec les dialectiques des valeurs et des contre-valeurs, des choix et des refus, des talents et des manques propres à chaque groupe familial. Il se serait produit quelque chose qui a conduit telle famille dans telle voie de la créativité pathologique. Nous pourrions dire, toi et moi, maintenant, que l'esprit de la famille s'est organisé en noyau psychotique. Le patient n'est que la « victime », avec ces guillemets que Bateson mettait à ce mot et à ce rôle dans sa description du double lien. Il existe toujours un effort familial et aussi cette robustesse du psychotique qui cristallise et bloque à la fois le potentiel évolutif familial. Mais nous devons garder ainsi une volonté thérapeutique de respect vis-à-vis de la famille, le malade inclus.

M. Oui, le respect du travail de la famille.

J.C. Justement. Le thérapeute cherche à s'allier avec cet esprit de la famille. Le patient est le travailleur de la famille, il symbolise le travail de la famille face à son noyau psychotique.

M. Je pourrais te donner un exemple, une famille que je connais bien. La mère n'a pas de trouble apparent, mais à mon avis elle porte une bonne part du noyau psychotique. Je l'ai suivie et j'ai découvert sa pathologie lors d'une épreuve d'anticipation. L'image négative la plus frappante chez elle fut une pierre enfoncée dans la terre, comme une force régressive enfoncée en elle, absolument hors de sa

conscience. Elle contrôle sa pathologie en l'enfonçant au plus profond, hors de son regard. Une de ses filles, mariée aujourd'hui, est belle, fine, intelligente. Elle a choisi une profession qui n'a rien à faire avec ces qualités, sa finesse et sa délicatesse. Elle est dentiste. On l'imagine difficilement dans cette profession de manipulations plutôt agressives. Et elle est heureuse, comme si elle digérait ainsi le noyau agressif latent chez sa mère. Comme un travail concret et physique. Si tu l'avais connue, tu n'aurais certainement pas pensé à ce qu'elle trouve ainsi son équilibre professionnel. J'ai suivi une autre fille de cette malade. Elle avait fait un épisode psychotique réversible à la fin de l'adolescence. Et elle conservait des troubles, beaucoup d'angoisses, des tentatives de suicide. Elle semble être entrée dans un autre type de ce manquement du noyau psychotique que sa mère transmet sans en souffrir elle-même. Lors d'une visite qu'elles m'ont faite, à la maison, avec des amis, cette jeune femme nous a entraînés dans des discussions sur la parapsychologie, les esprits, les tables tournantes. D'abord sur un ton amusé. Puis, elle a révélé qu'à la fin de l'adolescence, elle avait eu des expériences spiritées. Je lui dis : « C'était toi qui déplaçais les objets et qui faisais bouger la table. — Mais non ! » J'ajoute : « Alors, on peut essayer maintenant. » Aussitôt, son visage a marqué de l'effroi : « Ah non, jamais ! » Elle ne savait plus manipuler ce noyau, sinon dans la peur et avec un risque réel pour elle.

J.C. C'était peut-être une rencontre où elle pouvait avoir peur de se livrer, de montrer son angoisse.

M. Oui. Mais parfois, me semble-t-il, cet effort peut se prolonger toute la vie de l'individu. J'ai lu le roman d'un auteur norvégien qui décrit trois générations successives, chacune apportant des solutions de plus en plus efficaces face à cette pathologie. Ce que l'auteur n'a pas pu faire contre la pathologie, son fils le fait, puis à son tour le petit-fils, admirablement. Dans ton rêve, tu voyais que la famille savait cela et qu'il est important que la famille dise à la fois que le psychotique est malade et qu'il n'est pas malade. C'est peut-être quelqu'un qui nous angoisse et que l'on pourrait blâmer, mais nous devons aussi reconnaître qu'il fait quelque chose de courageux pour les autres, il assume cette dualité.

J.C. Oui, le personnage montrait une certitude et une énergie frappantes, induisant un sentiment de sécurité.

M. Si on l'assimile pour une part au malade, on peut dire qu'il n'a pas choisi cette fonction dans la famille mais qu'il a été désigné par elle pour assumer certaines vertus et certains défauts de la famille. C'est un peu défilant peut-être de dire cela.

J.C. Non pas. Beaucoup de thérapeutes familiaux le pensent. Souvent on parle d'une régression personnelle, alors qu'il peut s'agir d'une façon de traiter le problème de la famille de façon à la fois individuelle et collective.

M. Je dois me rappeler que je suis psychothérapeute et que chacun se pose la question d'une volonté de soin, qu'elle vienne par exemple ici de l'intérieur de la famille ou que le thérapeute l'assume.

- Benoit J.C., Berta M. (1987) : *La pénombre du double. L'anticipation par les images positives et négatives*, ESF, Paris.
- Berta M. (1983) : *Prospective symbolique en psychothérapie. L'épreuve d'anticipation clinique et expérimentale*, ESF, Paris.
- Sutter J., Berta M. (1991) : *L'anticipation et ses applications cliniques*, P.U.F., Col. Nodules, Paris.

LES PSYCHOSES INFANTILES: ASPECTS ET STRATÉGIES SYSTÉMIQUES

Frédéric BRIDGMAN¹

Mots-clés: Les psychoses infantiles: aspects et stratégies systémiques. – L'hypothèse d'erreur logique familiale décrit la psychose infantile comme le résultat d'une confusion sur trois générations et propose des stratégies triadiques qui ont pour objectif de reconstruire les niveaux logiques de la communication familiale et indirectement de soutenir l'évolution positive de l'enfant.

Summary: *Infantile Psychosis: systemic aspects and strategies.* – The hypothesis of familial logic error describes Infantile Psychosis as a result of a three generations confusion and suggests to use triadic strategies with the object of recreating the family communication levels and so helping indirectly the child positive development.

Meinwörter: Psychose infantile – Pédiopsychiatrie – Ecosystème – Thérapie contextuelle.

Key-words: Infantile Psychosis – Child Psychiatry – Ecosystem – Contextual Therapy.

On sait que la nosographie des psychoses infantiles est un fourre-tout qui tente de rassembler des tableaux cliniques très variés et dont l'unité toute relative repose presque complètement sur des comportements de communication particuliers (5).

On pourrait donc penser que les thérapies familiales, et particulièrement celles d'orientation systémique, trouveraient là une évidence indiction et qu'elles obtiendraient des résultats intéressants. Et pourtant j'ai assez régulièrement observé et subi des échecs qui aboutissaient souvent à une rupture avec les parents ou à un enlisement de l'évolution de l'enfant, ce que je n'avais jamais observé dans les thérapies familiales appliquées à d'autres pathologies infantiles.

J'ai donc renoncé aux thérapies familiales proprement dites pour m'orienter, en accord aussi avec l'évolution de l'épistémologie systémique, vers des pratiques écosystémiques qui m'ont apporté des conditions d'observation et d'intervention apparemment plus efficaces.

Je n'exclus pas, *a priori*, du présent travail l'autisme infantile qui ne fait pas partie des psychoses infantiles dans les classifications internationales, sans pour autant discuter de l'incidence respective des différentes étologies qui ont été largement évoquées à son sujet, de même les états schizophréniques qui surviennent à l'adolescence. Je décrirai ici un modèle logique qui me paraît assez commun à ces trois

¹ Psychiatre des Hôpitaux, Responsable du DU de Thérapie Familiale à l'Université de Rouen.

champs psychopathologiques, mais je présenterai uniquement les stratégies systémiques que j'utilise dans le cadre des psychoses infantiles et qui me paraissent spécifiques à elles.

Les relations avec les familles à enfant psychotique provoquent une impression étrange chez l'intervenant. Les rencontres avec les parents et le travail avec l'enfant évoquent d'emblée un modèle de communication paradoxal. Les parents donnent l'impression de mêler en permanence les contraires: accord et désaccord, projet et stagnation, entente et rupture. L'enfant, quel que soit son degré de développement, semble figé et inamovible et les efforts thérapeutiques qui tentent d'obtenir des changements évolutifs entraînent très souvent des réactions régressives qui évoquent des rétroactions de nature homéostatique. Les équipes thérapeutiques peuvent être tentées d'affronter la famille dans une relation d'escalade dont l'enfant le plus souvent fait les frais, ou bien tempérer leur toute puissance et découvrir l'intérêt d'un travail avec ces familles si elles évitent de les désigner d'emblée comme dysfonctionnelles et pathogènes. On découvre alors que ces familles défendent une éthique relationnelle à respecter et qu'il s'agit de trouver avec elles des règles contractuelles qui concilient suffisamment le modèle familial et l'identité de l'institution thérapeutique.

Dans ce texte, j'essaie de répondre aux deux questions suivantes:

1. La famille à enfant psychotique utilise-t-elle une logique communicationnelle qui privilégie la sauvegarde du système familial aux dépens mais aussi grâce à l'enfant psychotique? Plutôt que d'un double lien pathogène adressé à l'enfant selon le modèle Batesonien, s'agirait-il d'une « erreur logique familiale » sur trois générations; en quelque sorte excès de zèle payé au profit de la famille idéale mais sans vraie solution de continuité avec les modèles familiaux dits normaux?
2. Comment le thérapeute et plus encore l'équipe thérapeutique peuvent-ils concilier les stratégies pertinentes au modèle ci-dessus et la loyauté à leur institution?

La famille à enfant psychotique

Le modèle qui va être développé repose donc sur l'hypothèse d'une « erreur logique familiale » qui concerne peut-être plusieurs générations et dont l'enfant psychotique représente seulement le point d'émergence. Mais avant d'aborder la question de l'enfant psychotique et de sa famille, il est nécessaire de redéfinir les règles générales de la communication familiale à un moment précis du cycle de la vie familiale qui nous concerne particulièrement en pédopsychiatrie: la naissance de l'enfant.

Réhabilitation du paradoxe dans la communication humaine

Le double lien Batesonien a le mérite d'éclairer le paradoxe pragmatique et de le rendre palpable, mais il l'isole aussi comme comportement de communication pathogène. C'est sans doute, qu'à l'origine, ce modèle a été élaboré dans le cadre de

la psychiatrie de l'adulte et dans des situations d'hospitalisation, à un moment où la vie familiale s'est définitivement figée (1).

Or une vision contextuelle de la psychose, et surtout de la psychose infantile, invite à réinsérer le paradoxe dans la gamme des comportements humains habituels et permet peut-être de le considérer comme un apprentissage logique indispensable à la construction de la famille et à son fonctionnement. A cet égard, la psychose infantile apporte des conditions d'observation et d'intervention favorables, puisque l'enfant est encore en interaction permanente avec sa famille.

Abordé au moment de la naissance de l'enfant, le cycle familial trigénérationnel apparaît de la façon suivante: la loi d'exogamie impose aux deux parents qu'ils transmettent à leur enfant, à partir de règles qu'ils ont reçues de leurs familles d'origine respectives, un ensemble suffisamment cohérent de valeurs et de comportements. Les parents sont donc contrainits à un travail interactionnel qui aboutisse à fonder en un tout, suffisamment harmonieux pour maintenir leur relation, les différences qui les séparent.

La naissance de l'enfant sollicite donc une double parentalité paradoxale indispensable pour éviter l'éclatement du système conjugal sous la poussée des contradictions provoquées par les familles d'origine des parents. On sait que l'incidence des divorces ou des séparations est forte à la naissance du premier enfant.

Le couple parental effectue, en passant du modèle familial bigénérationnel au modèle trigénérationnel, un véritable saut épistémologique. Avant la naissance du premier enfant, chacun des conjoints triangule sa relation avec sa propre famille d'origine et l'autre conjoint dans un système bigénérationnel. L'arrivée de l'enfant crée un système trigénérationnel, familles d'origines - parents - enfant, dont le fonctionnement repose entièrement sur la capacité du couple à établir avec leurs familles d'origine respectives une frontière suffisante. Cette redéfinition de la relation entre les générations 2 et 3 (en posant que la génération 1 est celle des enfants) implique que le couple parental maîtrise suffisamment l'usage de la communication paradoxale pour éviter les affrontements constants sur les valeurs transmises par la génération 3. Dans les moments difficiles, le couple pourra recourir à la métacommunication pour trouver un compromis. Cette maîtrise toute relative et intuitive de la communication paradoxale permet au couple de surmonter plus facilement les moments de conflits et en conséquence d'aborder avec moins de crainte leurs différences. En somme, le couple a appris à disjoindre, par la métacommunication aux moments des difficultés, le niveau des désaccords et celui de la relation, tout en étant capable de gérer la vie commune quotidienne de manière suffisamment homogène et fonctionnelle. Ce sont des couples qui fonctionnent sous la règle: « d'accord pour être en désaccord ».

Cette capacité du couple à retriangler sa relation à l'arrivée de l'enfant, en changeant son modèle logique communicationnel, repose sur l'apprentissage que chacun des futurs parents a effectué dans sa famille d'origine, particulièrement à l'époque où adolescents ils géraient la dyade paradoxale de la loyauté à la famille et de l'autonomie.

On voit donc que l'apprentissage logique obéit à une circularité sur trois générations: ce que l'enfant acquiert dans la maîtrise du paradoxe dans sa famille d'origine, il l'utilise ensuite comme parent dans sa famille d'orientation. Il faut bien trois générations pour faire un enfant psychotique comme le proclame l'aphorisme mais,

à l'inverse, on peut dire qu'il faut aussi trois générations pour apprendre à utiliser le paradoxe seul capable de pérenniser le cycle de la vie familiale. Les familles à enfant psychotique montrent à l'inverse un fonctionnement linéaire dont le facteur temps semble même oublié.

Dans les situations où la génération 3 n'existe pas, quand il y a substitution du niveau parental par placement ou adoption à un âge un peu tardif, la maîtrise de la communication par le paradoxe paraît beaucoup plus difficile, ce qui retentit sur les capacités d'autonomie, de réussite sociale et de construction familiale ultérieure du jeune. Ces enfants souvent n'accèdent pas à la métacommunication: leurs performances sont très décalées par rapport à leurs capacités et les psychothérapies sont peu efficaces. Plus tard, ils montrent une grande difficulté à s'éloigner de la famille nourricière, ou à l'inverse la rupture est complète (3).

L'ensemble de ces considérations confirmerait que la communication humaine repose fondamentalement sur un modèle triadique de type caplowien (4). Ce modèle impose à chacun des membres une double interaction qui, sans le paradoxe, par le jeu incessant des coalitions et des conflits, menacerait en permanence la survie du système. Seul le paradoxe fournit le moyen commun de concilier les incompatibilités, jusqu'au moment où la métacommunication doit intervenir, à l'occasion d'un désaccord plus bruyant que d'habitude, pour réajuster la définition des relations.

Dans le cadre de la famille nucléaire, l'enfant lui-même occupe une fonction paradoxale: petit élément réclamant protection, il est aussi fondateur de la triade familiale. Il dépend d'une famille qui dépend de lui. On est tout proche du paradoxe du menteur, où le locuteur est contenu dans son propre énoncé, surtout à une époque où les parents n'utilisent plus guère de substituts pour élever les enfants, comme pouvaient le faire couramment dans le passé des membres de la famille élargie, des domestiques ou un pensionnat, ce qui tendait à rigidifier la frontière intergénérationnelle et donc à linéariser la relation parents-enfant.

Donc le paradoxe apparaît bien nécessaire, comme outil communicationnel, au fonctionnement de la triade familiale nucléaire. Des messages parentaux adressés à l'enfant qui alterneraient exclusivement entre accords et contradictions n'apprendraient pas à celui-ci à simultanément différencier et associer les fonctions parentales, et plus tard à concilier loyalement à la famille d'origine et individualisation. Le paradoxe représente donc le moteur de la triade. Quand un des parents adresse un message à l'enfant, il peut lui indiquer implicitement un autre message plus ou moins incongruent au premier qui réfère à l'autre parent. L'enfant apprend ainsi à entendre et à concilier en même temps deux messages et à répondre par des comportements qui tiennent compte de sa relation avec ses deux parents. Par exemple: la mère appelle Jérôme à table sans succès et accepte de répéter son message trois fois quand le père n'est pas encore rentré. Quand le père est là, Jérôme vient à table dès la première injonction et la mère, dans ce cas, ne tolérerait pas de n'être pas immédiatement obéie.

La psychose infantile est-elle le résultat d'un apprentissage logique défectueux ?

Le syndrome d'erreur logique familiale, que nous avons évoqué, constitue l'hypothèse qui nous permet d'associer une causalité multifactorielle dans les familles à enfant psychotique et la symptomatologie de ces enfants.

Le travail familial avec les parents d'enfant psychotique oriente vers des modèles interactionnels assez constants pour être évoqués.

Dans le cadre de leur famille d'origine, les futurs parents ont eu du mal à construire leur personnalité aussi bien sur le mode de l'adhésion aux valeurs familiales qu'en luttant contre elles. Ils n'ont pas répondu aux attentes de leurs parents mais ils n'ont pas non plus pu se structurer en adoptant des comportements d'opposition.

Les parents donnent l'impression d'avoir été des enfants qui n'ont pas été soutenus et qui ont inlassablement frappé à la porte familiale sans oser l'ouvrir eux-mêmes et plus tard partir vers d'autres horizons. Certains ont été battus sans comprendre pourquoi, d'autres n'ont pas satisfait aux valeurs, mais tous partagent une incapacité à commenter leurs relations à leurs familles d'origine tant à l'époque de leur enfance qu'à l'âge adulte.

La période de l'adolescence, en particulier, n'a pas joué le rôle de transition entre l'appartenance familiale et les comportements croissants d'autonomie. Le choix conjugal est difficile à évoquer et donne lieu à peu de commentaires émotionnels.

Une fois le couple constitué, les conjoints n'arrivent pas à définir une frontière intergénérationnelle satisfaisante avec leurs familles d'origine qui de façon constante n'approuvent pas leur choix conjugal, mais le plus souvent sur un mode implicite. Ou bien le jeune conjoint ne voit plus sa famille, mais ne peut pas exploiter ses capacités d'autonomie, soit à l'inverse il continue d'entretenir avec elle une relation d'indifférenciation qui peut représenter un des facteurs de son incapacité à s'adapter sur le plan socioprofessionnel. On voit donc qu'enfant, adolescent, adulte, le futur parent de l'enfant psychotique n'a pas reçu et acquis l'apprentissage logique qui lui permet de concilier les incompatibilités, qu'elles soient générationnelles, conjugales ou qu'elles concernent son individualisation. Comme nous l'avons supposé plus haut, seule la maîtrise suffisante du paradoxe communicationnel permet de gérer le dilemme de l'appartenance et de l'autonomie.

Peut-on donc retenir l'hypothèse d'une infirmité logique qui, dans le cadre de la relation conjugale, interdirait de commenter les messages et les comportements ? Dans la famille à enfant psychotique, il semble bien que cette règle familiale aie pour fonction de protéger le système conjugal alors que les frontières perméables avec les familles d'origine représentent une menace permanente pour le couple. D'ailleurs, dans le travail avec l'enfant, il est fréquent d'avoir affaire avec les frères, les sœurs et les parents du couple dont les rôles et les comportements n'apparaissent pas différenciés, et qui adoptent à l'égard de l'enfant et des intervenants qui s'en occupent les mêmes règles de communication, c'est-à-dire une absence de jugements, d'engagements et de commentaires. Il semble même que cette métarègle protège l'ensemble du système familial élargi et l'aide à fonctionner.

En revanche, les frères et sœurs de l'enfant psychotique évoluent souvent normalement et l'ensemble de la famille paraît adopter d'autres règles quand il s'agit d'eux. La définition des relations, des rôles et des fonctions est alors autorisée et fait intervenir des repères temporo-spatiaux.

Tout se passe comme si un seul enfant suffisait pour faire fonctionner, sur un mode redondant, rigide et indifférencié, le système trigénérationnel. On peut penser que l'enfant psychotique représente la part de loyalement de ses parents à l'égard

de la troisième génération et qu'il leur évite ainsi une métacommunication dange-reuse pour la pérennité du couple; il paie leurs dettes sans échéance prévisible et sans qu'un moratoire de remboursement soit négociable (2).

Les parents d'enfant psychotique n'ont donc pu ni établir une frontière suffi-sante avec leurs familles d'origine, ni trouver le moyen en payant leur autonomie de confirmer leurs nouvelles fonctions parentales, en confiant, par exemple, un de leurs enfants aux grands-parents.

Le travail thérapeutique

On sait qu'il présente d'énormes difficultés, non seulement parce que l'évolu-tion de l'enfant ne se fait pas comme nous le souhaitons, mais surtout parce que nous avons le sentiment d'être manipulés par la famille, parfois au point de se sen-tir, pour une part avec d'autres intervenants antérieurs, responsables de la psychose ou au moins d'en empêcher l'évolution favorable.

Le premier contact

Il est facile, les parents viennent sans difficultés et le ton est cordial. Le couple parental fournit d'abondants renseignements sur l'histoire de l'enfant, l'apparition des troubles, les diverses consultations, les hospitalisations et les interventions thé-rapéutiques. L'apparition des troubles est la plupart du temps décrite comme bru-tale, évoquant une perte importante d'acquisitions; elle est très souvent attribuée à un geste médical ou à une hospitalisation. L'attribution de cette responsabilité, pourtant lourde, ne donne pas lieu à des signes d'indignation ou de douleur, ou même à une perte de confiance verbalisée à l'égard des milieux thérapeutiques.

En fait, à aucun moment, maintenant ou plus tard, le couple ne montre un désac-cord congruent dans lequel les messages verbaux et émotionnels concordent. C'est par un effort de retrait que le clinicien prend conscience d'un décalage entre la symptomatologie dramatique et l'anamnèse de l'enfant, et le ton de l'entretien. Les parents sont venus, mais ne paraissent pas souffrir et semblent ne demander aucun changement. La relation contractuelle s'établit d'emblée sur le mode paradoxal d'une demande pour que rien ne change. La relation et le contenu sont confondus et le projet thérapeutique n'est pas dissociable de la relation en *hic et nunc* avec la famille. Le modèle contractuel triadique qui consiste à établir une relation néces-saire à la réalisation d'une tâche est impossible. Mais les rencontres avec les parents ne dévoilent pas clairement la règle du « toujours plus de la même chose », et c'est beaucoup plus la symptomatologie de l'enfant qui en représente l'aspect visible.

L'enfant psychotique

La symptomatologie de l'enfant psychotique se résume, avant tout, à un trouble de la relation à l'autre. Malgré la variété des tableaux cliniques, l'intervenant, dès le

premier abord, est dans l'impossibilité de définir la relation avec l'enfant, c'est-à-dire de régler la distance interindividuelle et de ponctuer les séquences de mes-sages.

L'enfant psychotique, dans la moyenne, alterne entre des comportements de fusion et d'indifférence à l'autre, et aussi, dans les cas modérés, des moments de contact où la relation paraît s'établir. Ce dilemme relationnel évoque un comporte-ment de type binaire, en tout ou rien, et renvoie au modèle de communication par-adoxe pathologique dans lequel les deux éléments d'une alternative ne peuvent être ni confrontés ni en conséquence différenciés par l'introduction d'un troisième élément discriminant. L'apparition du langage à valeur de communication est retar-dée, précédée par une parole écholalique. L'enfant, dans une phase de transition parfois longue, utilise le « tu » à la place du « je ».

Dans les cas graves, l'enfant applique aussi à son corps et aux objets un mode de fonctionnement dyadique, sur un rythme binaire. Ce sont les stéréotypes corpo-relles qui comprennent les grimaces répétitives, la rotation des mains, les battements de bras, les balancements et les tournoisements du corps. Le rapport aux objets pri-vilegié ceux qui offrent aussi ce type de fonctionnement à deux pôles: interrupteurs électriques, portes, fenêtres... Les jouets, sont également détournés de leurs fonc-tions et l'enfant s'intéresse interminablement à faire tourner une roue de la voiture ou à ouvrir et fermer les yeux de la poupée...

Tout essai du clinicien pour interrompre ou intervenir dans ces activités déclenche généralement une réaction d'angoisse de type régressif avec parfois auto-mutilation ou bien, dans les cas plus modérés, une attitude de fusion avec l'adulte. A un degré plus macroscopique, on connaît ces enfants qui ne supportent pas le moindre changement dans le déroulement d'une journée ou même d'une semaine.

L'enfant psychotique a donc mis en place un monde organisé sur un fonctionne-ment binaire dans lequel l'alternative, la différenciation des niveaux de communica-tion et en conséquence le rapport triadique à la réalité sont proscrits.

Les travaux de Selma Fraiberg (6) sur les enfants aveugles apportent des anat-o-gies intéressantes à la psychose infantile et illustrent l'hypothèse de l'apprentissage logique déficitaire. Le quart de 27 enfants aveugles âgés de 3 à 14 ans dont s'est occupé l'auteur dans les années 60 « présente un tableau clinique d'autisme. Ils ont des comportements stéréotypés, des balancements, des mutismes ou des écholalies. Ces enfants ne présentent aucune réaction à leur mère ou à tout autre être humain... Les mains ne cherchaient pas à atteindre des objets ou à capter des infor-mations. Il y avait comme une sorte d'alliance morbide des mains avec la bouche. Quand les mains n'étaient pas au service de la bouche, elles restaient figées à la hauteur des épaules avec des mouvements de doigts inutiles et stéréotypés... Les autres enfants, considérés comme *normaux*, présentaient presque tous un type ou un autre de stéréotypie: tournoisement, balancements... Mais ces enfants n'étaient pas autistes. C'est ainsi que Selma Fraiberg a soulevé, dans toute sa complexité, la question d'une éventuelle parenté entre la privation sensorielle et certains aspects des manifestations autistiques. » Selma Fraiberg en conclut que la vue est nécessaire au développement de la personnalité et que le travail éducatif doit consister à pro-mouvoir la main comme organe primaire de perception. Les enfants sourds pro-fonds souffrent également de troubles de la personnalité.

Ces travaux confirment que la structuration de la personnalité dépend d'une bisensorialité primaire (vision, audition) qui représente la condition initiale pour accéder à une perception stéréognosique de la réalité et à une définition de soi. Mais, selon notre hypothèse, l'enfant n'acquiert progressivement cette capacité stéréognosique à maîtriser son rapport au contexte et simultanément à structurer sa personnalité que quand, dans le cadre de la relation triadique avec ses deux parents, il reçoit des messages suffisamment complexes. Ce qui suppose que les parents ont su mettre en place, comme nous l'avons vu, une double parentalité paradoxale.

Le projet thérapeutique

Il a donné lieu à de grands enthousiasmes suivis d'aussi grandes déceptions. La pédopsychiatre s'était individualisée en France dans les années 1950 essentiellement sur la distinction entre les déficits intellectuels et les psychoses infantiles dont l'évolution allait être transformée, pensait-on alors, par les techniques thérapeutiques. Les théories intrapsychiques mais aussi le double lien Batesonien paraissaient justifier des efforts et même un acharnement thérapeutiques qui désignaient clairement les familles comme responsables, pour une large part, de la maladie de leur enfant.

Cette tentation orthogénique des thérapeutes raidit évidemment les parents et place l'enfant dans un dilemme qui l'écartèle entre la volonté de l'institution de le faire évoluer et ses parents qui lui demandent par loyauté de rester le même. Certains enfants se chronisent, d'autres fluctuent interminablement entre progrès et régressions (souvent à l'occasion d'une maladie somatique), d'autres présentent des états épileptiques intercurrents d'apparition brutale avec des pertes d'acquisitions impressionnantes et parfois des stigmates physiques dramatiques, et quelques-uns même meurent sans raisons médicales bien claires. Comme nous l'avons déjà vu, les parents ne peuvent montrer ni accord, ni désaccord car la métacommunication est trop dangereuse pour la survie de la famille et la situation se pérennise non sans quelques incidents toutefois qui relancent l'indignation des thérapeutes, comme quand la famille va consulter d'autres praticiens ou s'engage dans des traitements complémentaires non orthodoxes.

Au fil des années et des projets pleins d'espoirs qui quelques années plus tard aboutissaient à des orientations défavorables pour l'avenir du jeune et culpabilisantes pour l'équipe soignante, nous avons élaboré des stratégies dont l'idée centrale a consisté à imaginer un compromis entre l'homéostasie familiale fondée sur l'hypothèse de l'erreur logique et l'identité institutionnelle qui repose sur l'intervention thérapeutique.

L'hypothèse d'erreur logique familiale, telle que nous l'avons décrite, renvoie à deux conséquences qui nous ont guidés pour élaborer notre façon de faire :

- Le fonctionnement familial est paradoxal et impose donc aux thérapeutes de se conformer à ce modèle tout en gardant une créativité suffisante à un projet de changement pour l'enfant

Trois générations au moins sont impliquées, ce qui oriente vers des stratégies de type contextuel.

La première proposition indique qu'il faut essayer de concilier deux ordres de points de vue, de projets et d'interventions incompatibles. Et cela dans une relation de type dyadique qui correspond au modèle familial, comme nous l'avons vu. Les essais de triangulation qui consisteraient à disjoindre le travail avec l'enfant et une thérapie familiale avec la famille nous ont toujours paru impossibles ; ils représentent sans doute pour la famille, par le moyen d'une hiérarchisation des niveaux de communication, une menace trop grande pour la survie familiale. C'est donc généralement au clinicien qui a reçu initialement la famille de gérer le paradoxe entre le respect de l'homéostasie familiale et le projet thérapeutique de l'institution. Tout essai de métacommunication qui tenterait de clarifier cette position diploïque, du côté de la famille comme du côté de l'institution, trahit le modèle logique de l'hypothèse et à l'expérience aboutit à l'échec.

Avec la famille, le clinicien acceptera une relation pour que rien ne change, alors que dans le cadre de l'institution, et en particulier dans les réunions de synthèse, où se vérifient les loyautés institutionnelles, il collaborera suffisamment au projet thérapeutique. Au cours des rencontres avec la famille dans l'institution, la partialité multi-directionnelle est un des moyens pour le clinicien d'éviter la coalition, mais surtout de ne pas hiérarchiser les points de vue et donc de ne pas retomber dans les pièges du changement de type 1. Dans ce cadre, il s'agit donc concrètement de ne pas commenter le travail de l'équipe soignante et les progrès éventuels de l'enfant.

Certaines équipes ne supportent pas la loyauté scindée du clinicien surtout dans une institution fortement hiérarchisée. Dans les équipes où la délégation et l'autonomie de chaque membre sont suffisantes et où le fonctionnement correspond à la trilogie de type 5 de Caplow (4), la position paradoxale est évidemment mieux tolérée.

Cette position, qui duplique la position de l'enfant, ne représente pas, par elle-même, un moyen thérapeutique, mais apporte le cadre dans lequel vont pouvoir exercer les stratégies de changement de niveau 2, c'est-à-dire celles qui concernent la famille et son modèle communicationnel. Cette première phase peut durer longtemps ; le temps, comme dans tout travail systémique, représente un moyen incontournable et essentiel d'affiliation à la famille, particulièrement dans ces familles au temps suspendu.

Il s'agit donc, après un temps suffisant, d'apprendre à la famille un nouveau modèle de communication qui autorise chacun à classer les informations et les messages, et à devenir capables de les qualifier.

L'hypothèse de l'erreur logique familiale que j'utilise pose en postulat que les niveaux générationnels familiaux sont dans un rapport d'analogue métaphorique avec les niveaux logiques de la communication. C'est ce que j'ai essayé de montrer ici à propos des familles à enfant psychotique. Pour d'autres familles, en particulier celles qui ont un adolescent présentant un état schizophrénique d'apparition assez récente, le travail intergénérationnel dans le cadre d'une thérapie familiale, en complémentarité avec les thérapies individuelles, est possible et efficace à terme. Par contre, nous l'avons vu, l'intervention systémique avec les

familles à enfant psychotique ne peut pas se disjoindre du travail en *hic et nunc* avec l'enfant lui-même.

Les stratégies que nous allons décrire sont de type éco-systémique et ne peuvent donc être utilisées que dans des cas de psychoses infantiles modérées. Elles s'appuient en effet sur d'autres institutions ou structures, et d'autres systèmes familiaux, ce qui n'est possible que si les troubles de l'enfant ne remettent pas trop en cause son intégration. Elles procèdent de manière pointilliste, sont très liées aux contextes dans lesquels elles interviennent et ne peuvent que difficilement être condensées et généralisées; c'est pourquoi ce que je vais essayer de faire maintenant.

Ces stratégies poursuivent deux objectifs – sans d'ailleurs jamais les atteindre – objectifs qui sont liés dans un rapport d'incongruence de nature paradoxale.

Le premier qui apparaît explicite concerne directement l'évolution de l'enfant. Il satisfait les buts de l'institution soignante et l'attente des partenaires médicaux. Il s'agit de soutenir les parents dans la recherche d'une intégration extra-familiale quelle qu'elle soit. Dans les premières années, l'enfant peut-être confié à une nourrice, puis à une halte-garderie pour quelques heures par semaine au début, ou encore à un membre de la famille élargie. Un peu plus tard, l'enfant entrera à l'école maternelle sur un temps d'abord très court. Les parents semblent s'engager assez facilement dans cette orientation si l'institution soignante ne les précède pas et surtout n'utilise pas l'intégration comme preuve des progrès qu'elle aurait obtenu de l'enfant. D'ailleurs, l'entrée en maternelle ne donne aucune certitude quant au passage de l'enfant en grande section et dans le cycle primaire.

Les parents trouvent sans doute dans l'intégration l'occasion de reconstruire une relation paradoxale avec les soignants et d'échapper ainsi au risque d'un contrat thérapeutique trop cadrant. Quoi qu'il en soit, si l'intégration concerne directement et individuellement l'enfant et intéresse son évolution, elle donne aussi l'occasion d'intervenir progressivement sur le modèle communicationnel familial. L'intégration en effet organise trois systèmes en triade ce qui va permettre d'influer progressivement sur la nature des relations comme nous allons le voir.

Le second objectif est plus implicite et doit rester lié au premier dans un rapport d'incongruence. Il s'agit en effet de soutenir un projet sans faire apparaître de perspective de changement, tant du moins que le fonctionnement de la famille n'auto-rise pas à différencier les niveaux de la communication sur le modèle « d'accord pour être en désaccord ». Cette phase du travail fait appel à des stratégies de type contextuel qui ont pour buts de connecter et de mettre en résonance, sur un mode métaphorique, l'organisation des intervenants et la structure de la famille.

Cet objectif consiste à mettre en place et à faire fonctionner des « hiérarchies » qui renvoient aux niveaux générationnels familiaux; ces niveaux générationnels ayant eux-mêmes fonction de matrice dans l'élaboration d'une communication complexe, selon notre hypothèse d'erreur logique familiale. Ces stratégies se résument à un point qui paraît constamment important et qui renvoie à deux conséquences exploitables en termes de comportements appropriés: une position basse par rapport à l'école. Cette position place d'abord l'institution soignante en coalition avec la famille, puisque tout progrès de l'enfant diminue son influence par augmentation du temps scolaire, et elle met simultanément en place une triade dont

deux des membres – la structure thérapeutique et l'école – sont à même de définir la nature hiérarchique de leurs relations. Dans le cadre réglementaire de l'école, les conventions d'intégration fournissent la métarègle qui définit les relations de tous les partenaires qui la signent, jusqu'à l'IDEN et l'Inspecteur d'Académie.

Comme les conventions l'imposent, les rencontres de tous les partenaires ont lieu au moins une fois tous les six mois, à l'école si possible ou à l'Inspection départementale. Dans ces réunions, les stratégies éco-systémiques que nous avons décrites semblent vraiment efficaces avec un recul de plusieurs années et peuvent transformer le pronostic évolutif des enfants psychotiques de type dysharmonieux. Dans ce cadre et sur un temps suffisamment long, la relation des parents semble évoluer progressivement, comme si, selon notre hypothèse, la hiérarchisation de la triade venait corriger peu à peu la confusion des niveaux générationnels de la famille telle que nous l'avons décrite plus haut. Les parents se regardent plus; l'un peut évoquer l'autre quand il est absent; le questionnement circulaire devient possible. Enfin ils peuvent commencer à se montrer en désaccord, ce qui dans quelques cas aboutit à une séparation.

Quand on a affaire à des familles moins dysfonctionnelles, une proposition d'accueil familial thérapeutique peut être acceptée par une famille capable de s'adapter jusqu'à un certain point à une relation de type paradoxal. En effet dans une AFT, ce sont les parents eux-mêmes qui demandent à être aidés et qui pourtant sont maîtres du placement. Quand la triade famille d'origine – famille d'accueil – équipe d'AFT est en place, l'intervention systémique consiste essentiellement à définir et à clarifier les relations comme s'il s'agissait d'un travail intergénérationnel, renvoyant en termes métaphoriques aux géogrammes des deux parents. La famille d'accueil s'installe progressivement en niveau générationnel 3 et au fil du temps perd sa compétence au profit de celle des parents (3).

Dans quelques cas, la famille échoue dans cette entreprise, et les retours de l'enfant dans la famille augmentent encore le dysfonctionnement, souvent dans le sens d'une dangerosité quand les parents entrent en escalade avec la famille d'accueil, cette étape représentant d'ailleurs déjà un changement dans la relation du couple, mais aux dépens de l'enfant. Il nous arrive donc d'annoncer aux parents que nous sommes contraints d'informer la justice, ce qui d'ailleurs ne rompt pas la relation et nous permet de continuer à travailler dans un cadre d'AFT, mais cette fois dans une relation de hiérarchie avec un service d'Assistance éducative en milieu ouvert ou avec l'Aide sociale à l'enfance. Nous nous retrouvons comme avec l'école dans une relation complémentaire qui renvoie métaphoriquement au géogramme de la famille.

Toutes les situations évoquées ci-dessus représentent donc des stratégies pour faire fonctionner des triades relationnelles dans lesquelles la définition des rôles et des fonctions de chacun des intractants devient possible.

Le renvoi métaphorique au géogramme familial peut être apprécié d'abord par une clarification des frontières intergénérationnelles. Il est fréquent que la famille nucléaire quitte alors le domicile d'une des deux familles d'origine pour créer son propre foyer et que les interventions de la famille élargie, par exemple à propos de l'enfant psychotique, soient mieux régulées par le couple parental. Il me paraît inutile, ou même risqué, de recadrer ce travail dans le cadre d'une thérapie fami-

liale formalisée. Je préfère continuer à utiliser les opportunités contextuelles et surtout à m'appuyer sur des triades systémiques, qu'elles soient structurales, comme l'école ou une AEMO par exemple, ou familiales, quand des membres de la famille élargie viennent apporter leurs aides dans des tâches concrètes comme le transport de l'enfant ou une période de vacances.

Au fil du temps, la nature des relations des structures thérapeutiques avec ses partenaires contextuels se précise et gagne en souplesse. Ce sont les établissements et les hiérarchies de l'Éducation Nationale: IDEN, psychologues scolaires, directeurs d'écoles et évidemment enseignants, les services médico-sociaux, de placement et d'assistance éducative...

Quant à l'objectif qui concerne avant tout l'évolution de l'enfant, il est prudent de ne jamais l'aborder directement dans la crainte de déclencher des rétroactions. L'hypothèse d'erreur logique familiale conduit à se maintenir dans un rapport de triangulation avec l'enfant et son histoire clinique, mais aussi à imaginer que la redéfinition des relations générationnelles va autoriser une reconstruction des niveaux logiques de la communication.

Avec un recul de plus de dix ans, il semble que les enfants évoluent positivement et surtout maintiennent leurs acquisitions. Leur langage s'enrichit et se complexifie, permettant souvent une psychothérapie individuelle ou des aides en orthophonie et en psychomotricité. Ils suivent rarement une scolarité normale, mais se maintiennent souvent dans les cycles spécialisés de l'Éducation Nationale. Certains enfants sont orientés dans les établissements médico-éducatifs et y développent des capacités relatives d'autonomie sociale. Dans tous ces cas, l'évolution déficitaire semble avoir été évitée.

F. Bridgman

15, rue de Crosne
F-76000 Rouen

BIBLIOGRAPHIE

1. Benoit J.-C. (1982): *Les doubles liens*, PUF, Paris.
2. Boszormenyi-Nagy L., Spark G (1973): *Invisible Loyalties*, Harper & Row, New York.
3. Bridgman F. (1987): « Le placement familial, système à double parentalité », *Thérapie Familiale*, 3, Vol. 8, pp. 301-313.
4. Caplow T. (1984): *Deux contre un. Les coalitions dans les triades*, ESF, Paris.
5. Mazet Ph., Houzel D. (1993): *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Maloine, Paris.
6. Sampaino E. (1994): « Le développement précoce des enfants aveugles: les travaux pionniers de Selma Fraiberg », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1, Vol. XXXVII, pp. 29-47.

PSYCHIATRIE ADULTE SANS LITS

M.C. CABIE

Résumé: *Psychiatrie adulte sans lits.* — A travers la description de la création d'un centre d'accueil et de thérapie brève, ou centre de crise, et à partir de son expérience de thérapie systémique brève, l'auteur essaie de montrer comment une telle structure peut être un outil efficace de prévention et de traitement en psychiatrie publique adulte. Cela nécessite un changement d'épistémologie. Les patients sont nos partenaires à part entière, et sont les experts de leur propre thérapie. La fragilité du centre d'accueil vis-à-vis des hôpitaux traditionnels favorise la mise en place d'une telle définition de la relation.

Summary: *Adult Psychiatry without beds.* — Through the description of the founding of a crisis center, and from her experience as a systemic brief therapist, the author shows how such an institution may be an effective tool for disease control and treatment in adult psychiatry. That requires the change of our epistemology. Patients are our partners, and are the experts for themselves and their therapy. The weakness of the crisis center compared with the hospitals makes easier the construction of such a relationship.

Mots-clés: Psychiatrie adulte — Hospitalisation — Thérapie brève.

Key-words: Adult Psychiatry — Hospitalisation — Brief Therapy.

Depuis deux ans, nous avons ouvert au sein d'un secteur de psychiatrie adulte un « centre d'accueil et de thérapie brève », ouvert 24h/24, destiné à répondre aux situations de crise. Situé au cœur de la cité, il facilite l'accès aux soins. Fragile, il oblige à développer de nouvelles modalités thérapeutiques, et à remettre en question l'épistémologie psychiatrique « classique », sans pour autant l'abandonner. Il ne peut exister qu'en complémentarité avec les autres structures de secteur et notamment les services d'hospitalisation. La paradoxicité de sa position en fait un lieu privilégié pour mettre en œuvre l'épistémologie systémique.

Un peu d'histoire...

L'idée de créer un centre d'accueil et de thérapie brève ou centre de crise, si l'on utilise la dénomination administrative, est venue naturellement après un travail de dix années centré sur la réhabilitation des patients hospitalisés de longue date. Le nombre de lits occupés ayant considérablement diminué, nous avons centré notre réflexion sur l'accueil des patients « en crise ». Nous connaissons tous les circuits invariables qui leur sont imposés, avant qu'une réponse plus ou moins adaptée leur soit donnée. Intervenir au moment de la crise en mobilisant les ressources du système et du réseau donne plus de chances à notre avis à la survenue d'un changement de type deux.

Ne disposant pas de structure permettant une telle réponse, nous avons créé en étroite collaboration avec la direction de l'hôpital un centre d'accueil et de thérapie brève ouvert 24h/24.

L'hôpital étant implanté sur notre secteur, la tentative a été très forte d'ouvrir un tel centre au sein même de l'hôpital. Néanmoins, nous avons repoussé cette idée. Nous oublions souvent la façon dont sont perçus les « malades mentaux » et leurs soignants. Une étude récente sur l'image de la psychiatrie dans la population générale confirme l'existence d'une ségrégation. Elle est présente même chez nos partenaires les plus proches, qu'il s'agisse des psychiatres travaillant à l'hôpital général, des psychiatres de secteur privé, des médecins généralistes ou des assistantes sociales.

Ces préjugés sont d'autant plus importants que l'hôpital psychiatrique est proche, surtout lorsqu'il s'agit du célèbre « Charenton » ! Changer l'image de la psychiatrie publique nécessite des changements au sein même de l'hôpital. Mais les murs sont trop hauts pour que cela suffise. Adopter une stratégie directe ne fait que renforcer l'exclusion du « fou ». Adopter une stratégie indirecte favorise la création de relations différentes avec la population et permet des ouvertures.

Or, les centres d'accueil et de thérapie brève offrent une possibilité de contact avec nous plus facile, moins dramatique. Ils amènent progressivement nos partenaires sociaux et la population à nous percevoir différemment.

Un patient me disait après l'ouverture de notre centre, combien son existence même le rassurait. Il savait que s'il allait mal, il n'aurait pas besoin d'aller à l'hôpital. Être malade n'était plus synonyme pour lui d'exclusion, de honte. Il a accepté le fait d'avoir à prendre un traitement. Il le gère pratiquement seul. Depuis il n'a pas été hospitalisé, alors qu'il l'était jusque là une fois par an, souvent sur demande d'un tiers !

Une autre possibilité aurait été de collaborer plus activement avec les urgences des hôpitaux généraux voisins. Cette action est complémentaire de celle du centre d'accueil et de thérapie brève.

Mais les hôpitaux généraux ne se trouvent pas sur notre secteur et sont donc plus difficiles d'accès. L'accueil qui y est fait est plus impersonnel, moins humain que dans une petite structure. De nombreuses personnes en souffrance, effrayées par les blouses blanches, l'anonymat, ne font pas le choix d'y aller.

Avoir recours aux urgences suppose également l'impossibilité d'attendre et signe la gravité de la situation. L'appellation « Urgences » marque le contexte. Certains ne s'autorisent pas à y aller. Par contre il est plus facile de venir dans un centre d'accueil et de thérapie brève, avant la tentative de suicide, avant que la situation ne devienne dramatique.

Nous avons préféré baptiser notre centre, « centre d'accueil et de thérapie brève », plutôt que « centre de crise » pour des raisons similaires. Il nous a paru important que les personnes puissent venir sans avoir besoin d'être « en crise ».

La remise en question du modèle psychiatrique classique...

Au cours des études de médecine, nous avons appris à repérer les symptômes, à poser un diagnostic, à prescrire un traitement. Il est très important de garder ce

savoir-faire et de le compléter par une attention particulière à notre façon de construire la relation thérapeutique.

Nous connaissons bien, en thérapie familiale, l'importance des premiers contacts avec nos clients, premiers pas de la construction de cette relation. Nous savons aussi combien nous influençons nos clients et sommes influencés par eux.

Lorsqu'un patient ou son entourage fait appel à nous, il est angoissé, perdu. Il a échoué dans la résolution des difficultés auxquelles il est confronté. Prisonnier d'une vision du monde univoque, il pense ne plus avoir d'alternatives, ne plus avoir la liberté de diriger sa vie. Ne parlons-nous pas d'aliénation mentale ?

Le thérapeute est son « sauveur » potentiel. Il se trouve en position complémentaire haute vis-à-vis du patient. Cela ne signifie pas pour autant que ce dernier accepte vraiment cette définition de la relation, qu'il accepte de nous faire confiance.

Si le patient nous mandate réellement pour l'aider, si ses objectifs coïncident avec les nôtres, alors une alliance thérapeutique se noue. L'issue est généralement positive.

Mais parfois, le patient vient sans avoir vraiment choisi de venir. Il se méfie de nous, ne pense pas que nous puissions vraiment l'aider. Il a peur de notre jugement, de notre analyse de sa personnalité.

Ce serait une erreur de tenir pour acquise, de manière systématique, sa demande d'aide. Cela conduirait à une rigidification de la relation complémentaire patient-thérapeute. C'est pourtant ce que nous sommes très vite amenés à faire, si nous suivons, à la lettre, le modèle médical. Le médecin est celui qui sait, le patient celui qui doit suivre. Au lieu de découvrir des alternatives, patient et thérapeute sont pris dans une relation de dépendance dans laquelle tous deux seront perdants. Sans une affiliation suffisante, proposer un traitement, une thérapie, une tâche, destinés à provoquer un changement, renforce et peut-être même induit des résistances.

Cette tentative de décider pour et à la place du patient existe dans le contexte de consultation. Elle est encore plus forte en institution. Lorsque nous lui cédon, cela transparaît surtout dans les « petites décisions » des modalités d'hospitalisation : visites, téléphone, sorties etc... C'est encore plus flagrant lorsque nous essayons de convaincre le patient de se rallier aux objectifs que nous avons pour lui. Les patients alcooliques, auxquels nous prescrivons l'abstinence totale, sans qu'eux-mêmes l'aient choisie, illustrent bien la nécessité de remettre en question une telle attitude.

Vers un partenariat ou le choix des thérapies brèves

Il s'agit pour le thérapeute, comme le souligne Luc Isებაert à propos des thérapies systémiques brèves, d'utiliser sa position haute pour « mettre le patient en position d'expert, chercher ses compétences et donner son aval à ses solutions. C'est dans ce va-et-vient, dans cette circularité de mandats, que le thérapeute se fait confier pour pouvoir le rendre, que se constitue la spirale vertueuse qui augmentera les capacités du patient et du système à résoudre ses propres difficultés ». Si le thérapeute est un expert en thérapie, le patient est l'expert pour sa thérapie.

Si une telle vision de la relation thérapeutique est simple, elle n'est pas pour autant facile à mettre en pratique. Une thérapie peut être considérée comme un processus interactionnel. Les rétroactions du patient aux interventions du thérapeute sont considérées systématiquement comme des d'informations utiles pour promouvoir la coopération, pour mettre en place la circularité de mandat.

Afin de nous guider dans cette tâche, nous avons élaboré, à partir du travail de Steve De Shazer, un arbre de décision. Loin de donner des recettes, ce dernier est surtout utile pour aider le thérapeute à suivre l'un des premiers conseils de John Weakland à ceux qui veulent faire des thérapies brèves: « *Go Slow!* »

Nous ne développerons ici que quelques aspects de cet outil, à partir de deux questions clés.

1° Existe-t-il une demande d'aide ?

Lorsqu'un patient fait appel à nous, cela ne signifie pas pour autant qu'il nous demande de l'aide. Cette demande peut le concerner et être celle de l'un de ses proches, ou venir du système social. Cela signifie néanmoins une souffrance que nous devons entendre. Il s'agit de l'allocoïque qui vient devant les menaces de séparation de son épouse, du patient qui est adressé par son médecin généraliste et qui estime que ses troubles ne relèvent pas de la psychiatrie etc... Nous disons alors que le patient construit avec nous une relation de « passant ».

Notre objectif est de l'amener à élaborer cette demande d'aide ou à suffisamment le mobiliser pour résoudre ses difficultés sans nous. Il s'agit pour cela de solliciter les ressources et les compétences du patient, de valoriser l'intention positive de la personne qui l'envoie, la qualité de leur relation, de s'intéresser aux valeurs du patient – ce à quoi il tient dans sa vie, en bref de faire pencher la balance du côté du non-changement et de la valorisation de la personne. Bien sûr, élargir le système d'intervention, en recevant, avec l'accord du patient et en sa présence, la personne à l'origine de la requête, ou les personnes qu'il aura choisies, facilite le travail.

2° S'agit-il d'une demande d'aide travaillable ?

Cela revient à poser la question de l'existence d'objectifs. Ceux-ci sont de bons indicateurs sur la progression du patient dans sa thérapie. Ils sont utiles au thérapeute et au patient. Ils répondent à un certain nombre de critères:

- Ce sont les objectifs du patient, et non pas ceux du thérapeute ou de l'équipe soignante.
- Ils sont petits: il est plus sûr d'avancer à petits pas.
- Ils sont décrits en termes de comportements. Ils sont ainsi plus facilement mesurables.
- Ils sont exprimés sous la forme de la présence de... et non pas de l'absence de... Par exemple, si une patiente est moins angoissée, alors elle pourra sortir plus

facilement. Sa première sortie consistera à aller chercher seule ses enfants à l'école.

Ils représentent le début d'un processus et non pas son aboutissement. Nous souhaitons aider les patients à reprendre leur route sur un chemin qui leur convienne. Il ne s'agit pas de les accompagner tout au long de ce chemin.

Ils respectent l'écosystème du patient et sont donc acceptables pour son entourage.

Pour être atteints, ils nécessitent un travail difficile.

Il s'avère parfois impossible, dans un premier temps, de définir de tels objectifs avec les patients. Nous disons alors qu'ils établissent avec nous une relation de « chercheurs ». Leur demande d'aide est vague ou bien encore autoannulatrice. Ils ont des objectifs et les présentent pour des milliers de raisons, comme impossibles à atteindre.

Là encore, il vaut mieux aller dans le sens du non changement, s'intéresser à ce que le patient veut garder de sa vie actuelle, lui proposer de faire un travail d'observation sur ce qui l'aide, etc...

Mme D. vient en situation de crise, adressée par son généraliste, pour un état dépressif grave avec idées suicidaires. Elle a été hospitalisée trois semaines dans une clinique. Elle en est sortie la veille, à la suite de troubles du comportement. Elle dit avoir été « mise dehors ». Elle est accompagnée par son ami. Au cours de l'entretien, elle se montre très réticente, elle dit sa méfiance vis-à-vis des psychiatres. Elle dit être toujours très déprimée, avoir des idées suicidaires. Elle ne souhaite pas parler de son histoire, parce que « cela la rend encore plus mal ».

Elle établit donc avec nous une relation de type « passant ». Nous pourrions être tentés de la convaincre de nous raconter son histoire, de nous faire confiance, etc... Ce faisant, nous prenons une position haute vis-à-vis d'elle et nous condamnons son attitude. Il y a de grandes chances pour que nous renforçons sa méfiance et qu'elle ne revienne pas. Si nous arrivons à la convaincre, nous la plaçons dans une relation de dépendance dans laquelle nous savons mieux qu'elle ce qui lui convient. Il y a une forte probabilité pour qu'elle nous disqualifie par la suite.

Nous choisissons de nous affilier à elle en confirmant sa méfiance vis-à-vis des psychiatres, en la félicitant pour sa franchise et pour sa confiance en son généraliste et en son ami. Puis nous nous adressons à son ami en lui demandant comment il aide sa compagne, ce qui lui semble efficace, à quels moments elle lui semble moins mal, quelles sont les ressources de son amie, ce qui la motive, comment il pense que nous pouvons les aider et si nous pouvons les aider, etc... M.G. se montre très coopératif. Nous nous appuyons sur sa relation avec Mme D. pour établir peu à peu une meilleure relation avec Mme D., en faisant émerger une demande d'aide.

Lors de la pause, notre hypothèse est que Mme D. a établi une relation de type « chercheur », relation qui reste très fragile. Nous décidons de la valoriser, de lui demander de choisir entre plusieurs propositions, quant à la suite immédiate de l'entretien. Souhaite-t-elle passer quelques jours au sein de notre centre, pour se protéger contre ses idées suicidaires, pense-t-elle que venir quelques heures dans la

journée serait suffisant, ou alors simplement en consultation? Quelle est son appréciation quant à un traitement antidépresseur? Nous demandons à M.G. d'aider Mme D. dans son choix. Celle-ci refuse une admission dans le centre de crise, et une augmentation de son traitement. Elle décide de rentrer chez elle et de venir en consultation. Nous la félicitons pour son courage, et félicitons M.G. pour le soutien qu'il lui donne. Nous leur proposons pour son retour, plusieurs tâches jusqu'au prochain entretien. Il s'agit de tâches d'observation, centrées sur l'état de Mme D. et sur ce qui l'aide à se sentir mieux. C'est M.G. qui est chargé de réaliser celle qui lui semblera la plus adaptée. Nous demandons à Mme D. de continuer à lutter comme elle le fait déjà.

Si M.G. n'avait pas été là, nous n'aurions probablement pas pu amener Mme D. dans une relation de type « chercheur ».

Néanmoins, nous aurions pu travailler avec Mme D. à partir de ce qu'elle imagine que M.G. souhaite pour elle, comment il la perçoit, etc...

Il faut en général plus de temps pour que cette stratégie soit efficace.

Thérapie brève et centre d'accueil...

Est-il possible d'utiliser le centre d'accueil et de thérapie brève de façon à ce que le patient puisse devenir l'expert pour sa thérapie en mobilisant ses ressources et celles de son entourage?

Il nous semble que de par sa structure même, ses impératifs de fonctionnement, le centre d'accueil dispose de certains atouts.

Beaucoup de psychiatres ont reproché aux centres de crise de ne pas disposer du plateau technique nécessaire pour traiter les urgences ayant à la fois une composante psychiatrique et somatique. Cette fragilité, cette faiblesse, en nous obligeant à préciser nos limites est également une force. Nous ne nous présentons pas comme « tout puissants ». Ceci nous amène à solliciter le soutien, la collaboration du patient pour lui apporter notre aide, plutôt que de la lui imposer.

Nous disposons de cinq lits d'accueil, que nous nous efforçons de laisser vides, et dont les patients peuvent bénéficier pour une durée maximale de huit jours. Cette limitation dans le temps s'est révélée extrêmement mobilisatrice, aussi bien pour le patient et son entourage que pour l'équipe soignante.

Mais ces atouts ne sont pas suffisants en eux-mêmes. Ils nécessitent que l'équipe soignante les utilise en développant de nouvelles façons de faire, témoins d'un changement épistémologique.

Lorsque nous avons ouvert le centre d'accueil et de thérapie brève, l'équipe soignante y a reproduit les habitudes des services d'hospitalisation de l'hôpital.

Il a fallu peu à peu remettre en question ce fonctionnement. Nous sommes passés pour cela par plusieurs étapes.

Au cours de la première étape, nous n'avons pas pu nous détacher des « lits ». Nous avons modifié le « règlement intérieur ».

Nous avons choisi de ne pas parler d'hospitalisation, mais d'accueil à temps plein, d'accueil à temps partiel, ou d'entretien d'accueil. Ce changement a facilité

l'abandon des blouses blanches. Il en reste une dans la salle de soins pour les injections, perfusions, prises de sang...

Les portes du centre sont ouvertes toute la journée. Nous avons décidé de les fermer le soir, après le départ des secrétaires, par crainte que quelqu'un puisse entrer dans le centre à notre insu, du fait de la configuration des locaux.

Nous avons également laissé tomber les « permissions ». Les sorties sont systématiquement autorisées. Nous demandons à être prévenus de l'endroit où se rend la personne et de la durée de son absence. Nous vérifions avec elle si cette sortie va dans le sens de la réalisation de ses objectifs. Lorsque nous avons pris cette décision vis-à-vis des sorties, les infirmiers ont exprimé leur sentiment d'avoir été « abandonnés » par les patients au cours d'un week-end particulièrement ensoleillé!

Les patients circulent librement dans le centre, ont notamment accès à la cuisine. Cette libre circulation a également suscité beaucoup de discussions. De nombreux soignants avaient peur de ce que les patients pourraient faire, et de l'engagement de leur responsabilité. L'ergothérapie est encore fermée. Nous sommes en train de travailler à son ouverture en dehors des heures de présence des ergothérapeutes.

Les visites sont à priori favorisées, à condition qu'elles ne gênent pas les autres patients. Ce sont des moments privilégiés pour entrer en contact avec l'entourage du patient et faire le point de la situation.

Puis nous avons réfléchi à la façon même dont nous organisons cet accueil à temps plein. Au lieu de le prescrire, nous avons souhaité le négocier avec le patient et/ou son entourage. Que veulent-ils obtenir de cet accueil? Comment sauront-ils qu'ils n'en ont plus besoin? Un traitement chimiothérapeutique est-il utile? Tous ces points sont discutés lors de l'entretien d'accueil et repris chaque jour. Nous partons du principe que si le patient a su faire appel, il sait aussi à partir de quand il pourra voler de ses propres ailes. Nous préférons qu'il décide du moment de sa sortie et qu'il puisse revenir s'il en sent le besoin, sans craindre d'être retenu contre son gré.

M. F. est un jeune homme de 28 ans amené en urgence par son amie en raison d'un état d'excitation psychomotrice évoluant depuis quelques jours. Dépassée par les événements, cette amie fait appel aux parents de M. F. et notamment à son père. Celui-ci nous rejoint assez rapidement. M. F. se montre opposé à une hospitalisation et à la prise d'un traitement. Une négociation s'engage entre lui et son entourage. Il en résulte que M. F. ira chez son père. Ce dernier peut se libérer pour rester près de lui dans cette période difficile. M. F. accepte alors de prendre un traitement léger qui sera revu lors d'entretiens quotidiens avec M. F. et son entourage. Une attitude psychiatrique classique aurait conduit à une hospitalisation sur demande d'un tiers, à des injections faites sans le consentement du patient qui aurait de fait été « déresponsabilisé ».

M. F. et son amie ont d'abord été reçus par les infirmiers, qui devant l'importance de l'état maniaque et la non-coopération du patient, ont fait appel au psychiatre de garde. Entre-temps l'arrivée du père a permis, en élargissant le système d'intervention, de trouver une nouvelle solution, dans laquelle chacun des membres du système, y compris l'équipe soignante, a pris une part de responsabilité et une part de risques. Peu à peu les modalités du traitement ont été renégociées et assouplies. M. F. a décidé de s'engager dans une thérapie et a choisi lui-même son thérapeute, après

avoir rencontré plusieurs personnes. Depuis il semble s'être stabilisé et n'a plus présenté d'épisode maniaque.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons pu constater que plus nous « négocions » cet accueil à temps plein, moins il s'avérait utile pour les personnes en situation de crise. Par contre, nous avons développé des hospitalisations brèves programmées dans le cadre de certaines thérapies. Nous sommes ainsi passés progressivement à une deuxième étape, au cours de laquelle nous avons centré notre attention sur les accueils à temps partiel, et surtout sur l'entretien d'accueil.

Ceux-ci sont menés par les infirmiers. Leur objectif est d'évaluer la demande du patient et de son entourage, et de décider avec eux de la marche à suivre les plaçant d'emblée en position d'experts pour eux-mêmes. En fonction de l'urgence, ils font immédiatement appel à un psychiatre.

Les infirmiers reçoivent les patients à deux. L'un prend plutôt une position de leader, l'autre d'observateur. Le début de l'entretien est centré sur l'affiliation, et sur les questions que nous connaissons bien : Qui demande ? Quoi ? Pour qui ? Pour faire quoi ? Pourquoi maintenant ?

Puis, ils font une pause pour préparer la fin de l'entretien. Celle-ci comprend en général le résumé des difficultés rencontrées par le patient, la mise en valeur de ses ressources et de celles de leur entourage, et la proposition d'alternatives parmi lesquelles le patient choisit avec les siens celle qui leur semble la plus appropriée.

Bien que le matériel soit disponible et facilement utilisable, il ne nous est pas possible d'enregistrer sur magnétoscope ces entretiens d'accueil, du fait de l'opposition forte de certains thérapeutes du secteur. Ces entretiens sont repris et travaillés lors d'une réunion hebdomadaire.

Le point le plus important que nous avons pu aborder au cours de cette étape est la distinction entre objectif et moyen. En aucun cas, une consultation, un accueil à temps plein ou à temps partiel, ne peut être considéré comme un objectif. Tout au plus est-ce un moyen que nous mettons à la disposition du patient pour atteindre son objectif. Ceci peut sembler évident, et pourtant...

En conclusion, nous souhaitons insister sur l'intérêt de tels centres pour la prévention de l'urgence psychiatrique, et la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations au sein du secteur. Notre expérience n'est pas unique. Plusieurs centres de crise existent en France et ont prouvé leur efficacité sur ces deux points, quel que soit le modèle théorique utilisé. Leur petit nombre permet des rencontres régulières et des échanges. Les réalités très différentes sont fonction des contextes. Cette diversité, cette richesse, l'enthousiasme des équipes soignantes qui découvrent de nouvelles contrées sont très stimulantes et nous conduisent à remettre en question nos fonctionnements, nos croyances, nos modèles. Ce terrain est propice à la créativité. Il semble néanmoins que l'approche systémique offre quelques pistes intéressantes à exploiter... Mais ne nous y trompons pas ! Ces centres d'accueil ne sont qu'une étape dans l'évolution de la psychiatrie publique au sein de notre société.

M. C. Cabié

Centre Valmy
11, rue de Valmy
94220 Charenton

- Berg I.K. (1994) : *Family-Based Services, A solution focused approach*, Norton, New York.
- De Shazer S. (1988) : *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Norton, New York.
- Gilligan S., Price R.E. (1993) : *Therapeutic Conversations*, Norton, New York.
- Hoffman L. (1985) : « Beyond power and control: toward a second order family systems therapy ». *Family systems medicine*, 3, pp. 381-396.
- Keeney B.P. (1991) : *Improvisational therapy: a practical guide for creative clinical strategies*. Guilford Press, New York.
- Nardone G., Watzlawick P. (1993) : *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. L'esprit du temps, Psychologie, Paris.

PSYCHOSES ET PRATIQUE ÉCO-SYSTÉMIQUE

Serge KANNAS*

Résumé: *Psychoses et pratique éco-systémique.* — L'auteur présente sa pratique de psychothérapie familiale auprès de patients psychotiques et de leur famille. Dans une première partie, il commente l'impact des grandes théories explicatives sur le traitement. Dans une deuxième partie, il aborde la question de la place réciproque de la famille et de l'institutionnalisation. Dans la troisième partie, il décrit son modèle de travail (avec les parents, le patient, la question des médicaments, les écueils à éviter, le problème de la chronicité et les principaux résultats observés).

Summary: *Psychosis and eco-systemic practice.* — The author gives a description of his family therapy work with psychotic patients and their family. He first comments the influence of classic theoretical views on the therapeutic process. In a second part, he affords the whole theme of family and institutional treatments. Third, he describes his therapeutic model, with parents, patient, medications, difficulties and final results.

Mots-clés: Schizophrénie – Psychose – Psychothérapie familiale et psychose – Psychothérapie familiale et schizophrénie – Approche éco-systémique et schizophrénie.

Key-words: Schizophrenia – Psychosis – Family psychotherapy and psychosis – Family psychotherapy and schizophrenia – Ecosystemic approach and schizophrenia.

Voici environ un siècle que les très célèbres Kraepelin et Bleuler ont tenté de spécifier, au sein de la médecine mentale, des entités appelées psychoses et schizophrénies. En 1995, ce domaine continue de représenter un problème majeur de santé publique ainsi qu'un défi essentiel pour tous les modèles thérapeutiques.

L'émergence kraepelinienne a coïncidé avec le point culminant du positivisme médical, dont le surgenon actuel est le modèle biologique de la maladie mentale. C'est aussi à cette époque qu'est née la psychanalyse, qui a influencé tout aussi largement ces questions. Le mouvement des thérapies familiales, noyau dur des pratiques éco-systémiques, n'atteint, si l'on peut dire, que son demi-siècle à peine (l'âge des neuroleptiques!) – petit frère au regard de ses glorieux aînés.

Pour la compréhension de ce qui va suivre, nous utiliserons indifféremment le terme *psychose*, *schizophrénie*, ou bien des « équivalents rédactionnels » tels que *maladie mentale* ou *problème psychiatrique*. Etant entendu que nous ne cherchons pas à définir de façon subtile des formes cliniques, ce dont l'École Française de Psychiatrie est si fière, et légitimement. De même, nous ne discutons pas la référence aux DSM III R, ou DSM IV. Dans cet article, il ne nous est pas apparu de corrélation

* Psychiatre, Chef de service, secteur adulte, C.M.P.

entre une intervention thérapeutique dans le cadre général d'un modèle, et une référence diagnostique ultra-précise (il semble d'ailleurs que ce soit souvent le cas en psychiatrie). Enfin, nous nous référerons généralement à la schizophrénie de l'adulte jeune (18 à 40 ans) en situation sociale de « quitter la maison »¹. D'une part parce qu'elle est de loin la situation la plus commune. Et d'autre part, parce que nous avons la conviction que les situations plus tardives correspondent le plus souvent à l'échec du traitement de la situation initiale de crise de l'adulte jeune et à sa chronification progressive sous l'influence de différents paramètres. Nous y reviendrons. Les psychoses qui surviennent à l'âge adulte soulèvent, d'après nous, d'autres questions.

Par ailleurs, une des grandes faiblesses de cet article, totalement acceptée à l'avance, concerne son aspect qualitatif. Il ne s'appuie pas sur des études comparatives étayées statistiquement. Nous espérons toutefois que le lecteur voudra bien admettre l'intérêt d'une expérience professionnelle de près de trente ans auprès de patients psychotiques et de leur famille, dont la moitié environ, dans le cadre d'une pratique éco-systémique. Pour des données plus chiffrées, il pourra se reporter à l'ouvrage cité en note².

1. L'impact des « grandes théories »

Un regard rétrospectif sur un siècle de « grandes théories », une fois débarrassées de leurs scories les plus subalternes, nous apporte les informations suivantes, à la fois essentielles et limitées :

- Le modèle médical a confirmé que la possession d'un cerveau était une condition nécessaire pour devenir schizophrène. Cerveau vulnérable, comme le montre l'efficacité des neuroleptiques. Cerveau programmable, comme l'ont montré toutes les études de jumeaux.
- Les analystes ont apporté l'idée que le comportement du psychotique n'était pas insensé, mais qu'il pouvait avoir un sens relationnel, intra-personnel ou « inter-personnel/intra-personnel »³. De Freud à Lacan, et bien d'autres, toutes les études cliniques ont confirmé ce fait.

¹ Voir *Leaving Home*, Jay Haley, traduction française, ESF, 1991, Paris.

² Voir *Family Therapy In Schizophrenia*, William R. McFarlane, The Guilford Press, Londres, 1983, Chapitres 3, 5 & 7.

³ Nous n'avons pas trouvé d'autre formulation pour rendre compte de comment, selon nous, les analystes décrivent les relations interpersonnelles, soit comme « réalité », soit comme introjection. On se référera, entre autres à : Freud, Ferenczi, Searles, Fairbairn, Winnicott, Lacan, Anzieu, Eigue, Ruffino, et bien d'autres.

Les systémiciens ont apporté l'idée que le comportement du schizophrène pouvait avoir une fonction dans le contexte plus large où il apparaît et se maintient, c'est-à-dire la famille en règle générale. Là aussi les illustrations cliniques n'ont pas manqué.

En 1995, et sous ces angles, les trois théories possèdent une plausibilité suffisamment forte pour pouvoir être considérées comme « vraies simultanément ». Ce qui gêne un peu les choses, c'est lorsque ces théories – ou plus exactement les théoriciens qui les portent – veulent ériger un modèle descriptif, partiel, plutôt pertinent, en modèle explicatif totalitaire. Ce dont l'expérience clinique ne rend pas compte. Il est remarquable de constater à quel point il existe un contraste entre ces attitudes arrogantes, doctrinaires, mutuellement exclusives, et le peu de démonstrations tangibles. Chaque théorie promettant le « paradigme absolu », le « grand soir » explicatif, le « lendemain qui chante » thérapeutique. Tout ceci au gré de fortunes variées, liées à l'attente des pouvoirs publics, au financement des laboratoires, au poids des médias et des établissements ou lobbies divers.

Le mouvement systémique n'est absolument pas indigne de ce reproche général car il a accredité l'idée, ou laissé dire par des épigones ou des exégètes, que les perturbations familiales rendent fou. C'était là le paradigme ultime, au même titre que ceux qui parlent de la « forclusion du Nom-du-Père », de la « déficience symbolique », ou encore ceux-là qui parlent de la voie « sérotoninergique », du « faiscenu médian du télencéphale », sans oublier les « gènes à pénétrance variable ».

On peut s'arrêter quelques instants et réfléchir sur ce paradigme systémique. Tout d'abord, il est présent dès l'origine de la thérapie familiale. Le premier article de G. Bateson, en 1956 sur le double lien⁴, présente un enfant « victime » d'une mère ou de parents « bourreaux » (c'est nous qui soulignons). Même si la formulation est modifiée dans des articles ultérieurs sur un mode plus circulaire, l'élan est donné et permettra vingt à trente ans de travaux sur la communication pathologique dans les familles et les taxonomies familiales, à la recherche d'un improbable critère spécifique⁵.

Ce paradigme et cette recherche n'étaient pas, selon nous, systémiques. Expliquons-nous. La poursuite d'un raisonnement circulaire appliqué à la schizophrénie (les perturbations familiales rendent fou), devrait faire apparaître le demi-cercle manquant, à savoir qu'un membre schizophrène perturbe gravement aussi une famille, le couple des parents, sans préjuger du reste. C'est un péché de jeunesse de l'approche systémique, de vouloir être systémique avec les familles, et linéaire avec les institutions et les modèles.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'en mettant l'accent sur la responsabilité de la famille, en réalité on vise implicitement les parents. Tous les chemins mènent ainsi aux mêmes accusés. Et par ce biais, le modèle systémique ordinaire, différencié en apparence des autres modèles, renoue avec eux, avec les

⁴ Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.H.: « Vers une théorie de la schizophrénie » in *Vers une Ecologie de l'Esprit*, G. Bateson Tome II, Ed. du Seuil, Paris, 1980.

⁵ Lief J.R., Vaughn C., *Expressed Emotion in Families: Its significance for mental illness*, Guilford Press, New York, 1985.

mêmes pratiques traditionnelles anti-parentales issues de certains excès de la pratique psychanalytique et de la psychiatrie classique. La thérapie familiale est née de la recherche sur la schizophrénie comme la psychanalyse est née de la recherche sur l'hystérie. Mais, comme le remarque Mc Farlane⁶, la thérapie familiale a rapidement abandonné sa mère pendant vingt ou trente ans. Il semble que la thérapie ait déçu dans ce domaine les espoirs mis en elle.

Autrement dit, nous en sommes arrivés à ce que Jay Haley décrit de façon polémique à propos du patient fétichiste et de la psychanalyse⁷. Nous disposons d'une théorie qui décrit remarquablement comment un monsieur remplit entièrement son armoire avec des chaussures de femmes. Mais, lorsque le problème devient de vider l'armoire, la même remarquable théorie ne marche pas.

Nous disposons de plusieurs théories qui décrivent remarquablement comment un individu peut devenir fou. Mais, sont-elles appropriées chacune de leur côté, théorie stipule qu'il faut traiter l'expression somatique d'une vulnérabilité dont l'origine reste inconnue, et que faire en attendant que nos connaissances augmentent significativement dans ce domaine. Les neuroleptiques sont utilisés depuis maintenant 45 ans, et nous sommes convaincus que c'est le changement des pratiques qui a modifié l'évolution du traitement des patients schizophrènes, beaucoup plus que l'introduction d'un médicament nouveau pendant ce laps de temps. La deuxième théorie stipule qu'il faut entreprendre une psychothérapie individuelle patients se montrent peu capables de respecter un cadre ou de porter une demande, et lorsque cela arrive, chacun sait que les résultats sont très incertains. La troisième théorie nous enseigne qu'il faut changer la famille et s'étonne de voir que les familles résistent, nous combattent et nous quittent, lorsqu'elles ne nous abandonnent pas leur rejeton en chemin, sans résultats probants.

L'impact des grandes théories nous amène ainsi aux idées suivantes:

Tout se passe comme si la schizophrénie peut être considérée comme une crise individuelle et familiale, témoignant de l'interaction entre une vulnérabilité somatique (cérébrale) d'origine inconnue, et un environnement individuel (histoire du sujet) et familial (étape du cycle de vie familial, histoire de la famille, état des relations intra-familiales). Cette vulnérabilité somatique ne signifie ni fatalité, ni déterminisme. Elle peut ou non s'exprimer de façon clinique en fonction de divers paramètres individuels ou familiaux, qui vont affecter le déroulement de la crise, être affectés en retour par elle, et ainsi de suite.

Cette formulation générale, vérifiable P.P.C.D. psychiatrique, nous montre qu'aucune théorie ne peut prétendre construire un kit universel d'intervention thérapeutique. Il s'agit alors de partir de ce qu'attendent les familles des pratiques

professionnelles⁸, et comment ces différentes approches peuvent être utilisées pour réaliser ces attentes.

Ainsi posée, la question devient: quelles ressources médicales, individuelles, familiales, communautaires, pouvons-nous utiliser pour:

- hospitaliser moins souvent et moins longtemps,
- obtenir le taux de rechutes le moins élevé possible, et les plus brèves,
- donner le plus de chance, ou gagner du terrain vers la normalité, c'est-à-dire les multiples formes acceptables qu'elle comporte, à savoir travailler ou étudier, gagner sa vie, avoir un partenaire sexuel durable ou non, vivre au sein de sa famille, seul ou dans une famille nouvellement créée, avoir des amis, en devenant acteur de ces buts, dans un contexte social où l'usage est de quitter la maison.

2. Le travail avec les familles – La famille comme ressource – Fonction et place de l'institutionnalisation

Dans la première partie du siècle, l'institutionnalisation représentait la part essentielle du traitement des patients schizophrènes. Elle réalisait une séparation implicite ou explicite avec la famille et permettait à cette dernière de se réorganiser sans le patient, car celui-ci passait à l'hôpital psychiatrique les trois quarts de sa vie. Si bien que si d'aventure une guérison inattendue, ou des circonstances particulières entraînaient un retour du patient chez lui, cela pouvait déclencher des conséquences dramatiques pour les deux parties. D'un point de vue formel, au fil du temps, l'hospitalisation prenait l'allure d'une adoption clandestine du patient par le système psychiatrique, où il apprenait avec les professionnels à reproduire ou maintenir les mêmes relations que dans sa famille.

A la fin des années cinquante, la situation a évolué sous l'influence de deux facteurs. Le premier fut la découverte et l'utilisation généralisée des neuroleptiques (>1952-1960). Ces derniers ont fait plus que calmer l'agitation. Ils ont permis des guérisons définitives et des améliorations très significatives, sans compter un changement radical dans l'atmosphère des hôpitaux psychiatriques. Simultanément, pour ces raisons, la question du traitement ambulatoire (c'est-à-dire avec le patient dans sa famille) s'est trouvée de plus en plus posée. En même temps, le regard porté sur l'utilité des hôpitaux psychiatriques s'est modifié; ses limites, ses aspects iatrogènes⁹ ont été davantage relevés. Parallèlement, des mouvements de contestation socio-politique émergeaient, critiquant de plus en plus ouvertement les institutions en général, et psychiatriques en particulier. Ce fut la période antipsychiatrique. Le mouvement des thérapies familiales y a pris largement sa part¹⁰, car

⁶ Family Therapy in Schizophrenia, W.R. Mc Farlane, Guilford Press, New York, 1983, voir introduction.

⁷ *Leaving Home*, Jay Haley, Traduction française ESF, 1991, Paris.

⁸ Hatfield B. Agnes, What Families Want of Family Therapists, in *Family Therapy in Schizophrenia*, W.R. Mc Farlane, Ed. Guilford Press, Londres, 1983, Voir chapitre II.

⁹ Voir les travaux de Goffmann (*Asiles*), de Stanton & Schwartz (*The Mental Hospital*) et de Barton (*La Neurose Institutionnelle*, Ed. du Seuil).

¹⁰ *Le Réseau, Alternative à la Psychiatrie*, Textes recueillis par M. Elkaim, Ed. Le Seuil 10-18, Paris.

Il insistait sur la relation entre santé mentale et contexte social. La sectorisation en France (>1960) et le mouvement communautaire aux U.S.A. (*Kennedy Act* de 1963) en sont le reflet partiel. Tout ceci a entraîné un large mouvement de désinstitutionnalisation. De plus en plus de patients passaient de plus de temps dehors, c'est-à-dire dans leurs familles. De nos jours, les trois quarts de nos patients passent les neuf dixièmes de leur vie au sein de leur famille. On ne peut leur laisser faire le travail toutes seules.

Les « psy » de 1995 sont donc confrontés à la famille comme influence prépondérante et incontournable, et donc à des choix. Ils peuvent alors (c'est la position « archéopsychiatrique ») se replier sur l'attitude traditionnelle d'avant 1950. Bien campés, protégés dans leur bunker hospitalier qu'ils continueront d'appeler asile (pour bien montrer que la vie y est meilleure que « dehors »), ils adopteront leurs patients au long cours. Ils éviteront coûte que coûte la famille, n'imaginant parfois même pas qu'elle a un rôle à jouer. Ils délégueront à d'autres professionnels les contacts avec la famille et leurs conséquences lointaines.

Ils peuvent aussi adopter la position « paléopsychiatrique¹¹ », en apparence plus ouverte et plus subtile de neutralité malveillante. Ils ne contesteront pas ouvertement la famille, ne lui feront aucun reproche officiel, tout en pensant pis que pendre. Simplement, ils conseilleront, sur un mode allusif et apitoyé, plus « d'autonomie » pour le patient. Par le biais d'un logement « autonome », mais financé par les parents. Ou bien encore par l'autonomie des « circuits psychiatriques » : foyers, hôpitaux de jour, éloignements spécialisés, qui réaliseront des parentectomies royalement ficelées, véritables kidnappings psychiatriques, d'autant plus féroces qu'officiellement déniés, pour le bien du patient. On connaît le devenir habituel de ces parcours qui échouent assez régulièrement et sont recommencés inlassablement. Ils finissent toujours de la même façon par le retour à la maison, dans la famille, seul havre disponible, à qui on laisse peu le choix dans ce cas. La famille est alors éssanguée après toutes ces années, avec l'accumulation, de part et d'autre (patient, professionnels, familles), du désespoir, de la rancune, de la colère, de la lassitude. Si dans l'intervalle, l'épuisement de la famille jamais écoutée, mais constamment recours, ne la pousse pas à baisser les bras, et à confirmer définitivement l'adoption de leur rejeton schizophrène par le système psychiatrique.

Une dernière possibilité existe, et c'est évidemment celle que nous préconisons. Le professionnel peut considérer la famille comme un partenaire à part entière dans le processus thérapeutique, en même temps qu'une ressource déterminante dans le travail. Ceci implique qu'il se mette sérieusement à l'écoute des valeurs, des enjeux, des limites de la famille, sans pour autant renoncer à sa propre responsabilité dans ce processus. Il pourra se monter exigeant, demandant à la famille de poser des règles, de les faire respecter. Il la confrontera à des enjeux relationnels difficiles. En contrepartie, il devra s'attendre à respecter le fait que la famille soit exigeante avec lui, et qu'il la soutienne sans faille, avec obstination et sans ambiguïté. Il pourra alors découvrir, dans ce parcours sisyphéen, qu'il n'est pas le seul

responsable du destin du patient, que le fardeau est partagé, et que d'autres alternatives sont possibles en dehors de l'institutionnalisation permanente, répétitive, et de ses intervalles.

On aura déduit facilement de ce qui précède, qu'il existe une relation directe entre la place proposée à la famille dans le processus thérapeutique, et l'importance accordée à l'institutionnalisation. Ceci se vérifie facilement. Les « psy » qui aiment privilégier l'hospitalisation n'aiment pas se colleter avec la famille, et vice-versa (Ah! ces fameuses interdictions de visite). De façon plus générale, on peut décrire un modèle formel de l'hospitalisation (descriptif mais non explicatif). On peut considérer une famille à un moment particulier de son cycle de vie¹², celui où quelqu'un va sortir du système familial, le jeune en âge de quitter la maison par exemple. On sait que cette période, même si elle est prévisible, est instable. La famille oscille entre un équilibre A (état de la famille lorsque l'enfant est présent), et un équilibre B (état de la famille lorsque l'enfant est parti). On sait aussi qu'une des façons de « stabiliser » la transition entre A et B peut consister dans le fait qu'un des parents, ou l'un des enfants, présente un problème-symptôme qui empêche le départ. La crise psychotique du jeune adulte, sans préjudice d'autres paramètres, peut donc être vue comme un comportement qui exerce une fonction de ce type. Le recours à une intervention psychiatrique, et particulièrement l'institutionnalisation, peuvent alors être considérés comme une tentative de régulation homéostatique des tensions intrafamiliales contradictoires qui apparaissent au cours de ce processus. Tensions qui sont abaissées artificiellement par la mise à l'écart et le contrôle du patient perturbateur. Ceci se vérifie cliniquement par le fait que l'hospitalisation et le traitement médical font en général « baisser la vapeur ». Temporairement – car si les tensions familiales contradictoires ne sont pas gérées, le processus de la vie normale lorsque le patient sort (comportement à la maison, études, travail, etc...) les fait réapparaître, et le patient « rechute » et est de nouveau hospitalisé. Si rien n'est entrepris, le cycle se reproduit plusieurs fois, accroissant la conviction partagée par tous qu'il s'agit d'une maladie chronique nécessitant plus de médication et d'hospitalisation. On voit ici qu'il n'est nul besoin de postuler une « endogénéité » organique à ce cycle chronique pour qu'il se constitue. L'institutionnalisation périodique stabilise périodiquement la relation famille/patient, et l'empêche ainsi d'évoluer¹³.

Un autre point, sur lequel nous voudrions insister, concerne l'hospitalisation inaugurale. Elle joue un rôle considérable dans le processus d'étiquetage et de contre-étiquetage psychiatrique de la situation. En même temps, il n'est pas interdit de penser qu'elle peut constituer dans de nombreux cas, par son aspect stabilisateur (changer sans changer), un véritable processus d'apprentissage. La famille peut apprendre ainsi dès la première fois à gérer de façon psychiatrique et institutionnelle toutes les tensions, même si elles n'engendrent pas de comportement psychiatrique direct. D'où l'importance que nous accordons à l'évitement de l'hospitalisa-

¹² Voir Milton Erikson, *Un Thérapeute Hors du Commun*, Jay Haley, Epi D.D.B., Paris 1984.

¹³ Voir *Leaving Home*, opus cit., S. Wieworka & S. Kannas, Approche Systémique et Chronicité à l'Hôpital Psychiatrique, Evolution psychiatrique et S. Kannas, Approche Systémique et Pratique Dirigée de Secteur Psychiatrique, in *Information Psychiatrique*, juin 1990.

tion, par le développement d'alternatives en amont de celles-ci, et particulièrement dans le domaine de l'urgence et de la crise¹⁴.

Notre conclusion sur cette partie est ainsi évidente : tout faire pour que la famille participe à la maîtrise d'œuvre du processus thérapeutique. Tout faire pour ne pas institutionnaliser. Tout faire pour mettre fin à l'hospitalisation dès que possible, dans des conditions qui permettent qu'elle ne se renouvelle pas, car aucun travail n'est possible lorsqu'un patient est hospitalisé, la famille étant alors déchargée, impuissante et inutile.

3. Le modèle général du travail

Tel un puzzle, ce modèle émerge à partir de ce qui a été évoqué précédemment. Il inclut le plus largement possible comme partenaire et comme ressource, la famille et son réseau. Il met l'accent sur l'évitement des hospitalisations et des rechutes, il aborde en famille les problèmes posés par les enjeux « normaux » de la vie, jusques et y compris le fait de « quitter la maison ». On comprendra ainsi à quel point nous nous inspirons du travail de Jay Haley¹⁵, de Chloé Madanes¹⁶ et de W.R. MacFarlane¹⁷, auxquels nous rendons hommage. Nous aborderons successivement le rôle des parents, le travail avec les patients, les principaux écueils à éviter, les aspects chroniques et les principaux résultats observés. En général, le travail commence autour d'une hospitalisation, inaugurale ou non.

Les parents représentent l'axe autour duquel s'articule tout le processus thérapeutique. Sans eux aucun travail n'est possible. La règle est donc de s'abstenir de tout reproche ou critique (sauf et prudemment lorsqu'une solide alliance avec eux sera confirmée). Ils doivent donc être constamment encouragés, soutenus, et protégés contre les interventions non contrôlées des membres du réseau, à l'origine de confusions hiérarchiques. Il peut s'agir de la famille élargie (grand-parents, oncles et tantes), de la fratrie, des amis, d'autres professionnels qui peuvent être tentés de saboter l'influence des parents, inconsciemment ou non, sans offrir d'alternative, et révélant ainsi des coalitions transgénérationnelles multiples et secrètes.

L'idée générale est de leur confier, de la première étape qui s'étend de la fin de l'hospitalisation, aux semaines ou mois nécessaires pour que le patient se maintienne à la maison, la responsabilité d'un « recadrage directif rigide » comme si leur rejeton avait soudainement et nettement rajourni (ce pourrait être le point de vue d'un observateur extérieur). Toutefois, on se doutera qu'il ne s'agit pas de refaire une éducation, mais plutôt de « digitaliser » l'information (l'expression est de

C. Madanes¹⁸). Sur les objectifs à court et moyen terme, sur les relations intra et extra-familiales, ainsi qu'au sein du système thérapeutique. Ceci a pour but de limiter l'impact des confusions ou inversions hiérarchiques parents/enfants, professionnels/parents, professionnels entre eux, etc... De redéfinir des objectifs limités clairs et pratiques, ce qui permet de vérifier s'ils sont atteints ou non. De poser des règles explicites, et d'anticiper les conséquences de leur non respect. Enfin, cela permet l'abord prosaïque des désaccords conjugaux, non comme des problèmes de couple, mais comme des désaccords parentaux à négocier directement avec le professionnel devant l'enfant, mais sans l'impliquer comme régulateur (les problèmes de couple pourront être abordés ultérieurement si le jeune est sorti d'affaire, et si les parents souhaitent confirmer leur demande en tant que couple).

Le travail avec le patient dans cette première étape consiste principalement à vérifier que ce dernier s'inscrit bien dans le processus de « recadrage directif rigide » mis en œuvre par les parents à l'instigation du professionnel. Même si le processus rompt avec des pratiques antérieures où le patient était considéré comme plus autonome, même si cela rend au patient la vie désagréable, voire beaucoup plus. Si le professionnel doit veiller à créer un minimum d'alliance avec le jeune, cette variable est toutefois beaucoup moins cruciale que l'alliance avec les parents. Car s'il a les parents pour lui, il aura toujours le temps de travailler avec le jeune. Mais, s'il a les parents contre lui, il n'aura pas le jeune avec lui pour autant. En général ce qu'on observe, c'est qu'après une longue période de révolte, de cris, voire plus, contre le professionnel et le système thérapeutique, les relations se complexifient de façon plus positive au fur et à mesure que le processus thérapeutique gagne en crédibilité. Il apparaît alors plus de légitimité à plus de place pour le patient comme sujet (il peut alors y avoir des séances individuelles, ou bien des séances partagées entre séances individuelles et familiales, etc...), mais on sait que le patient peut aussi aborder des problèmes « individuels » en famille. Enfin le thérapeute devra toujours vérifier qu'il ne s'agit pas aussi d'une manœuvre visant à marginaliser les parents et les évincer ainsi du processus thérapeutique.

Les médicaments devront être considérés avec sérieux et rigueur comme ils le justifient au niveau de leur efficacité clinique. Sinon, il vaut mieux s'en abstenir. Mais on devra considérer que leur gestion (effets recherchés et compliances) s'inscrit aussi dans celle, relationnelle, de tous les aspects de la vie quotidienne de la famille à l'intérieur de ce « recadrage directif rigide ». Le respect de la prescription par le patient, et son contrôle par les parents, seront envisagés comme un exemple parmi d'autres, du respect par le patient des règles de vie posées par les parents, à l'instigation du professionnel, et des conséquences qui doivent en découler. Ceci offre l'intérêt de garantir une compliance stricte et de vérifier ainsi le meilleur rapport dose/efficacité, de permettre, éventuellement des fenêtres thérapeutiques dans un contexte protégé. On n'oubliera pas que le travail implique – entre autres – de tendre vers le minimum de chimiothérapie si elle doit être au long cours, que certains épisodes psychothiques inauguraux ne récidivent pas, ce qu'on doit vérifier au bout de quelques mois, et que la qualité de la situation entre deux rechutes doit

¹⁴ Sur toutes ces questions, voir entres autres, Langsley & Kaplan: *Treatment of Family in Crisis*, 1968, les nombreux articles publiés par F. Pittman & Coll. dans *Family Process*, ainsi que D. & L. Everstine, *Goals on Crisis*, F.S. Pittman, Turning Points, Norton, New York, 1987, ainsi que S. Kamas, *Projet E.R.I.C., Résonances*, 1994.

¹⁵ Voir *Leaving Home*.

¹⁶ Chloé Madanes: *Prevention of Rehospitalisation of the Adolescent and the Young Adult, Family Process*.

¹⁷ Voir W.R. MacFarlane, *Family Therapy in Schizophrenia*.

¹⁸ C. Madanes: *Prevention of Rehospitalisation of the Adolescent and the Young Adult, Family Process*.

faire discuter les avantages et les risques comparés, prescription continue/préscription discontinue.

Nous voudrions maintenant insister sur deux aspects du travail qui heurtent frontalement l'approche classique. Nous préconisons (nous l'avons déjà évoqué) l'évitement de toute séparation, psychiatriquée ou pas, parents/enfants, tant que le processus thérapeutique n'est pas achevé. Sont donc à proscrire, les chambres en ville, les appartements, foyers, hôpitaux de jour, maisons de repos, etc... Si l'enfant n'arrive pas à « réussir » dans certains aspects de sa vie normale en étant soutenu et dirigé au sein de sa famille, il existe peu de chances qu'il y parvienne en étant isolé (d'autant plus qu'à cette étape du travail, l'idée consiste plus à augmenter l'influence des parents que l'inverse par la séparation, cette influence diminuant au fur et à mesure des progrès, c'est-à-dire de la réussite de l'enfant dans un certain nombre de domaines pratiques: vie à la maison, études, travail, vie sociale, etc...). Il faut s'attendre à ce que des sollicitations « séparatistes » ou « parentectomistes » surviennent inévitablement. Elles proviennent du patient, des parents eux-mêmes, du professionnel fatigué, de la famille élargie ou d'autres professionnels soucieux de faire échapper le gentil patient « victime » à ses néfastes parents « bourreaux ». La séparation, si elle intervient, doit se produire sans rupture. Comme l'aboutissement d'un processus mutuellement accepté et soutenu par les parents et l'enfant, dans un contexte de réussite et en l'absence de symptôme majeur.

Le deuxième aspect sur lequel nous aimerions insister, concerne les problèmes posés par la gestion des comportements délirants et hallucinatoires lorsque ceux-ci ne sont pas entièrement réductibles par la médication. Nous savons que ces expériences du patient comportent un sens métaphorique, plus ou moins conscient, à propos des relations entre le patient et lui-même et aussi avec un ou plusieurs proches. Selon nous, il est plus efficace et utile à terme de renoncer complètement et obstinément à discuter de ces questions, que ce soit sur un mode clinique ou interprétatif. On risque sinon d'aider à maintenir, voire même d'amplifier un mode de communication métaphorique/analogique, au détriment d'un mode de communication plus normal, qui diminue l'influence directe du patient et permet de traiter des questions concrètes. Toutefois, on observe parfois, dans un premier échange, une intelligibilité suffisamment reconnue par le patient pour changer de registre et parler plus directement. D'autre part, une vigilance sur cette question doit être maintenue si le contenu délirant ou hallucinatoire est susceptible d'annoncer des risques pour le patient lui-même ou son entourage. Si les professionnels et la famille tiennent cette position de « digitalisation » active, en bloquant systématiquement ce mode particulier de communication, l'expérience suggère que ces comportements s'atténuent. Soit que le patient y renonce petit à petit, soit qu'il les garde pour lui, apprenant ainsi à se contrôler et limiter de cette manière les conséquences relationnelles d'un tel comportement.

Nous avons indiqué dans l'introduction ce que nous pensions de la schizophrénie chronique, aboutissement abâtardi d'un processus initial, où en règle générale la famille a été mise à l'écart (soit par conflit, soit par idéologie), et les professionnels et l'institutionnalisation, hautement sollicités. L'observation suggère que la chronicité n'est pas uniquement une propriété du patient, mais celle des cycles unissant

patient-famille-professionnels, dans une stabilisation active¹⁹. L'expérience montre que la réintroduction de la famille comme partenaire, le travail sur le cycle hôpital/famille n'est pas sans utilité. Mais comme le temps a passé, et avec lui certaines échéances de vie, il existe moins de chances que le « recadrage directif rigide » évoqué vers des aspects entièrement normaux. Il est donc nécessaire de maintenir des processus familiaux relativement anachroniques au long cours autour du patient pour obtenir les moins mauvais résultats²⁰.

Nous en arrivons maintenant aux principaux résultats observés. Notre expérience (plus de dix ans et plusieurs dizaines de familles) comparée à notre pratique précédente, suggère que les hospitalisations y sont deux à trois fois moins fréquentes, de même que les rechutes qui entraînent des institutionnalisations moins longues et moins sévères. Sans extermements abusifs, sans augmentation du taux de suicide et sans alternatives psychiatriques clandestines²¹. En même temps la qualité de vie individuelle et familiale est améliorée, un certain nombre de symptômes cardinaux tendent à s'estomper comme s'ils subissaient une sorte d'effritement progressif. Dans l'intervalle nettement plus long entre deux rechutes, la famille vit beaucoup plus normalement et sa vie est moins marquée par une attente lourde et explosive de plusieurs semaines à plusieurs mois où chacun prophétise l'hospitalisation tout en la redoutant. En règle générale, les familles paraissent assez allées et satisfaites de ce travail, même si paradoxalement il est plus exigeant et plus responsabilisant pour elles. Par contre, une partie significative de ces jeunes n'arrive pas à quitter la maison et continue d'avoir une vie sociale et sexuelle plus restreinte que leurs homologues non malades.

Conclusion

Le regard porté sur la schizophrénie s'est transformé en quelques dizaines d'années. Au début, elle était vue exclusivement comme un problème médical individuel chronique de nature irréversible. Depuis quelques années on met davantage l'accent sur l'interaction entre cette vulnérabilité et l'environnement individuel et familial, interaction toujours gravissime, mais permettant de plus en plus des plages prolongées de vie normale et subnormale pour le patient et sa famille. Ces progrès

¹⁹ S. Miewortka & S. Kannas, « Approche Systémique et Chronicité à l'Hôpital Psychiatrique », Evolution psychiatrique.

²⁰ Par exemple, maintenir un cadre relationnel rigide où un patient de 40 ans va être traité comme un enfant à diriger par des parents de 65 ans.

²¹ Pour donner un ordre d'idées nous dirigeons un service/secteur psychiatrique public correspondant à un secteur de 150 000 habitants (plus du double de la moyenne française) et comprenant en moyenne 30 patients hospitalisés un jour donné en moyenne annuelle (moyenne française: 80 patients pour un secteur de 70 000 habitants). La population accueillie comporte 40% de patients psychotiques envieron. Bien entendu nous ne prétendons nullement que ces chiffres grossiers soient imputables à la pratique éco-systémique, tant des paramètres sont nombreux (environnement sanitaire, multiplicité des praticiens utilisant des modèles différents, etc...). Mais il est remarquable de constater à quel point on peut obtenir (dans d'autres endroits de France) des chiffres très divergents de la moyenne nationale dès lors qu'il semble exister une pratique communautaire ou éco-systémique significative.

peuvent être augmentés selon nous par la combinaison d'approches, utilisant la médication et les ressources et le partenariat familiaux. Nous espérons que le troisième millénaire permettra de nouveaux progrès et le rapprochement du but ultime que nous commençons tout doucement à apercevoir au bout du long tunnel: la réversibilité de la psychose.

S. Kannas
C.M.P.

1, rue Marceau
F-78210 Saint-Cyr L'Ecole

BIBLIOGRAPHIE

- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.H. (1980): *Vers une écologie de l'esprit*, Tome I & II, Ed. du Seuil, Paris.
- Benoit J.C., Roume D. (1986): *La désaliénation systémique*, ESF, Paris.
- Benoit J.C. (1982): *L'équipe dans la crise psychiatrique*, ESF, Paris.
- Benoit J.C., Malarewicz J.A. (sous la direction de), avec Beauplan J., Colas Y., Kannas S. (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
- Benoit J.C. (1981): *Les doubles liens*, Ed. P.U.F., Paris.
- Borszormenyi-Nagy [et] Framo (1980): *Psychothérapies familiales*, P.U.F., Paris.
- Elkaim M. (1978): *Le réseau: alternative à la psychiatrie*, Le Seuil, Paris.
- Everstine D.S. & L. (1993): *Des gens en crise*, Ed. Desclée de Brouwer, Paris.
- Goffman E. (1968): *Asiles*, Editions de ??
- Haley J. (1991): *Leaving home*, ESF, Paris.
- Haley J. (1979): *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Delarge, Paris.
- Haley J. (1963): *Strategies of psychotherapy*, Grune & Stratton, New York.
- Haley J. (1984): *M. Erikson, un thérapeute hors du commun*, Desclée De Brouwer, Paris.
- Kannas S. (1990): « Approche systémique et pratique dirigeante de secteur psychiatrique », *Information Psychiatrique*, 1990, pp. 593-600.
- Kannas S., Wiewiorcka S. (1989): « Approche systémique et chronicité à l'hôpital psychiatrique », *Evolution Psychiatrique*, 1989, pp. 595-614.
- Kannas S. (1988): « Schizophrénie et thérapie familiale » in *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, sous la direction de Benoit J.C. & Malarewicz J.A., ESF, Paris, pp. 461-165.
- Langsley D.G., Kaplan D.M., Pitman F. (1968): *Treatment of families in crisis*, Grune & Stratton, New York.
- Left J.R., Vaughn C. (1985): *Expressed emotion in families, its significance for mental illness*, The Guilford Press, New York.
- Lidz T. (1973): *The origin and treatment of schizophrenic disorders*, New York, Basic Books.
- Lidz T., Fleck S., Cornelison (1965): *Schizophrenia and the family*, Int. University Press, New York.
- Mac Farlane W.R. (1981): *Family therapy in schizophrenia*, The Guilford Press, New York.
- Madanes C. (1988): *Derrière le miroir sans tain, la psychothérapie stratégique*, E.S.F., Paris.
- Madanes C. (1981): *Strategic family therapy*, Jossey Bass, San Francisco.
- Madanes C. (1980): « The prevention of rehospitalisation of adolescents and young adults », *Family Process*, pp. 179-191.
- Massé G. (1992): *Rapport au Ministère de la Santé*, Ed. U.N.S.P., Rennes.
- Miermont J. (1981): *Dictionnaire des thérapies familiales*, Payot, Paris.
- Minuchin S., Elizur J. (1989): *Institutionalizing Madness*, Basic Books.
- Pitman F. (1987): *Turning points*, Norton, New York.
- Racamier P.C. (1970): *Le psychanalyse sans divan*, Payot, Paris.
- Racamier P.C. (1980): *Délier*, Payot, Paris.
- Racamier P.C. (1979): *De psychanalyse en psychiatrie*, Payot, Paris.
- Racamier P.C. (date): *Psychoses, psychoses*, Payot, Paris.
- Reiss D. (1975): « Individual thinking and family interaction », in Mishler & Waxler N.E., *Family Processes and Schizophrenia*, Tome II, Aronson, New York.
- Scheffen A.L. (1981): *Levels of schizophrenia*, Brunner/Mazel, New York.
- Seartles H. (1977): *L'effort pour rendre l'autre fou*, N.R.F. Gallimard, Paris.
- Seartles H. (1981): *Le contre-transfert*, N.R.F. Gallimard, Paris.
- Seartles H. (1986): *L'environnement non humain*, N.R.F. Gallimard, Paris.
- Selvini Mara et coll. (1981): *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris.
- Selvini Maritéo et coll. (1987), Selvini Mara: *Histoire d'une recherche*, ESF, Paris.
- Selvini Mara et coll. (1990): *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
- Singer M.T., Wynne L.C., Toohy M.L. (1978): *Communication disorders in the families, in Nature of Schizophrenia*, Wiley, New York.
- Slurki C.E., Ransom D.C. (1970): *Double bind: the foundation of the communication approach of the family*, Grune & Stratton, New York.
- Stanton, Schwartz (1954): *The mental hospital*, Basic Books, New York.
- Wynne L.C., Cromwell R.L., Matthyle S. (1978): *The Nature of Schizophrenia*, Wiley, New York.
- Whitaker C. (1988): *Dancing with the family*, Brunner/Mazel, New York.
- Revues: Voir d'autres articles dans des revues comme: *Family Process* (U.S.A.), *Thérapie Familiale* (Genève), *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* (Paris), et *Résonances* (Toulouse).

DISPARUS, REVENANTS

B. GREPPO¹, Y. COLAS²

UNE APPROCHE RELATIONNELLE DE LA PSYCHOSE

Résumé : *Disparus, revenants. Une approche relationnelle de la psychose.* — Certains phénomènes psychotiques de l'adulte jeune répondent à une séparation longue d'avec un parent. Cette séparation peut être assimilable à une disparition. Lorsque le parent présumé disparu peut reprendre une place dans la famille, les phénomènes psychotiques régressent.

Summary : *Missings, Ghosts. A relational approach of psychosis.* — Some psychotic phenomenons of the young grown-up are observed after a long separation with one of the parents. This separation can be assimilated to a disappearance. When the missing supposed parent gets back a place into the family, the psychotic phenomenons could go off.

Mots-clés : Disparition — Deuil — Loyauté — Mythes familiaux — Psychose — Réintégration — Relais.

Key-words : Disappearance — Mourning — Loyalty — Familial myths — Psychosis — Reinstatement — Relay.

Nous proposons à la réflexion de nos collègues, malgré des pistes théoriques encore imprécises, la mise au jour de l'importance du phénomène de disparition familiale dans l'écllosion des phénomènes psychotiques des adultes jeunes. Ce que nous appelons disparition familiale est parfois assimilé au deuil, à une perte. Des choix thérapeutiques inadapés risquent d'en découler. La disparition se situe dans l'éventail des modalités de l'absence qui va de l'éloignement momentané à la mort. Une piste de réflexion théorique est ainsi ouverte : y aurait-il un lien entre la disparition durable et imprévue d'un seul parent comme facteur constitutif d'une pathologie psychotique, et les disparitions transitoires et programmées du couple parental (prescription invariable de Milan) produisant à l'inverse une régression des phénomènes psychotiques ?

1. Définitions — Position du problème

Dans notre étude, les patients sont âgés de 16 à 22 ans et ont été séparés de leurs parents (père, mère) encore vivants pendant de longues années (10 à 15 années).

¹ Psychiatre des hôpitaux — C.H.S. — Rue J.B. Perret — 69450 St-Cyr au Mt d'Or et Centre Bateson — 13, rue V.-Hugo — 69002 Lyon.

² Psychiatre des hôpitaux — I.R.I.S. — Centre Bateson — 13, Rue V.-Hugo — 69002 Lyon.

1. Les disparus

Personnes considérées par la famille nucléaire comme si elles étaient mortes alors qu'elles sont encore en vie. La famille nucléaire n'a souvent aucune information sur ces disparus jusqu'au jour où éclate l'épisode psychotique du patient désigné.

2. Les revenants

Nous considérons que, par ses symptômes, le patient désigné témoigne de l'existence du disparu. Celui-ci passe ainsi du statut de disparu à celui de revenant.

3. Problèmes cliniques

Tableau d'entrée dans la schizophrénie avec réactions suicidaires graves, activité hallucinatoire massive, troubles du comportement à type de violences avec désinsertion sociale progressive.

4. L'expérience thérapeutique

Elle s'est déroulée dans le cadre d'un service hospitalier de psychiatrie générale, auprès d'adultes jeunes ou d'adolescents. Le problème est quantitativement important. Plusieurs couples transversales dans l'année indiquent jusqu'à 25 à 30% des situations traitées par l'unité d'hospitalisation comprenant 25 lits. Les hospitalisations ont duré en moyenne de 4 à 6 mois, beaucoup plus rarement jusqu'à 1 an. Ce travail est basé sur l'étude de 10 dossiers.

5. Résultats

Dans tous les cas, après reprise des contacts avec le revenant, il y a régression des troubles de la personnalité, des manifestations délirantes, des tendances suicidaires. La remarquable constance des résultats affirme l'intérêt diagnostique de la triade: - troubles de la personnalité, - réactions suicidaires, - rupture familiale ancienne, comme indices évocateurs de la problématique envisagée.

II. Principes des interventions

Il s'agit d'interventions thérapeutiques aboutissant:

- au minimum, à la levée active d'un secret sur les origines du patient désigné¹;
- à des reprises de contact menées par les patients eux-mêmes (cas des enfants adoptés à la recherche de leurs origines)
- à une première rencontre avec le revenant, dans le cadre du service.

¹ Il est parfois indispensable de recourir aux services du juge des enfants pour lever des secrets sur les origines.

En début d'hospitalisation, l'existence du revenant est toujours rappelée par des injures hallucinatoires, laissant une impression d'être téléguîdée comme si l'autre, par son fantôme, envahissait l'individu. Ainsi se produit une rupture des relations environnementales habituelles ici-et-maintenant, au profit de cette présence/absence hallucinée, confusion qui peut se manifester à l'extrême dans le suicide.

Les violences à l'égard de l'environnement relationnel, ici-et-maintenant, sont presque permanentes. Le langage comportemental est au premier plan, la violence atteste de la force de la demande et de l'incapacité à la formuler en paroles. Cette violence aboutit à l'intégration à un nouveau contenant, l'hôpital. C'est la nouveauté de l'environnement relationnel hospitalier, sous condition d'une définition cohérente du contexte, qui permet l'émergence de la demande et sa clarification.

Il est certain qu'à ce stade, la clinique impose un choix épistémologique capital. La clinique est au cœur de plusieurs lectures. C'est une décision thérapeutique que de considérer l'altérité dans l'Autre avec une référence théorique dans l'intra-psychique. On peut aussi utiliser cette altérité pour sa fonction circulaire, moment de la dynamique d'un jeu familial. Nous faisons ici ce choix thérapeutique d'une fonction circulaire du syndrome hallucinatoire.

L'intervention thérapeutique fait découvrir à chacun des membres que non seulement le patient désigné ne supporte plus l'absence du disparu, (comme en témoigne la clinique), mais aussi que l'ensemble de la famille nucléaire partage ce sentiment alors que, jusqu'à l'hospitalisation, le contexte familial, et par prolongement, les acteurs médico-sociaux confirmaient la disparition dans un processus homéostatique de protection.

III. Initiation du processus thérapeutique: les relais

Il est nécessaire de bien repérer dans l'entourage familial ou extra-familial du patient la personne, ou éventuellement le service, qui pourra servir de relais à la reprise de contact.

Le relais est, pour nous, la personne ou le service qui offre le plus de combinaisons relationnelles possibles, ce qui est cohérent avec la loi de la variété requise. (Mélèse 10)

Dans le cas de F., c'est un ami d'enfance du père qui a gardé le contact avec lui. Il a donc pu s'assurer de la disponibilité du disparu et a pu transmettre sa réponse à la demande d'entretien.

Dans d'autres cas, ce sont les services sociaux ou ceux de la Justice, qui donneront les moyens d'une reprise de contact. L'histoire du patient en a parfois fait de véritables « parents/référents/éducateurs ». C'est pourquoi, dans la situation de A, nous avons délibérément exclu du processus thérapeutique la famille d'accueil au profit des services sociaux.

Dans le cas de T., l'assistante sociale de la Sauvegarde de l'Enfance a contacté la tutrice de la mère. Dans d'autres cas, quand la famille réside à l'étranger, ce sont les services des ambassades qui ont rempli ces missions.

Notre expérience des pratiques de réseau nous a donné une bonne habitude de l'établissement des cartes du territoire et surtout du repérage des relais. La carte

pouvant être définie comme la lecture du « jeu de piste » créé par le patient et sa famille autour du disparu. Dans le cas de S., c'est par exemple une demi-sœur restée en contact avec un demi-frère, qui assurera la jonction.

Nous avons appris que l'efficacité des pratiques de réseau tient – entre autres facteurs – à la définition correcte de la fonction relais. Il en va de même, à notre avis, pour toute pratique relationnelle visant à *élargir le champ*.

Dans notre étude, notre travail porte sur la transformation de la famille, de N-1 à N. A l'inverse du deuil et des processus démentiels où la famille s'apprête à un travail pénible de soustraction de N à N-1 et non de restauration (Colas et coll.).

Les relais sont les piliers de l'opération de restauration et de transformation du système familial. L'intervention systémique, conforme à son éthique, a pour finalité de conserver et surtout de développer le potentiel d'action des intervenants de premier niveau.

Nous ne créons pas les relais, ils existent avant notre intervention. Ils ont été mis en place par le patient et sa famille. Notre repérage et notre intervention les rendent opérants. La fonction des travailleurs sociaux est ainsi dynamisée par nos interventions. Ils peuvent alors optimiser les contacts avec ceux considérés comme *des disparus*.

IV. Précautions à prendre dans la conduite des entretiens avec la famille

Pour un bon déroulement du processus de négociation avec les membres de la famille, il est indispensable d'obtenir le consentement éclairé des proches du patient désigné.

Il faut :

- Savoir si l'environnement accorde ou non quelques crédits à la recherche du parent disparu.
- Savoir si des démarches ont déjà été effectuées : à quel moment ? avec quels résultats concrets ? et avec quelles conséquences sur l'état d'esprit de ceux qui se sont sentis concernés par cette recherche ?
- Évaluer le pronostic de réussite accordé par la famille à cette démarche.
- Connaître les craintes éventuelles que cela suscite. Qui est le plus inquiet ? Pour qui celui ou celle qui montre son inquiétude est également inquiet ? Y a-t-il un moyen de soulager cette inquiétude ? Qu'est-ce que le patient craint pour lui, pour les autres ? À quoi s'attend-il ?
- Savoir qui est, ou a été, le plus opposé à cette démarche (ce dont on tiendra compte pour régler la vitesse du processus).
- Savoir si d'autres enfants que le patient ont la même demande ?
- Tenir compte de leurs craintes et de leurs réactions à l'évolution de leur frère ou demi-frère. Savoir enfin s'ils veulent s'associer à la démarche entreprise ou faire une démarche de leur côté. Apprécier s'ils attendent les résultats du

premier test effectué par « l'éclairé », le patient désigné, pour entrer dans la démarche.

h) Savoir si la famille accepte un entretien où le parent disparu sera présent.

Il est bien sûr indispensable d'apprécier les réactions émotionnelles de tous les membres de la famille, et en particulier de ceux et celles qui ne paraissent pas directement impliqués par la recherche des parents disparus.

L'exemple de la grand-mère de T. est illustratif. La description par les travailleurs sociaux, de cette femme, âgée, malade, comme d'une personne hostile à la recherche de leur mère, souhaitée par ses petits-enfants, nous avait conduits à omettre de l'inviter lors des premiers entretiens. C'est la réserve montrée par l'un de ses petits-enfants pour reprendre le contact avec sa mère qui a eu raison de notre réticence. Son petit-fils n'a pas pu s'associer à la recherche inaugurée par sa sœur, tant qu'il ne s'est pas rendu compte que nous étions en mesure d'intégrer la grand-mère dans le système thérapeutique. Cette grand-mère a fait transmettre à sa belle-fille son désir de lui pardonner d'avoir abandonné les enfants, en inaugurant ainsi la possibilité d'une réconciliation familiale.

i) Les raisons officielles de la disparition devront être explicitées autant que celles imaginées par le patient ou les autres membres de la famille, ce qui conduit à une évaluation des possibilités de pardon⁴ et à la conjuration par anticipation d'une rencontre avec le personnage du revenant, pouvant passer pour un « Diable » ou pour le « Père Noël ». Lorsque le disparu est l'objet d'une telle idéalisation, il faut prendre soin de ne pas disqualifier le parent qui a dû assumer seul les charges éducatives.

j) Il faut enfin, avant que la famille ne rencontre le revenant, savoir si le groupe familial accepte que la première rencontre se produise à l'hôpital. En général la réponse va dans ce sens, ce qui nous semble cohérent avec la fonction de contenant propre au service hospitalier.

La rencontre avec le revenant se produit donc après plusieurs entretiens avec la famille nucléaire (en moyenne entre 5 et 10 entretiens élargis éventuellement aux travailleurs sociaux). C'est dire l'importance du travail de « préparation ».

k) Avec le revenant : savoir si celui-ci accepte cet entretien. Les relais ont pour fonction de nous en informer. Lors de la rencontre, le revenant est amené à exprimer ce qu'il a ressenti pendant cette séparation. Avait-il gardé l'espoir ?

⁴ Le pardon est la forme ultime du processus attestant du retour du disparu dans la famille. Ce pardon ouvre probablement sur la possibilité d'un changement de régime relationnel de la famille et des lignées à venir.

Au fil des entretiens, le thérapeute doit avoir en tête que l'expérience de la famille s'appuie notamment sur des sentiments (de colère, d'injustice, de trahison, sur la peur d'avoir à rendre des comptes au disparu) qui s'opposent à des règles familiales très lourdes, très rigides, et qui prescrivent le silence.

Avait-il tenté des démarches de son côté? A quel stade? Quelles ont été les oppositions à ses recherches? Qu'éprouve son environnement actuel? Est-il favorable? Est-il hostile? Quels sont ses liens actuels avec sa famille d'origine? Y a-t-il d'autres enfants?

V. Quelques repères

La seule lecture privilégiée en termes de jeux relationnels, annonce le choix délibéré des thérapeutes. Au moment de tirer des leçons de l'expérience (intégrer des feedbacks), nous devons nous interroger sur nos intentions et surtout sur leur efficacité.

Proposer des règles valables pour d'autres, c'est adopter une démarche praxéologique, atteindre une théorie de la pratique, s'expliquer à soi-même. On se trouve bien là dans l'auto-référentiel aux prétentions (paradoxaux) d'objectivation. De plus, l'ensemble du processus: action thérapeutique-réflexion-traduction écrite et publication, se présente comme une totalité au sein de laquelle chacune des lignes d'action se boucle récursivement à toutes les autres dans un mouvement dont la question est de savoir s'il est créatif ou stérile.

De ce point de vue, nous devons situer les limites de ce travail¹ où plusieurs boucles n'ont pas eu le temps ni l'énergie pour se constituer. Il en va ainsi des discours critiques vers la cohérence épistémologique, le discernement des niveaux de description, les écrits antérieurs.

C'est pourquoi, ce que nous souhaitons prématurément présenter comme une ébauche de théorisation, se limitera à l'énonciation de quelques repères, de quelques questions ou hypothèses.

1. La position de relais

Tout d'abord, nous voulons souligner le fait que de nombreux services sociaux chargés de l'Aide à l'Enfance contribuent souvent à exclure, à leur insu, dans une véritable conspiration du silence, l'un des membres d'une famille et à le traiter comme un disparu.

A ce propos, un exemple.

M. a 16 ans. Elle avait 9 ans lorsque sa mère a été emprisonnée pour avoir tué son mari, le père de M.

M. est la dernière d'une fratrie de 5. Les enfants se sont scindés en 2 camps: ceux favorables à la mère, ceux favorables au père. L'hostilité des fils à l'égard de la mère est très grande. Ils ont refusé tout contact, même épistolaire, avec la mère, emprisonnée depuis de longues années. Sa sortie de prison est probable dans les 2-3 ans qui viennent. M., en renonçant en

cause le tuteur exercé par les frères et sœurs aînés, les conduit en premier lieu à s'entendre à son sujet, à monter progressivement à son égard une autorité conjointe digne de parents, ce qui amonde les conflits de la fratrie et prépare aussi des réponses moins contradictoires à l'égard de la mère.

Une reprise de contact entre les enfants et la mère, peut s'amorcer.

L'épisode psychiatrique de M., sa violence, sa délinquance ont eu pour fonction essentielle de ramener à l'intérieur de la fratrie la présence psychologique de la mère par les soucis que M. montre pour elle, et de préparer son éventuel retour dans le cercle familial lors de sa sortie de prison.

La famille est ainsi amenée à ne plus traiter l'absence de la mère comme une mort, ainsi qu'elle l'a fait au sujet du père. C'est pourquoi il s'agit d'une opportunité thérapeutique pour rompre avec les symétries qui ont probablement engendré la violence et le meurtre du père de famille.

Dans cette situation, l'assistante sociale – sans doute parce qu'elle avait pris beaucoup de précautions pour maintenir des liens (échanges de des- sins, lettres...) entre M. et sa mère – avait bloqué la crise jusqu'à l'épisode psychiatrique. Ainsi la position des autres membres de la fratrie par rapport à la mère, n'avait pas été abordée. M. devenait donc la déléguée de la demande de sa mère à l'intérieur de la fratrie et le relais de la demande «cachée» de ses frères et sœurs.

Le processus thérapeutique conduit à considérer le patient désigné comme un relais de la demande familiale et installe à un autre niveau le travailleur social ou tout autre agent dans une fonction similaire entre la famille et le disparu.

L'intervenant systémique est ainsi en position de régulateur de l'action de ces deux relais. L'un interne à la famille nucléaire, le patient désigné; l'autre extérieur à la famille: l'ami, le travailleur social, etc...

L'hypothèse sous-jacente à cette lecture est la suivante: le groupe familial s'organise en distribuant de façon préventive des rôles.

- celui de relais: ce qui permet de remonter la piste du disparu;
- celui de mémoire: qui relance la recherche (ou, en clair: «on ne peut progresser sans confier à certains la mission de cacher et protéger en lieu sûr, une partie du patrimoine (trop encombrante) pour pouvoir continuer»).

Nous assistons parfois à des interprétations inadaptées des rôles prescrits: laissés en route par la tribu en migration, ces sentinelles peuvent voler le trésor, en faire leur profit, en se transformant en gardiens du musée qu'ils font visiter. Mais ils peuvent aussi rendre tout retour impossible en exagérant leur fonction préservatrice.

2. La coalition patient/disparu

Comme nous l'avons écrit plus haut, le patient se montre étrange. Les autres membres de la famille ne le reconnaissent plus. Son expérience hallucinatoire

¹ Il s'agit typiquement – comme nous l'a obligamment signalé D. Maasson – d'une I.D.M., ou Idée Demi Mûre (Roland Moreno, *Théorie du Bordel Ambiant*, Belfond, Paris, 1990).

contient probablement aussi la colère qui s'exprime sous forme d'injures, le désir de vengeance (équivalent du contentieux accumulé) qui anime le disparu à l'égard des autres membres de la famille. Il semble exister une véritable coalition cachée entre le patient désigné et le revenant.

Le patient et le revenant laissent l'impression d'être interchangeable, ce qui renvoie autant à la complémentarité qu'à la symétrie de leurs interactions. Ce mécanisme relationnel (l'un pour l'autre) est si intimement perçu par les équipes soignantes que, pour désigner entre nous ces patients, une métonymie s'est imposée : nous les appelons des « perdus de vue » alors que ce terme devrait s'appliquer plutôt aux disparus.

Ne pourrions-nous pas employer le terme « d'hyper-complémentarité symétrique » qui évoque – pour nous – le processus démentiel ? (Colas, Greppe)

Dans une autre situation, celle de F., la synergie mystérieuse, peu de temps avant leur rencontre, entre les troubles psychiatriques du disparu et ceux du fils – hospitalisé en même temps à plus de 500 km – ne manque pas non plus de nous étonner.

Vu sous l'angle de la réactivation des structures de communication familiale, le patient désigné semble donc fonctionner comme un relais dont le registre d'expression, d'émission, se limite à l'évocation (c'est au thérapeute de lire – dans la symptomatologie dite psychotique, dans l'étrangeté – l'appel lancé au disparu). Mais, cet appel se formule dans l'équivalent d'une possession comme si, par magie, le revenant s'exprimait lui-même à travers le patient. La démarche métonymique suggère ainsi une équivalence des deux personnes. Comme si elles étaient des points nodaux du fonctionnement relationnel de la famille, à ce moment-là de son évolution critique.

3. Les conflits de loyauté

L'histoire de F. est d'ailleurs exemplaire. Elle s'illustre par une suite de décès accidentels, manifestation d'une apparente fatalité à deux générations successives qui donne au patient l'impression d'être, à la troisième génération, le troisième sur la liste. La mise au jour de ce risque, inscrit comme une fatalité dans la grammaire transgénérationnelle, a libéré le patient d'une obéissance à la loyauté fraternelle. En effet, la provocation a consisté à définir la trajectoire suicidaire du patient comme un sacrifice pour protéger son frère de la mort « puisqu'il en faut toujours un à chaque génération ». Ce recadrage a valu comme preuve de la loyauté parfaite du patient à l'égard des règles de sa famille et lui a donné un rôle privilégié presque héroïque pour les siens.

C'est probablement la requalification de l'héroïsme de celui qui pouvait passer pour fou, toxicomane, délinquant, qui autorise la réception, par sa famille, de la demande du patient comme *demande, déléguée au patient par son père*. Au fil du processus thérapeutique, le comportement du patient prenant sens pour sa famille, entraîne aussi une clarification de ce qui était encore inconcevable avant l'épisode psychiatrique. Comme si, « l'invisible » (ici l'héroïsme) devenant « lisible », la famille devenait capable d'accéder à ses propres demandes – y compris celles qui se manifestaient d'abord sous le masque de la folie.

Dans toutes les situations que nous avons eu à traiter, les conflits de loyauté sont extrêmes. Loyauté à l'égard de celles et ceux qui sont au dedans (à l'intérieur de la famille nucléaire), loyauté – jusqu'à en devenir le porte-parole – avec celui ou celle qui est en dehors (de la famille nucléaire).

L'ambiguïté des frontières entre le dedans et le dehors de la famille (Boss et Greenberg), en même temps qu'un intense conflit de loyauté entre ce qui est dû par le patient aux règles de ceux de l'intérieur et aux règles supposées dans lesquelles fonctionne celui ou celle de l'extérieur⁶, contribuent très probablement à l'écllosion des manifestations psychotiques qui envahissent le patient.

Le jeu entre le patient et ceux de l'intérieur prend la forme d'un pari. Dans le fond, le patient ne sait jamais trop à quoi s'attendre dans sa recherche du parent disparu. Il joue un peu à quitte ou double.

– S'il gagne : cela permet la réintégration du patient perdu dans le système interne et la reprise du processus co-évolutif de la famille.

– S'il perd : il peut être frappé de la même sanction que le disparu ; l'éviction du système :

- physique sous forme de tentatives de suicide préventives, et/ou
- psychique sous la forme de l'interdit et du secret qui frappent tout discours sur le – et du – disparu.

Pour le patient, le cycle absence-manque/présence-représentation hallucinatoire peut reprendre sa rotation, dans le cas où sa recherche risque d'aboutir soit à la réapparition d'un parent dont l'image est très éloignée de celle qu'il s'en est fait, soit à la découverte d'un disparu dont les valeurs sont fondamentalement opposées à celles des membres « de l'intérieur ». Il nous semble qu'on peut lire ce fonctionnement en miroir dans la famille argentine de Serafin (G. Prata). Par son retour, Serafin fait scandale, il dérange les nouvelles valeurs familiales⁷.

Jouant les trois rôles à la fois (disparu, patient désigné et relais par force), Serafin, dans « L'enfant qui suivait des yeux le bateau », (G. Prata, 11) correspond à un cas qui n'est probablement pas sans analogie avec notre étude.

Serafin est un « desapparecido » torturé en Argentine au moment de la dictature. Sa famille l'avait cru mort. Quand il était réapparu, sa place, nous dit Prata, « était occupée, il n'existait plus » et « il aurait été préférable pour sa famille qu'il fut mort » parce que la vie s'était désormais réorganisée d'une façon satisfaisante. Sans l'intervention thérapeutique, le processus psychotique aurait continué.

⁶ Ce qui renvoie aussi aux règles propres à la famille d'origine du disparu, bien que nous n'ayons pas d'informations pertinentes dans notre travail sur les règles de cette famille.

⁷ On ne peut s'empêcher d'évoquer ici un scénario semblable, celui du fils prodigue (A. Gide). La forme particulière des réarrangements du système parental, ou du système fraternel, dans les textes sacrés, dépasse la seule dimension du pardon. On pourrait alors se poser quelques questions sur les démarches originales de la pédagogie éducatrice lorsqu'elles énoncent en termes paradoxaux des méthanjonctions, de la parabole de l'enfant prodigue – disparu fameux – à celle de l'ouvrier de la dernière heure.

4. La coalition du parent éducateur avec un grand-parent⁸

F. avait 20 ans et n'avait pratiquement pas connu son père. La dernière rencontre entre le père et le fils date d'il y a plus de 15 ans. Notre hypothèse de travail nous amène donc, comme nous l'avons expliqué, à considérer que le père, par son fils, demande son retour. La mère aussi, par son fils, demande le retour de celui qu'elle a aimé et continue d'aimer. La séparation ancienne entre les conjoints ne pourrait-elle être considérée comme la manifestation extrême d'un amour paradoxal : « si nous nous aimons il faut nous séparer » ?

La prise en compte réciproque des trois demandes, père, mère, fils, a pu aboutir non seulement au retour du père mais à la reprise de la vie commune des parents (comme dans « L'histoire de Z. » - Greppo et Colas, 9). Cette transformation de la configuration familiale s'est produite au moment où le père de la mère sombrerait dans la démence et se trouvait placé en institution, comme si la prise de distance du grand-père à l'égard de la famille nucléaire permettait ainsi le retour du disparu dans une sorte d'équilibre des forces familiales.

Le retour du disparu, lorsqu'il se produit au moment où l'un des grand-parents du patient désigné prend des distances à l'égard de ses propres enfants, renforce l'impression d'une coalition entre le parent restant - éducateur du patient désigné - et l'ancêtre. Ceci atteste aussi de l'incapacité pour le parent restant, d'avoir pu créer dans le passé un lien conjugal durable, et témoigne de la place prise dans les références éducatives du patient désigné par l'ancêtre, mis au même niveau que le parent restant.

5. Les mythes familiaux

Dans les deux situations de T et de F., les parents restants ont été amenés à leur corps défendant, à se séparer de leur conjoint. Ils ne savent pas en donner de raisons précises.

C'est dans la cascade de loyautés sur 3 (probablement 4) générations que le processus de disparition prend son importance.

Pour F., à chaque génération, comme une règle implacable, l'un des membres de la famille devait disparaître d'une mort accidentelle (qui s'est produite dans les mêmes conditions matérielles à deux générations successives). La famille fonctionne comme si la règle familiale prescrivait « quelqu'un doit mourir ». On peut alors penser que la disparition a pour fonction de conjurer un risque ou une menace de mort à l'une des générations. *Le disparu passe pour mort* comme *le patient désigné passe pour fou*. Dans ce jeu avec la mort, la famille « choisit » le « canada-dry de la mort », la disparition. Ça ressemble à la mort, mais ce n'est pas la mort puisque le disparu peut revenir, par exemple sous le masque du patient désigné, ou sous une forme moins symbolique en tant que personne lorsqu'on mène le processus thérapeutique à son terme.

⁸ Nous appelons parent éducateur celui qui, dans la famille monoparentale, a assumé toutes les charges éducatives au risque de nourrir une représentation de mauvais parent du fait de l'existence du disparu - d'autant plus idéal qu'inaccessible (Syndrome de Cendrillon).

6. L'échec révélateur

L'angoisse du patient quant à l'efficacité de sa fonction peut se vérifier lorsque l'échec du rappel se manifeste par le non-retour du disparu. Les relais n'ont pas joué. Le patient s'interroge à juste titre sur sa propre loyauté à l'égard du rôle que le mythe familial lui avait donné. S'il ne part pas physiquement (anéantisement suicidaire), il peut s'absenter sans que l'on sache jamais s'il s'est attribué la fonction relais (il part chercher lui-même le disparu) ou s'il cherche à expérimenter le rôle de disparu (ce que d'autres appelleront identification).

L'effet produit est le passage de N-1 à N-2. Il confirme la prophétie auto-vérificatrice qui tient lieu de mythe : « faute de pouvoir quitter normalement ses parents, on part complètement de cette famille (comme Gribouille) mais en disparaissant à la manière d'un « disparu/revenant. » En somme on ne peut jamais partir. Et, plus on part, plus on demeure.

7. Le potentiel évolutif

Nous considérons la pathologie ci-dessus comme un indice encourageant, parce que nous faisons l'hypothèse complémentaire suivante :

- Lorsqu'un avatar relationnel - généralement lié à une faible différenciation (Bowen, 2) - conduit à la mise à l'écart d'un partenaire familial, le conflit de loyauté dont cette éviction constitue la moins mauvaise solution, se pose nécessairement un jour en termes moins menaçants. Du fait de l'âge du parent mis en balance avec le fuyant/rejeté, par exemple. Mais aussi parce que les idées et coutumes ont évolué (pression morale du supra-système social).

Dès lors, plusieurs formes évolutives paraissent possibles, du plus homéostatique au plus créatif.

- Le grand-père meurt, emportant le secret du conflit évité par la disparition.
- Les conflits, le mauvais choix générationnel (disparition) sont tellement « indicibles » (la conséquence pour un des petits-enfants est tellement insupportable d'après nos hypothèses), que la démence apparaît, sorte de mort de l'esprit.
- Une maladie du corps survient.
- Les choses sont rendues manifestes, peuvent se dire et se pardonner.

VI. A la recherche d'une théorie

« Au moment où, chers téléspectateurs, nous nous apprêtons à commenter le reportage de ce soir sur l'étape de la tribu des X..., nous vous devons quelques explications. Lorsque nous avons visionné ce document, force nous a été de reconnaître que notre cameraman a sélectionné les angles de vue. Certains nous semblaient bien pompeux et inutiles.

A y regarder de plus près, vous noterez les yeux rougis et la peine – pour ne pas dire la sidération – que montrent à l'évidence certains de ceux qui – dans les sodes précédents – avaient suscité le plus d'intérêt de votre part.

La façon dont Maria, tenant tête à ses parents, avait failli s'égarer dans les montagnes hostiles en rejoignant Siegrid, vous avait émus. Mais il n'est plus là, lui non plus, et le patriarche veille sur le fruit de leurs amours.

Ce n'est pas sans sacrifices que la tribu se prépare à la traversée des monts. Il n'existe pas de cartes permettant de savoir le pays vers lequel ils se dirigent. D'ailleurs, dans leur pérégrination, certains élisent domicile là où le plus faible d'entre eux, ou le plus vieux, a dû être enterré.

Nous ne nous attendions pas à ce niveau de connaissance de leur part pour le reconditionnement de leur bagage : les dieux et leurs images, les provisions. Parfois, les solutions inattendues et heureusement surprenantes nous montrent que c'est l'utilisation même de ces fardeaux qui a été entièrement repensée. Parfois aussi, la solution est moins heureuse, le colis plus encombrant.

Quant aux hommes, au terme de quelle scène dramatique s'est décidée l'exclusion de Siegrid ? Nos reporters n'en ont rien su et visiblement, personne n'a voulu en parler.

Il n'a pas été possible non plus – et on le comprend – d'obtenir la moindre indication sur l'emplacement où se trouvent stockés les dieux les moins influents, une partie de l'or et quelques-uns des plans et des graines qu'ils avaient pensé exploiter dans la nouvelle terre. Nous croyons savoir cependant que, dans la région qu'ils ont quittée, des pactes ont été conclus confiant la surveillance et l'entretien du précieux butin à ceux qui ont été bienheureux de trouver là un emploi, mais aussi l'insigne d'une valeur, et l'occasion d'une réputation dans cette fonction. Qu'en sera-t-il avec le temps ? N'est-ce pas une confiance bien risquée ? Mais, que pouvaient faire d'autre ces errants ?

En vous présentant ce soir ces séquences déjà anciennes, nous ne pouvons nous empêcher d'y voir les indices de ce que nous savons maintenant.

La traversée des monts fait partie des souvenirs que les vieux racontent à la veille. Mais, Maria a défrayé la chronique. Alors que la terre d'accueil s'est avérée fertile et son climat favorable, raison n'est pas rendue au patriarche qui menait cette troupe. On dit même qu'il confond parfois le nouveau territoire avec l'ancien et qu'il a tout oublié de leur voyage. Le nom de Siegrid est écrit sur les murs. C'est sans doute Maria qui fait cela, les nuits où elle parcourt en hurlant les rues du nouveau village.

Au conseil, ce point n'a pu être éludé. Il empêche trop de dormir. Certains pensent que Siegrid n'est pas mort. Mais leur participation au conseil qui l'a évincé ne les met pas en bonne place pour revenir sur ce jugement. D'autres disent que, dans l'attente du départ, le patriarche avait nommé secrètement des émissaires pour négocier avec des autochtones, l'enfouissement du butin, sa garde et son entretien. D'autres disent que tout s'est passé entre le patriarche et Maria, et que Siegrid est parti de lui-même. D'autres rappellent enfin que, lors du départ, Siegrid avait beaucoup aidé à décharger les véhicules et à faciliter le voyage. Ils disent aussi que s'il revenait, ils devraient détruire les autels où son effigie est remerciée pour cette aide. Et qu'il faudrait apprendre aux enfants que

ce dieu mineur n'est en fait qu'un homme. Et puis, Maria ne s'est-elle finalement pas mariée il y a peu.

Lors du dernier conseil, un voyageur est venu dire qu'au village voisin, après avoir longuement pesé le pour et le contre, ils avaient finalement décidé de renouer avec celui qui avait cru pouvoir porter les couleurs de son pays d'émigration en partageant seulement la couche d'une de ses filles. Cela s'était fait progressivement, autour d'un verre pris au foyer du théâtre de la ville. Certains, oubliant que son départ les avait tous bien soulagés, le considéraient comme l'enfant prodigue. Pourtant, la folle « ne troublait plus leur sommeil depuis qu'un maître de chant du théâtre avait décelé dans ses lamentations bruyantes, un véritable don musical qu'il employait à la chorale de l'établissement ». A chaque concert, le rapprochement s'était opéré. D'un commun accord, ils avaient finalement trouvé à son premier amour un nouvel emploi, auquel tous s'étonnaient de n'avoir pas pensé plus tôt. Du chant, elle était ensuite passée au travail plus obscur du classement et de la reliure des partitions.

Pendant ce récit, sous les fenêtres du conseil, Maria hurlait des prophéties inquiétantes, on la disait possédée, certains pensaient qu'elle pourrait bien être une véritable sorcière. On décida que sa voix était trop laide. Et puis, Siegrid – s'il n'était pas mort – avait dû vieillir et oublier...

Le bruit court que dans ce village l'école buissonnière a de plus en plus d'adeptes. Que la tendance aux fugues d'adolescents inquiète le sergent recruteur et que les maris ne seraient pas très fidèles...

VII. Conclusions

Le phénomène des « Disparus, Revenants » comporte certaines particularités cliniques. Elles ont été évoquées plus haut.

1. Le fort potentiel de changement relationnel dont la triade : troubles de la personnalité/réactions suicidaires/rupture familiale, est porteuse, impose de ne pas confondre deuil et disparition.
2. Les relais sont des points nodaux de l'intervention thérapeutique qui ne peut se dérouler sans l'accord du parent éducateur. Celui-ci se trouve dans la position hiérarchique la plus haute. Ce parent n'est d'ailleurs pas nécessairement le père ou la mère, il peut s'agir du frère, de l'institution, du juge.
3. L'évolution du processus thérapeutique peut aboutir à une réconciliation familiale ou, au minimum, à un pardon libérateur pour tous les membres de la famille, occasion d'un changement de régime relationnel (type 2).

L'évolution du processus thérapeutique peut donc être schématisée ainsi :

1. Disparition.
2. Retour (physique).
3. Réintégration (symbolique).

4. C'est la réintégration qui restaure le potentiel de croissance du groupe familial où peut à nouveau se manifester le phénomène de co-évolution de ses membres.

B. Greppo, Y. Colas
13, rue Victor-Hugo
F-69002 Lyon

BIBLIOGRAPHIE

1. Boss P. (1984): «Family Boundaries Ambiguity», *Family Process*, 23, pp. 535-546.
2. Bowen M. (1984): *La différentiation du soi*, ESF, Paris.
3. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1965): *Invisible loyalties*, Harper and Row, New York.
4. Colas Y. et coll. (1985): «Hypothèses à propos de la démence, crise du vieillard, de la famille, de la société», *Psychologie médicale*, 17, 8, pp. 1125-1129.
5. Colas Y. (1987): «Approche systémique des démences ou hygiène de la lignée», *Psychologie médicale*, 19 (8), pp. 1337-1339.
6. Colas Y., Greppo B. (1991): «L'approche systémique, une autre approche de la démence», *Gérontologie et Société*, 46, pp. 153-160.
7. Du Marsais (1981): «Traité des Tropes», *Le nouveau commerce*, Paris, supplément au n° 38.
8. Gide A. (1978): *Le retour de l'enfant prodige*, Folio n° 1044, Gallimard, Paris.
9. Greppo B., Colas Y. (1994): Une histoire de réseau - L'histoire de Z., *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 15, n° 3.
10. Mélese J. (1977): *Approches systémiques des organisations. Vers l'entreprise à complexité humaine*, Hommes et Techniques, Suresnes.
11. Prata G., Vignato M., Bullrich S. (1994): *Interventions systémiques dans les jeux familiaux* «L'enfant qui suivait des yeux le bateau», ERES Ed., Collection: Relations, Toulouse.

LE SYNDROME AFFECTIF CONJUGAL: UN REGARD SYSTÉMIQUE SUR LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE

Guy AULSLOOS¹

Résumé: *Le syndrome affectif conjugal: un regard systémique sur la psychose maniaque-dépressive.* - L'approche systémique s'est peu intéressée à la psychose maniaque-dépressive parce qu'il s'agit d'une maladie considérée souvent comme héréditaire. Nous proposons un regard systémique sur cette affection en formulant l'hypothèse que «les patients maniaques disent en manie ce qu'ils n'osent pas dire en phase normale et qui les culpabilise en phase dépressive». Sur le plan thérapeutique, nous travaillons avec ces patients et leur conjoint à diminuer le contrôle externe et à favoriser l'expression de ce qui ne pouvait être dit.

Summary: *Affective Conjoint Syndrome: a Systemic View on the Manic-depressive Psychosis.* - System's approach has neglected the manic-depressive psychosis because this disease is often considered as hereditary. We propose a systemic view on this disease with the hypothesis that «manic patients say when they are manic what they cannot say when in normal state and for which they feel guilty when depressed». On the therapeutic level, we work with these patients and their spouses to diminish the external control and to implement the expression of what could not be said.

Mots-clés: Psychose maniaque-dépressive - Troubles affectifs - Thérapie systémique - Syndrome affectif conjugal.

Key-words: Manic-depressive psychosis - Affective disorders - Systemic therapy - Affective conjoint syndrome.

L'approche systémique s'est beaucoup intéressée à la schizophrénie, mais a longtemps négligé la psychose maniaque-dépressive (que l'on appelle aujourd'hui maladie affective bipolaire). Si l'on excepte les travaux d'Arlette Seghers à l'Université Catholique de Louvain (1), on ne trouve pratiquement pas de recherches s'étant intéressées à la dimension familiale de la psychose maniaque-dépressive, pas plus en Europe qu'aux Etats-Unis. Sans doute y a-t-il à cela plusieurs raisons.

Tout d'abord, on considère le plus souvent qu'il s'agit d'une maladie génétique et héréditaire et, quand on s'intéresse à la famille du maniaque-dépressif, c'est en

¹ Psychiatre systémicien, professeur agrégé à l'Université McGill et à l'Université de Montréal, clinique Jeunes Adultes, 106 - 6070, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1N 1C1, Canada.