général pour repérer parmi les ascendants et les collatéraux les autres membres de la famille qui sont atteints de la même affection. Il ne semble donc pas y avoir grand intérêt à étudier la dynamique familiale à proprement parler puisque le déclenchement des épisodes maniaques ou dépressifs semble être d'origine essentiellement biochimique. Ensuite, 70% des patients maniaco-dépressifs sont notablement améliorés par l'usage du lithium, du tégrétol ou de l'acide valproïque. Dans la mesure où l'on dispose d'un traitement efficace, on s'intéresse peu à la dimension familiale. Enfin, les différents épisodes de cette maladie sont caractérisés par le fait qu'il est prévisible qu'il y ait des rechutes mais que le moment de ces rechutes est imprévisible. On a de ce fait tendance à considérer que ce ne sont pas des facteurs psychologiques ou encore moins la dynamique familiale qui provoquent les rechutes.

Un climat particulier

Quand je suis arrivé au Québec, j'ai travaillé à Rouyn-Noranda, en Abitibi, au nord-ouest du Québec. Il s'agit d'une région de colonisation récente puisque la ville elle-même n'existait que depuis soixante ans à mon arrivée en 1986. Dès l'abord, j'ai été surpris par l'importance et la fréquence des épisodes maniaques en général, chez les femmes en particulier. Bien sûr, depuis Esquirol on sait qu'il y a deux femmes pour un homme qui présentent des psychoses maniaco-dépressives. A Rouyn, il ne se passait pas de semaine sans qu'un homme ou une femme soit hospitalisé en phase maniaque. Ce fut là ma première constatation.

La deuxième chose qui m'a intéressé est la réflexion d'un psychologue de l'équipe, Gilles Bruneau, né à Rouyn et descendant d'un des premiers émigrants de l'Abitibi. Il me confiait: «Je suis frappé de voir que ceux qui ont émigré en Abitibi, il y a une cinquantaine d'années ont, d'une certaine façon, joué le tout pour le tout. Ils savaient qu'en quittant Montréal ou Québec, ils s'en allaient à 600 kilomètres au moins de tout centre de civilisation avec tous les risques que supposaient le défrichement d'une terre jusque-là inhabitée, l'éloignement de leur famille qui risquait bien d'être définitif, l'incertitude quant à la possibilité de survivre sur des terres que l'on ne connaissait pas. A l'époque en effet, les moyens de communication étaient tels que la majorité des colons n'ont jamais pu revenir dans leur ville d'origine. Ceux qui ont osé, ont tout abandonné dans une sorte de processus de tout ou rien qui rappelle un peu le fonctionnement des patients atteints de psychoses maniaco-dépressives.» (Bernard Clavel a bien évoqué le climat de cette époque dans «Harricana», «L'or de la terre» et «Miserere».)

A partir de là, des questions commençaient à se poser: est-ce que ce mode de colonisation particulièrement risqué n'a pas favorisé une concentration inhabituelle de gens fonctionnant sur un mode bipolaire? Est-ce que l'on n'a pas regroupé accidentellement des types de famille ayant des fonctionnements du style tout ou rien? Serait-ce l'éloignement qui favorise le trouble ou un certain mode de peuplement qui favorise une sélection de familles présentant un certain type de fonctionnement?

Quelques histoires

J'en étais là dans mes réflexions lorsqu'une patiente fut hospitalisée dont l'évolution suffisamment particulière m'amena à me questionner sur le trouble maniaco-dépressif. Je présenterai d'abord son histoire avant d'aller plus loin dans mes considérations.

Il s'agit d'une patiente de 37 ans qui avait depuis quatre ans présenté quatre épisodes maniaques et était traitée au lithium. Elle suivait bien son traitement et était prise en charge par un généraliste. En janvier 87, elle fut hospitalisée une cinquième fois, après avoir fait un épisode dépressif léger au cours de l'été précédent. On l'avait alors traitée avec un antidépresseur, l'amitryptiline. Elle avait continué à prendre ce médicament en plus du lithium, ce qui pouvait éventuellement être considéré comme un facteur déclenchant de l'épisode maniaque. Dès l'admission, j'avais rencontré la famille de la patiente; ils disaient qu'ils ne voyaient pas très bien ce qui avait pu, ou la déprimer, ou la faire passer en phase maniaque. Le seul facteur déclenchant qu'ils pouvaient éventuellement identifier était que la fille de 16 ans de la patiente avait un ami, qu'elle avait quitté cet ami, et que la patiente avait été assez déçue que sa fille abandonne ce garçon qui lui plaisait bien.

La première semaine d'hospitalisation fut vraiment pénible. La patiente était en état maniaque caractérisé, avec hyperactivité, logorrhée, déambulations, insomnie totale, agitation et, malgré des doses relativement élevées de neuroleptiques, son état maniaque ne cédait pas. Ce qui était particulier, c'est que, de jour comme de nuit, cette patiente chantait des chansons «western», avec une voix de plus en plus empâtée au fur et à mesure que les neuroleptiques luis asséchaient la bouche. Elle chantait avec une conviction remarquable mais brodait des paroles différentes de celles des chansons. Elle remplaçait les textes bien connus par des phrases comme: «Quand on en prend trop, ça finit par craquer; puis quand ça craque, ça coûte bien trop cher» ou «L'amour, c'est une belle chose, mais ça peut faire mal», etc.

Quand cette patiente passa en phase dépressive, elle présenta des sentiments de culpabilité excessifs à l'égard de son mari, de ses enfants, de ses propres parents. Quand on lui rapportait ce qu'elle chantait en phase maniaque et qu'on lui demandait s'il y avait quelque chose qui n'allait pas dans la famille ou dans le couple, elle niait farouchement: «J'ai un mari tout à fait extraordinaire; heureusement d'ailleurs, je ne sais pas ce que je ferais sans lui. Quant à mes enfants, ils m'aident beaucoup, me déchargent des tâches ménagères et je ne pourrais pas rêver d'avoir de meilleurs enfants.» Elle refusait en particulier que l'on mette un sens aux paroles qu'elle brodait pendant son chant maniaque. Son état s'améliorant, elle finit par pouvoir rentrer chez elle.

Je n'entendis plus parler de cette patiente qui était suivie par son généraliste jusqu'au mois de mai 87. A ce moment, elle est de nouveau hospitalisée en urgence, avec cette fois-ci un facteur déclenchant tout à fait évident: son mari venait de demander le divorce. J'avais rencontré le mari lors de la précédente hospitalisation et il n'avait pas du tout fait mention de problèmes conjugaux. Tout au plus avait-il montré une certaine froideur. Lors de ce nouvel épisode maniaque, la patiente devient beaucoup plus agressive dans les paroles de ses chansons «western» qui sont son moyen d'expression favori: «Alors là, on verra ce qu'on verra; ils n'ont

qu'à bien se tenir» ou encore «cette fois-ci je ne me laisserai pas faire et il arrivera ce qui doit arriver».

Après une quinzaine de jours, le mari retire sa demande de divorce. Il semble bien qu'il n'avait pas de maîtresse, mais que simplement il ne supportait plus de continuer à vivre avec cette femme qui faisait des épisodes maniaques à répétition. A ce moment, Madame passe en phase dépressive avec changement de tableau: elle ne manifeste pas les sentiments d'indignité qu'elle montrait précédemment en phase dépressive, mais dit qu'elle n'est pas sûre de vouloir recommencer la vie commune avec son mari, qu'il y a certaines choses qui devraient changer, que son mari a une attitude beaucoup trop contrôlante avec elle, qu'il ne la laisse pas sortir, que pour avoir la voiture, elle doit s'y prendre quinze jours à l'avance, que surtout elle voudrait pouvoir aller à des soirées «western» (c'est son obsession et elle nous confiera qu'elle aurait voulu être chanteuse) et qu'en plus elle s'est beaucoup trop dévouée pour sa famille, mais qu'au fond, tout cela elle n'ose pas le dire en face.

Lors de l'entretien de couple suivant, elle est incapable d'exprimer ses reproches et dit que tout va bien. Le mari par contre dit très clairement qu'il ne veut pas la quitter, qu'il l'aime et que c'était l'impuissance face à la maladie qui l'avait amené à envisager le divorce. Il promet un certain nombre de changements dans la relation conjugale, changements qui semblent satisfaire la patiente.

Juillet 87: rechute. Toujours un épisode maniaque, toujours les chansons «western», toujours de l'agressivité et une irritabilité de plus en plus grande. Les trois entretiens de couple qui vont suivre auront une tonalité bien différente des précédents. La patiente se prépare aux entretiens avec son infirmière de référence qui assistera à l'entretien selon la technique de la cothérapie scindée (2). Elle décide d'annoncer son intention de divorcer à moins qu'il n'y ait des changements majeurs dans sa vie. Elle dit que son mari avait promis que les choses changeraient, mais que rien n'a changé et que ce n'est plus possible.

En fait, lors du premier entretien elle ne dit absolument rien. A nouveau, je ne tente pas de brusquer les choses pour lui laisser le contrôle sur le déroulement des événements. Mais bien sûr cela est repris avec l'infirmière de référence après l'entretien et renforce sa décision d'en parler la fois suivante.

Au cours du deuxième entretien, elle dit un peu plus clairement qu'elle voudrait être moins contrôlée, qu'elle souhaiterait pouvoir sortir plus souvent, mais disqualifie presque immédiatement ce qu'elle dit ou en minimise la portée. Cette fois je décide d'intervenir en ouvrant la crise: «Je ne comprends pas ce que vous dites: ce n'est pas du tout ce que vous aviez prévu de dire. J'ai l'impression qu'il y a deux discours: un discours quand votre mari est là et un autre discours quand il n'est pas là; et tant qu'on ne mettra pas les deux ensemble, je ne vois pas très bien à quoi cela sert de continuer ces entretiens.» La patiente continue à atermoyer et reste bien en deçà de ce qu'elle avait prévu de dire.

Au troisième entretien enfin, elle commence avec son mari une négociation assez serrée sur ce qu'elle estime être les conditions nécessaires pour que la vie commune puisse reprendre. Le mari accepte assez bien les demandes de sa femme et le couple souhaite continuer un suivi en consultation externe. J'ai par la suite rencontré également les enfants et cette fois un certain nombre de changements importants se sont réellement produits dans la vie conjugale. Pendant les deux ans qui ont suivi, il n'y a

pas eu de rechute et la patiente nous disait en 1989: «Il y a quinze ans que je n'ai pas vécu comme je vis maintenant parce qu'enfin, quelque chose a vraiment changé.»

J'ai fait un compte rendu détaillé de cette situation pour montrer les différentes étapes qui ont permis le changement. Ce qui m'est apparu le plus frappant était le contrôle que le mari et les enfants exerçaient sur la vie de la patiente, et la tendance spontanée que nous avions comme thérapeute de contrôler la situation. Dans le cas de la psychose maniaco-dépressive, ceci est renforcé par le fait que la médication nécessite des contrôles sanguins réguliers et une grande fidélité au traitement pour être efficace. Ceux qui s'occupent de ces patients savent que c'est un des problèmes majeurs et une des causes de rechute. Pour cette raison, je crois nécessaire d'insister sur le fait que le thérapeute doit prendre son temps pour permettre que les choses mûrissent et que la patiente puisse elle-même garder le contrôle sur le processus.

Je pourrais donner de nombreux autres exemples. Je n'en citerai que deux. Celui de cet homme qui se prenait pour le frère de Jésus-Christ et, en pleine phase maniaque, était allé trouver l'évêque de Rouyn pour lui demander de prévenir son collègue Jean-Paul II que la capitale de la chrétienté allait être déplacée de Rome à Rouyn. Ce patient ne chantait pas mais émaillait son discours de citations bibliques bien dans la logique de son délire. A nouveau cependant, certaines citations étaient déformées et parlaient de la beauté d'une vie sans sexualité. En entretien de couple, sa femme nous expliqua que trois ans auparavant, elle avait décidé de quitter son mari étant donné son alcoolisme. Après six mois où il avait réellement vécu à la dérive, elle avait accepté sa demande de le reprendre à la condition qu'il cesse de boire et qu'ils vivent comme frère et sœur, sans relations sexuelles.

Je pourrais aussi raconter l'histoire de cette femme d'industriel qui, à 48 ans, fait en quatre ans neuf épisodes de dépression mélancolique pour lesquels elle est hospitalisée à chaque fois et reçoit des électrochocs. La dixième fois, il s'agit d'un épisode maniaque, le premier qu'elle ait présenté dans sa vie. Son délire est centré sur le fait que son mari, étant très riche, a pu acheter les juges et les médecins, et obtenir ainsi son internement faute de pouvoir la tuer. Pendant sa phase maniaque, elle ne cesse d'appeler les plus hautes instances comme le Secrétaire Général des Nations Unies, la Ligue Internationale des Droits de l'Homme, etc. Les thérapeutes précédents avaient travaillé avec cette femme le deuil qu'elle devait faire de ses enfants qui venaient de quitter la maison et les traumatismes qu'elle avait pu vivre dans son enfance, bien qu'elle-même estimât ne pas avoir été traumatisée. Quand l'épisode maniaque fut enfin contrôlé, la patiente commença à raconter que toute sa vie elle avait été la servante de son mari, qu'elle n'avait cessé d'être en représentation pour les clients que celui-ci ramenait à la maison, souvent sans prévenir, que jamais elle n'avait pu planifier une journée pour elle-même, étant toujours dans la crainte de recevoir un coup de téléphone de son mari qui lui demande de préparer un grand souper. Jusque-là, elle ne s'était jamais plainte à personne de cette situation qu'elle considérait pratiquement comme normale. Lors des entretiens de couple, le mari reconnut facilement qu'il devait changer quelque chose à son attitude mais qu'il n'avait jamais réalisé l'importance que cela prenait pour sa femme, parce qu'elle semblait toujours d'accord. Cette patiente non plus n'a pas fait de rechute pendant les deux ans qui suivirent. Lors d'un contrôle cependant, elle faisait remarquer qu'il lui arrivait encore très fréquemment de se sentir coupable lorsque son mari lui

proposait de l'accompagner à une réception ou de recevoir des clients et qu'elle n'en avait pas envie. Elle était cependant capable de combattre cette culpabilité et de dire réellement à son mari ce qu'elle était prête à faire.

Le syndrome affectif conjugal

C'est sous ce terme que j'ai regroupé une série de situations dans lesquelles alternent des épisodes de dépression et/ou de manie, raison pour laquelle je l'ai appelé affectif. Je parle de syndrome parce qu'il y a plusieurs facteurs qui agissent en même temps pour produire le syndrome. Enfin je parle de conjugal parce que c'est essentiellement dans le couple que se manifeste ce type de syndrome même si le patient désigné a des comportements analogues dans d'autres situations. C'est aussi au niveau du couple que l'intervention est le plus souvent pertinente. Les caractéristiques de ce syndrome sont les suivantes:

1. Il s'agit de femmes ou d'hommes dont l'âge est le plus souvent compris entre 35 et 50 ans (les épisodes de psychose maniaco-dépressive d'origine génétique se manifestent en général avant 30 ans)...
2. ... ayant 10 ans ou plus de vie conjugale (les symptômes ne se manifestent en effet le plus souvent qu'après un certain nombre d'années d'un jeu conjugal que je décrirai plus loin), ...
3. ... dans la famille desquels il n'y a pas d'antécédent psychiatrique de maladie affective bipolaire, ...
4. ... qui sont décrits comme des femmes ou des hommes soumis, infantiles, dépendants, silencieux. (Le conjoint d'une patiente maniaque disait: «Elle a toujours aimé jouer la petite fille, ça choquait parfois un peu les amis qui venaient à la maison quand elle venait sur mes genoux pour sucer son pouce, mais moi je n'y voyais pas d'inconvénients». Ou encore cette femme d'industriel dont je viens de parler qui disait: «Pendant 25 ans je n'ai rien dit, mais maintenant il faut que je parle».) Il s'agit donc le plus souvent d'une complémentarité extrême, et l'on retrouve de fait...
5. ... un conjoint ou une conjointe dominant ou protecteur, parfois même autoritaire. (Je n'ai pas rencontré de situation de violence conjugale dans les cas que j'ai connus, mais au contraire j'ai pu constater que c'était le comportement protecteur qui prédominait. Ils pouvaient dire par exemple: «Comme tu n'es pas capable de t'assumer toi-même et de prendre tes responsabilités, il faut bien que je le fasse à ta place. Mais je serai toujours là pour te protéger».)...
6. ... avec une relation de contrôle prédominante, dans laquelle l'un est le contrôleur et l'autre le contrôlé. Cette situation risque de se reproduire avec les thérapeutes qui reprennent la position de contrôleur du traitement.

Lorsque ce syndrome affectif conjugal s'installe, dans la plupart des cas il ne s'agit pas d'une affection héréditaire, comme en témoigne l'absence d'antécédents psychiatriques. Je pense au contraire qu'il s'agit de ce que l'on peut appeler en terme intra-psychique une défense maniaque, qui apparaît dans un jeu interactionnel où la complémentarité tend à s'exacerber. Ceci ne veut pas dire que des facteurs biologiques n'entrent pas en ligne de compte sous forme d'une vulnérabilité ou d'une prédisposition à développer ce type de pathologie. Je pense cependant que la transmission intergénérationnelle d'une dynamique familiale où prévaut la loi du tout ou rien joue un rôle fort important comme je le disais dans mon introduction.

Je me résumerai en disant que dans le syndrome affectif conjugal, les patients maniaques disent en manie ce qu'ils n'osent pas dire en phase normale et qui les culpabilise en phase dépressive.

Quelques problèmes posés par ce syndrome

Le premier problème a déjà été abordé: le fait que ces femmes et ces hommes nient habituellement lorsqu'ils sont en état normal ou en phase dépressive ce qu'ils ont dit, clamé, chanté durant les épisodes maniaques. Non seulement, ils nient avoir dit cela, mais disqualifient leur discours en disant: «Ça, c'était quand j'étais malade, mais ce n'est pas vrai du tout, il n'y a pas de problème». Pour cette raison, comme les conjoints, nous avons tendance à les croire et à les suivre lorsqu'ils prétendent que ce qu'ils nous ont dit n'était pas pertinent. Que peut-on faire de ces discours qui sont à la fois inutilisables et déniés?

Autre problème lié au traitement spécifique des psychoses maniaco-dépressives: comme l'instauration d'un traitement médicamenteux nécessite des contrôles sanguins réguliers et que les rechutes ne sont pas prévisibles, le discours habituel est: «Votre conjoint est atteint d'une maladie affective et aura probablement des rechutes. Il est donc important qu'il prenne son lithium régulièrement. Il est possible que lorsqu'il se sentira bien il voudra abandonner le traitement. Il sera alors nécessaire d'insister pour qu'il continue à prendre sa médication». Ce discours est tout à fait raisonnable sur le plan médical, mais ne tient pas compte du fait qu'il va réactiver un pattern communicationnel déjà présent et vraisemblablement pathogène. Par ce discours, le thérapeute confirme le conjoint ou la conjointe dans son rôle de protecteur d'une conjointe ou d'un conjoint infantile, soumis, silencieux et que l'on définit en plus comme malade.

Un dernier problème, et non des moindres: les protecteurs finissent par se lasser de leur rôle, commencent à mal supporter la situation d'impuissance à laquelle ils sont journellement confrontés, rêvent d'une relation plus égalitaire, même s'ils sont partie prenante dans l'établissement de cette relation complémentaire. Tous ceux qui travaillent avec les patients maniaco-dépressifs savent qu'il n'est pas rare que le conjoint finisse par demander le divorce après plusieurs années de vie conjugale. Tous ne font pas comme celui dont j'ai parlé qui a fini par revenir sur sa décision. Lorsque la séparation se fait, le conjoint maniaco-dépressif se voit soudain privé de son protecteur, d'autant plus incapable de s'occuper de ses affaires qu'il est souvent à ce moment-là en situation de rechute. C'est souvent l'hôpital et ses thérapeutes qui vont reprendre le rôle de protecteur avec un

risque sérieux de chronicisation pour le patient dont les rechutes confirmeront à la fois le diagnostic et l'incapacité à s'assumer ou à continuer à vivre une vie conjugale satisfaisante. Quand on protège quelqu'un, on l'empêche bien souvent d'apprendre à se protéger.

Quelques pistes thérapeutiques

1. Il importe d'abord d'être attentif au discours des patients maniaques dont on dit trop souvent qu'il n'est qu'une logorrhée pleine de coq-à-l'âne et qui n'a pas de sens. Ce sont particulièrement les bizarreries du discours qui sont intéressantes dans la mesure où elles sont souvent révélatrices de la problématique qui voudrait se masquer.

2. Lorsqu'on a pu se faire une hypothèse sur le sens caché que peut contenir ce déluge verbal, il est important de le reprendre avec le patient lorsque son état s'est amélioré. Il ne faut pas se laisser rebuter par les négations qui sont très fréquentes. Il faut enfin éviter le piège de se mettre dans la position du porte-parole du patient qui va dire au conjoint ce que le patient n'est pas capable de dire. Ce faisant, on reprendrait à notre compte le rôle du protecteur et l'on ne ferait que faire plus de la même chose. Il faut au contraire prendre le temps qu'il faut pour que la patiente ou le patient soit capable d'exprimer lui-même ce qu'il a à dire. On ne facilite pas l'expression d'un silencieux en s'exprimant à sa place.

3. Comme on l'a vu, les entretiens de couple sont très nécessaires dans toutes les situations de pathologie maniaco-dépressive. Tout d'abord parce que le conjoint vit lui-même une situation difficile et qu'il est important qu'il puisse lui aussi s'exprimer. Ensuite, parce que dans ces entretiens il est possible pour le patient d'amorcer les changements qui lui permettront de sortir de son rôle complémentaire.

4. Comme je l'ai mentionné dans l'une des situations, il est très utile de faire une prise en charge à deux sous la forme d'une cothérapie scindée. Un thérapeute peut s'occuper individuellement du patient désigné pour travailler avec lui les thèmes qu'il a envie d'aborder sans oser réellement le faire. Ce thérapeute doit évidemment être présent lors des entretiens de couple pour que le patient puisse sentir qu'il est supporté par celui à qui il a fait confiance. L'autre thérapeute, le plus souvent le médecin, s'occupera plus spécifiquement de mener l'entretien, de faciliter la parole des deux conjoints, d'assumer le suivi médicamenteux. Dans cette position, ce que je dis au conjoint, c'est qu'on aura besoin de sa participation, non pas comme un thérapeute associé qui doit nous aider à soigner sa femme, mais comme quelqu'un qui va devoir réapprendre à vivre avec un conjoint normal, à condition que le traitement au lithium soit efficace. Il y a donc une espèce d'inversion de la polarité lorsque l'on définit que la situation antérieure à l'épisode maniaque était une situation anormale et que, à l'avenir, on va vivre une situation plus normale, plus égalitaire, où l'on pourra et devra tenir compte du discours du conjoint.

Conclusion

En parlant de syndrome affectif conjugal, je veux souligner que la position maniaque a pu être utilisée comme une défense dans une situation interactionnelle complémentaire (voir aussi l'article « Individu – Symptôme – Famille »). La phase maniaque permet à certains patients d'exprimer dans un état d'agitation ce qu'ils ne pourraient dire autrement. Ils peuvent se donner cette permission, cette liberté, mais courent le grand risque de voir renforcer le mécanisme préexistant, tant dans le couple que lors de l'intervention thérapeutique. La pathologie disqualifie en effet le discours et le rend inaudible. D'où l'importance d'entendre ce discours maniaque, de l'utiliser, de rencontrer le couple et souvent la famille pour que cette parole puisse être entendue et que le système puisse effectuer les changements nécessaires. Ce que je résume 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 ».

Docteur Guy Ausloos
Clinique Jeunes Adultes
106-6070, rue Sherbrooke Est
Montréal (Qc) H1N 1C1
Canada

BIBLIOGRAPHIE

1. Seghers A. (1991): « An Original Study of 89 Recurrent Major Mood Disorders Treated with a Combined Approach of Family Therapy and Biological Treatment », Présentation au Congrès International: *The End of Grand Designs and the Flowering of Systemic Practice*, Heidelberg, 3 au 7 avril 1991.
2. Ausloos G. (1983): « Délinquance et thérapie familiale: le double-lien scindé thérapeutique », *Bulletin de Psychologie*, XXXVI, pp. 217-225.
3. Ausloos G. (1990): « Individu – Symptôme – Famille », *Thérapie familiale*, 11(3), pp. 273-279.

JOURNAL OF FAMILY THERAPY

Edited by John Carpenter and Bebe Speed

"There are several characteristics of the **Journal of Family Therapy** that I find especially refreshing. First, I admire the candor and directness of many of the authors; there is little of the knee jerk, reflexive adoration of the 'masters' and of 'accepted truths' that I see so often in many other family therapy journals, with concomitantly more open thinking. And yet, this all happens without disrespect, disparagement or hostility. Second, while the **Journal** maintains the highest academic standards, somehow the writing often seems more informal and conversational without compromising on depth or clarity. And third, more of the authors seem genuinely both to respect differences (for example, between 'schools' of therapy) *and* to understand the bases for those differences, often leading to the presentation of clinically very astute work."
Alan S. Gurman, Professor of Psychiatry & Co-editor, Handbook of Family Therapy

ORDER FORM **JOURNAL OF FAMILY THERAPY**
Subscription Rates, Volume 17, 1995 ISSN 0163-4445
Institutions £75.50 UK/Europe, $129.00 N America*, £83.50 Rest of World
Published quarterly *Canadian customers please add 7% GST

☐ Please enter my subscription/send me a sample copy
☐ I enclose a cheque/money order payable to Basil Blackwell
☐ Please charge my American Express/Diners Club/Mastercard/Visa account number

Expiry Date
Signature Date
Name
Address
Postcode

E-Mail Address: jnlsamples@cix.compulink.co.uk
(Please include the name of the journal)

Payment must accompany orders
Please return this form to: Journals Marketing, Blackwell Publishers, 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF, England. Or to: Journals Marketing, JOFT, Blackwell Publishers, 238 Main Street, Cambridge, MA 02142, USA.

Blackwell Publishers Oxford, UK and Cambridge, USA

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 87-97

LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE ENTRE CONTRÔLE ET ANTICIPATION

L. CABANEL, L. LAMANTOWICZ, M.F. POULAIN, B. WATERNAUX[1]

Résumé: *La Psychose Maniaco-Dépressive entre contrôle et anticipation.* — Au fil de l'évolution actuelle de l'épistémologie systémique, et de celle de leur pratique de secteur de psychiatrie publique pour adultes, les auteurs, thérapeutes systémiciens appartenant à une unité de thérapie familiale, sont amenés à envisager leur place dans la prise en charge de patients atteints de troubles maniaco-dépressifs. A partir d'une illustration clinique, la réflexion de l'équipe s'est organisée autour d'une interrogation sur l'apport théorique du constructivisme et des modèles de la complexité. Sans pour autant proposer de réponses aux questions posées, l'article décrit le cheminement de cette réflexion.

Summary: *Manic-depressive Illness: control and/or anticipation.* — Systemic therapists working in systemic unit are presently modifiying their practice. Such changes which are appearing in the past ten years are related to recent modification in systemic epistemology. Therefore they induce changes in family practice of manic-depressive patient cares. Our practice leads our team to the importance of constructivism and complexity in patients' cares. Our paper would not like to offer definitive conclusions but try to bring our experiments while describing the evolution of our thoughts through the past years.

Mots-clés: Anticipation – Auto-organisation – Complexité – Constructivisme – Contrôle – Curiosité – Modélisation – Psychose maniaco-dépressive – Système thérapeutique – Temps.

Key-words: Anticipation – Organization – Complexity – Constructivism – Control – Curiosity – Modelling – Manic-depressive Illness – Therapeutic system – Time.

Dans une perspective constructiviste, il nous a paru intéressant de prendre le temps de nous interroger sur le devenir potentiel des patients atteints de Psychose Maniaco-Dépressive (PMD) qui semblent inscrits dans une lignée médicale extrêmement bien codifiée, consensuellement reconnue par le corps médical, qui a fait les preuves de son efficacité, et dont notre propos n'est évidemment pas la remise en cause.

En témoigne cette définition classique de la PMD: affection caractérisée premièrement par son profil clinique, associant de façon variable des accès dépressifs et des accès d'excitation alternant avec des périodes d'humeur normale, deuxièmement par son caractère endogène, troisièmement par son traitement spécifique, en particulier prophylactique.

[1] Psychiatres, Thérapeutes Familiaux, Unité de Thérapie Familiale: U.T.F. Boulogne 92, C.H. Paul Guiraud, Villejuif.

L'interrogation qui se pose alors au psychiatre systémicien est celle du risque d'un «blocage» dans l'élaboration de sa réflexion à propos du suivi de ces patients.

En effet, leur parcours nous apparaît tout tracé, pour ne pas employer le terme de prédéterminé qui pourrait paraître excessif. Ce parcours peut être lapidairement résumé en ces étapes: plusieurs épisodes dépressifs ou maniaques, plus ou moins typiques, se succédant en alternance avec des «intervalles libres» jusqu'au moment où le diagnostic va être posé. A l'énoncé du diagnostic succède un certain nombre de corollaires qui s'enchaînent les uns aux autres. Parler de PMD implique les facteurs héréditaires. La famille se profile au regard de la génétique, comme en témoigne le nombre des recherches effectuées dans ce domaine. Parler de PMD fait aussi envisager obligatoirement les régulateurs de l'humeur (lithium ou carbamazépine) et donc l'observance du traitement.

«Est-ce que le projet thérapeutique va devoir se résumer à la mise en place d'un dispositif tendant uniquement à obtenir l'observance du traitement par le patient?» C'est la question qui se pose à tout psychiatre, quelle que soit sa référence épistémologique. En ce qui concerne un travail avec la famille, la revue d'une littérature essentiellement américaine nous apporte peu de réponses. L'attitude des thérapeutes consiste en effet à centrer leurs efforts sur l'obtention de la régularité de la prise de la chimiothérapie par le biais d'un travail d'éducation du patient et de sa famille (Gent-Zwart (9), Spurkland-Vandvik (12).

Pour un systémicien, l'attitude à envisager est certes plus difficile dans la prise en charge d'un patient atteint de PMD que pour certains autres patients. Il y a en effet peu de craintes à essayer d'aborder la problématique familiale dans l'espoir de favoriser la reprise d'une évolution positive chez un psychotique. Mais faut-il continuer à intervenir auprès de la famille du patient atteint de PMD lorsqu'apparemment tout est rentré dans la «normalité»? Notre intervention ne risque-t-elle pas d'aggraver la situation, voire de provoquer une rechute, ce qui serait contraire au principe du «primum non nocere». Et la question se pose aussi en termes plus radicaux: faut-il intervenir sur un mode psychothérapique auprès de ces familles?

1. Le blocage du système

Devant une pathologie telle que la P.M.D., le thérapeute est confronté au paradoxe de devoir à la fois contrôler le maintien de la «normalité» à l'issue de l'accès et en même temps de tenter d'être l'activateur du potentiel évolutif du système. La question du contrôle se pose en effet ici de façon particulière. Il ne vise pas à maintenir la «folie» à un niveau supportable comme dans la psychose chronique, mais à maintenir de façon indéfinie l'état décrit comme intervalle libre. Ceci engendre un paradoxe: *l'intervalle libre sous-entend la menace indéfinie d'un prochain accès.* L'efficacité du traitement préventif par le lithium, loin de signer la guérison, renforce ce paradoxe en authentifiant la réalité de la menace même si celle-ci ne survient pas. Lithium et menace d'un prochain accès deviennent alors des organisateurs relationnels du système thérapeutique: patient, famille du patient et soignants. La finalité du système thérapeutique est définie dans ce cas par l'évitement d'un nouvel accès. Cette organisation s'autovalide par renforcement positif:

le traitement et son contrôle sont justifiés par l'éventualité d'un nouvel accès, mais la non-apparition de l'accès ne signe ni évolution favorable ni guérison. Elle représente la justification du contrôle exercé et sa poursuite dans le temps.

Ce modèle de l'alternance entre accès et intervalle libre, sous-tendu par l'efficacité du traitement, organise donc le système thérapeutique sous la dimension du contrôle réciproque des différents participants:

→ le patient contrôle sa famille par la menace de l'accès;

→ le thérapeute contrôle le traitement;

→ la famille contrôle le thérapeute... etc.

Les protagonistes finissent par surveiller tout signe pouvant faire suspecter l'imminence d'un accès. Toute exagération d'émotion perd ainsi sa fonction d'indicateur de la tonalité des relations pour devenir indicateur de pathologie dans le cadre de relations qui deviennent de plus en plus figées. Nous détaillons ceci dans l'exemple clinique ci-après.

Une certaine optique familialiste peut à l'occasion amplifier ce phénomène. Par exemple les modèles éducationnels d'origine américaine sont axés sur l'apprentissage de l'évitement des expressions émotionnelles négatives (Goering-Lancee-Freeman (10). Le concept de l'«Emotionnalité Exprimée» et son application à la thérapie familiale comportementale concerne en effet plus les violences relationnelles (psychologiques et autres) que les émotions structurantes à encourager (Chambon- Marie-Cardine (7). Ces modèles conduisent à un soutien ambigu à la famille et au patient, risquant de bloquer une possible évolution si les émotions finissent par être perçues comme dangereuses pour la stabilité relationnelle. De leur côté, les modèles éco-systémiques ont plutôt pour ambition de joindre les différents niveaux impliqués: génétique, pharmacologique, individuel, familial, social... Certes, ils peuvent par leur globalisme accroître ce contrôle qui ne vise en fait qu'à une meilleure observance du traitement. Toutefois, ils incitent à la création d'un partenariat triadique plus évolutif car plus attentif à la place du sujet.

2. Anticipation: le temps retrouvé

Face à cette prégnance du contrôle, nous voudrions poser la question de la possibilité d'un retour à l'«anticipation». Nous opposons **anticipation** et **prévisibilité**. Un patient maniaco-dépressif exprimait ainsi sa capacité à anticiper de nouveau – capacité à être sujet de son destin personnel – en disant à propos de son couple: «Maintenant, on vit au jour le jour, on est aspiré par un mouvement qui nous entraîne.»

On le voit, l'anticipation n'est pas une préfiguration exacte des événements tels qu'ils vont se dérouler. C'est un état du système qui permet d'accueillir l'imprévisible individuel pour s'engager dans un processus de créativité. Elle implique une capacité de «laisser échapper» sans expliciter ni contrôler pour «accueillir» l'expérience dans sa nouveauté créatrice, et sa valeur d'échange avec l'autre.

Ceci suggère une modification du rapport au temps. Dans l'accès, qu'il soit maniaque ou dépressif, l'anticipation est impossible car le temps est arrêté (Sutter,

Berta (13, 14). Il en est de même dans l'«intervalle libre» qui est défini comme un retour à l'état antérieur de la même façon que les accès sont définis comme identiques aux précédents. Le mot d'ordre fige le temps. «*Rien n'arrive*» dans l'accès, «*Rien ne doit arriver*» dans l'intervalle libre.

C'est bien là l'inverse de l'ouverture sur l'événement que suppose l'anticipation. En ce sens, l'anticipation implique l'histoire comme un déroulement d'événements signifiants et irréversibles, tandis que le modèle que nous appelons de l'intervalle libre implique une sorte de réversibilité des événements qui perdent leurs statuts d'inscription dans un historique de vie. Le système thérapeutique risque d'être confiné dans une répétitivité fermée à une évolution historique porteuse de changements et, qui sait, de guérison.

Quelle peut être alors la position du thérapeute dans le système thérapeutique?

S'il obéit strictement au modèle médical, le risque est grand pour lui d'assumer un rôle en collusion directe avec la dimension de contrôle déjà appelée par les accès. Le thérapeute peut devenir un «contrôleur contrôlé», privé lui-même de toute capacité d'anticiper.

Peut-on imaginer qu'il puisse jouer un rôle différent, plus conforme à sa vocation de thérapeute sans contrevenir à son éthique médicale?

Est-il possible de réintroduire l'anticipation?

Le thérapeute peut-il «laisser échapper» pour permettre aux événements de jouer leurs rôles de réorganisateurs systémiques?

3. Systèmes artificiels et systèmes naturels

Pour tenter de répondre à ces questions, nous reprendrons le modèle de la complexité d'Atlan.

Il oppose la *complication* qui correspond aux situations où l'on peut admettre que tout peut être connu, même si cette connaissance nécessite une description qui peut être très longue, à la *complexité* où cette description n'est pas possible. En d'autres termes, c'est parce qu'il reconnaît qu'il persiste une incertitude que le thérapeute peut accéder à la complexité.

Apparaît donc la différence entre un **système compliqué** qui peut être analysé et décomposé en éléments identifiables, et un **système complexe** où cette analyse est impossible. On ne peut comprendre un système complexe, on ne peut que le modéliser. Ceci laisse toujours une part d'incertitude dans la connaissance que l'on aura de ce système. En cela, l'observation que l'on en fait mesure notre ignorance.

Cette description rejoint la différence apportée par Atlan entre **systèmes artificiels** et **systèmes naturels**. Un système artificiel est un système qui a un but fixé a priori, et finalisé dans ce but. Il n'a pas la possibilité de se modifier lui-même dans son organisation et donc de changer de finalité.

Un système naturel n'a pas *a priori* une finalité déterminée. La finalité du système naturel est elle-même un objet de recherche. Les systèmes naturels sont spécifiques dans leur capacité à s'auto-organiser. Ils résistent au bruit et ont la capacité de l'utiliser jusqu'à le transformer en facteur auto-organisateur qui lui confère une

compétence supérieure. La condition de l'intégration du bruit comme information est que le système possède un nombre suffisant de circuits redondants, garants de sa fiabilité. Redondances et fiabilité d'un système complexe lui permettent de réagir à des agressions aléatoires par une désorganisation rattrapée suivie d'une réorganisation à un niveau de complexité plus élevée. Celle-ci est mesurée par une richesse plus grande en possibilités de régulation, qui permet une adaptation à des nouvelles agressions de l'environnement.

Le détail de cette organisation échappe à l'observateur-participant qu'est le thérapeute. Tout en restant garant du cadre de son intervention, et donc de la fiabilité du système thérapeutique, le thérapeute s'interroge sur la pertinence de ce cadre et par là-même sur la finalité du système. Par là, il tente d'ouvrir le système à sa complexité, génératrice d'auto-organisation.

Les systèmes naturels sont donc des systèmes organisés et complexes, qui se fondent sur les caractéristiques de répétition / régularité / redondance d'une part et de variété / improbabilité d'autre part, ces ingrédients coexistant mais ne s'excluant pas.

Cela s'applique aux systèmes biologiques, dits systèmes naturels. Mais peut-on utiliser cette analogie en ce qui concerne les systèmes humains?

En d'autres termes un système humain est-il un système naturel ou non?

Si nous poussons l'analogie encore plus loin, un système thérapeutique patient-famille-thérapeute, peut-il être un système naturel possédant des capacités auto-organisatrices, et à quelles conditions?

C'est la question que nous nous proposons d'aborder maintenant à partir d'une observation clinique.

4. Illustration clinique

Cette observation reprend le cas d'un de nos patients, que nous appellerons Monsieur F., suivi au Centre Médico-Psychologique de notre secteur de psychiatrie publique adulte depuis trois ans.

Les événements d'ordre biographique ou thérapeutique seront intentionnellement repris dans leur chronologie.

Nous commencerons donc naturellement par les éléments de son histoire tels que le patient les a livrés.

« Mon enfance a été une période blanche, dit-il, les conflits n'étaient pas exprimés.» Il décrit son père comme plus conciliant que sa mère, mais secret et distant.

A onze ans, Monsieur F. perd dans un accident son frère de huit ans son aîné. Ce frère plus turbulent posait des problèmes aux parents. De ce drame, il ne garde pas de souvenir, sinon qu'après ce deuil, ses parents positiveront les qualités de transgression du frère disparu, marquant là une certaine indifférence pour le cadet qui, lui, donne satisfaction.

Jeune adulte, il rencontre sa femme. «Elle m'a fait prendre conscience de la nécessité de quitter ma famille.» Elle-même, d'origine allemande, est en rupture avec sa famille. «Elle a été la source d'eau fraîche après les eaux tièdes.» Madame F.

établira un lien affectif réciproque avec le père de Monsieur F, en dépit des mauvaises relations avec les autres membres de la famille.

Lorsque le deuxième enfant du couple naît, Monsieur F. est dans une phase intense de son activité professionnelle, et vraisemblablement lui-même dans un moment d'élation. Peu après cette naissance, il subit un échec de carrière: il fait alors un épisode dépressif grave, tente de se suicider et reste hospitalisé un mois dans une clinique. Dès ce moment, sa femme investit beaucoup pour qu'il guérisse. Elle devient «sa canne», dit-il.

Trois ans plus tard, alors qu'il connaît un accès maniaque franc, il est hospitalisé quelques jours dans un hôpital psychiatrique, en état d'agitation. Il est alors suivi par le médecin-chef du service, au centre médico-psychologique. Ce médecin, le Docteur R., établit une prise en charge particulière: pas d'arrêt de travail, Monsieur F. doit rester actif et maîtriser les passages à vide. La psychothérapie est déconseillée. Un traitement normo-thymique modéré est bien expliqué au couple, en particulier à Madame, avec laquelle le Docteur R. s'allie en lui offrant un soutien, que le couple qualifie de «paternel». Madame F. devient vigilante à ce que les consignes soient bien respectées et surveille les excès émotifs de son mari, potentiellement annonciateurs de rechute: les doses de médicaments étant alors automatiquement doublées. Les consultations avec le Docteur R. sont très espacées, tous les six mois puis tous les ans.

Madame F. se voue à ce mari qu'elle contrôle et lui s'appuie sur elle, comme un peu absent de lui-même. S'il ne connait plus de nouvel accès dramatique, il continue cependant à souffrir d'une dysthymie grave, bipolaire (oscillations quelque peu chaotiques de l'humeur). L'extrême limitation des rencontres avec le médecin autorise une délégation du contrôle au sein du couple. Le processus est répétitif et s'auto-entretient par une efficacité certaine et une menace certaine qui persiste. Les efforts du couple pour «mettre entre parenthèses» les mois de crise renforcent l'image combattive qui les caractérise.

Dix ans après l'épisode maniaque, lors d'un changement professionnel de Monsieur F., la famille déménage et change de ville. Le même protocole se poursuit: les rendez-vous avec le Docteur R. sont devenus téléphoniques, et le même traitement est prescrit par le généraliste. Les difficultés sont toujours là. Le couple parental, tout occupé à négocier avec le temps, supporte mal l'ingérence progressive des deux adolescents, qui souffrent des accès du père. La carrière de Monsieur F. pâtit également de ses enthousiasmes et de ses abattements. La famille est dans un moment de très faible évolution. L'improbable est insupportable. C'est alors que surviennent des perturbations très agressives pour ce fragile équilibre. Monsieur F. parle d'une époque de durée vague, de date flottante: «C'était il y a cinq ans...» Les événements, pourtant marqueurs de temps sont comprimés dans cette date:

- Les enfants quittent la maison.
- Le père de Monsieur F. meurt. Si le patient supporte assez bien ce deuil – ce père, intériorisé, n'est-il pas devenu plus proche? – Madame F. ressent par contre un effondrement.
- Le Docteur R. prend sa retraite. Il tente à trois reprises d'adresser Monsieur F. à un confrère. Le patient ne va pas au-delà du deuxième entretien. Il dit s'être senti en danger. Il associe par la suite ce danger à la question « Ne faudrait-il pas une méthode plus violente?» et plus précisément: «Où pourrait être donné le conseil de quitter ma femme...?»

La famille ne peut plus faire face aux événements, car jusqu'alors le temps était suspendu dans une boucle toujours recommencée.

Finalement, le Docteur R. adresse Monsieur F. dans notre CMP, où le thérapeute systémicien le reçoit début 1991, pour la première fois.

La demande de Monsieur F. est très ambiguë. Et il semble qu'il transmette au thérapeute deux messages. D'une part celui du Docteur R.: un psychiatre doit prescrire le traitement et continuer le travail accompli. La confiance et l'espoir du Docteur R. pour ce patient sont perceptibles. D'autre part, celui de son épouse: elle ne peut plus assumer son rôle. Son mari devrait se montrer responsable, «rendre» un peu à son tour. Cette demande est aussi un bruit car il la formule comme une demande de psychothérapie. Et puis, il y a sa propre inquiétude : il parle beaucoup de son couple pour lequel, dit-il, il faudrait trouver un nouveau « modèle ».

Après ce premier entretien, le thérapeute rencontre deux fois le couple, à son initiative. Madame est très déprimée et confirme qu'elle s'est épuisée. Ce rôle de cothérapeute ne pouvait être tenu qu'avec les soutiens paternels. Son mari, dit-elle, doit maintenant «construire l'avenir du couple». Elle évoque en pleurant le départ des enfants, tout en minimisant l'affect lié à ce changement de vie.

Le thérapeute leur propose des entretiens de couple avec un thérapeute différent, ce qu'ils refuseront, après un certain temps.

Le thérapeute continue à voir Monsieur F., sans prescrire et sans rapprocher les rendez-vous. Il ne s'agit pas d'une «psychothérapie». C'est une période d'attente. Les rencontres sont toujours l'occasion d'une discussion sur leur nature et leur danger. Monsieur F. vient régulièrement. Cette fois, il ne s'est pas enfui, peut-être parce qu'il s'agit du même cadre institutionnel que celui du Docteur R. et que sa femme a pu venir et être écoutée.

Malgré tout, un an plus tard, Monsieur F. souffre toujours des mêmes accès. Il s'enfonce dans un moment dépressif très invalidant. Lorsque le thérapeute outrepasse les limites qu'il s'était fixées et qu'il lui prescrit un antidépresseur, Monsieur F. est soulagé. Mais il lui indique que sa femme considère ce produit comme très dangereux. «Le Docteur R. n'en donnait jamais». Le thérapeute le revoit peu après, amélioré. Pourtant, dit-il, sa femme est très inquiète. Quelques jours plus tard, le couple se présente en urgence. Monsieur F. vient de présenter un bref état maniaque ayant nécessité l'intervention d'un confrère au domicile, et l'appel au Docteur R. qui a rétabli l'ancien traitement.

D'une certaine façon, le thérapeute accepte le contrôle de l'épouse, en reconnaissant le bien-fondé des modalités thérapeutiques antérieures, dont il devient garant. Le projet thérapeutique est perfectible même s'il reste imparfait.

Néanmoins un changement s'opère. Depuis plus de deux ans maintenant, les périodes marquées par un trouble de l'humeur ont disparu. Très progressivement Monsieur F. reconstitue son histoire. Il perçoit son rapport particulier au temps et son impossibilité d'assumer seul un projet, devant être le «liant entre tous les autres».

Pendant quelques temps, il rapporte le vécu douloureux de son couple décrit comme à la dérive. Les repères de la maladie ne rythment plus le temps de bornes prévisibles. Beaucoup plus récemment est apparue pour le couple la possibilité d'une négociation sur l'avenir. Imaginant des menaces futures (par exemple: «comment feraient-ils si Monsieur F. perdait son emploi») ils réaffirment, mais cette fois de façon ludique, la nécessité de se constituer en tant que couple face à l'adversité. Cette interrogation leur évoque des choix multiples. Le présent peut alors se dérouler: les projets concernant la vie familiale jusque-là bloqués parce qu'enjeux de la survie du couple sont repris par Monsieur et Madame F. sans difficulté particulière.

Nous ne chercherons pas à expliciter a posteriori cette longue évolution. Il nous apparaît plus intéressant de relever que les « erreurs» du thérapeute ont été liées à la conception préétablie d'un projet thérapeutique. Les informations peu claires perçues par le thérapeute représentent une gêne à éliminer: la souffrance du couple est à traiter ailleurs, ou l'inefficacité du traitement est à corriger. Ces erreurs perturbent la conception que se fait le thérapeute de son rôle et sa finalité. Il se voit abandonner les solutions opérationnelles servant un but défini. Il doit se projeter dans un devenir, se «finalisant», sans perdre de vue ce sur quoi il se fonde, c'est à dire la demande – la rencontre – et les éléments de fiabilité et de redondance qui sous-tendent cette demande.

5. Position du thérapeute dans le système thérapeutique

Un système humain est à la fois naturel et artificiel selon la définition envisagée plus haut: *artificiel* puisqu'organisé par l'homme et finalisé (une institution par exemple), *naturel* puisque constitué d'êtres humains en interactions et donc possédant un potentiel auto-organisateur.

Cette observation nous semble mettre en lumière le mouvement dialectique qui existe entre les deux modèles possibles. D'un côté un système artificiel organisé autour de la seule finalité du contrôle des accès, de l'autre l'émergence fugitive d'un système à plus grande potentialité auto-organisatrice se finalisant.

Et ce à l'occasion de la conjonction fortuite de deux facteurs:

- des remaniements contextuels: mort du père, départ des enfants, départ à la retraite du thérapeute précédent, vécus à priori par les membres de la famille non pas comme des informations stimulantes et éventuellement enrichissantes, mais comme des «parasites» (événements aléatoires perturbant les voies de communication habituelles) et donc à effacer du registre relationnel;
- la spécificité de la rencontre entre les membres de la famille et le thérapeute (énième thérapeute rencontré après plusieurs tentatives infructueuses d'accrochage thérapeutique).

La famille est en difficulté, et ne peut s'en sortir qu'au prix d'une réorganisation. Mais cette réorganisation ne peut se faire que par une remise en cause de ses modalités de fonctionnement. Or elle continue à utiliser ces modes redondants de fonctionnement qui la conduisent à une impasse.

Le thérapeute, par une attitude faite de souplesse, se modélisant ainsi, en tant que thérapeute, comme individu en interaction avec les membres de la famille, crée un nouveau système qui semble plus proche d'un système naturel aux capacités auto-organisatrices, c'est-à-dire un système capable d'utiliser l'imprévisible pour se complexifier, s'enrichir, et où le temps reprend donc son statut.

En ne remettant pas en cause l'idée que se fait la famille de la maladie et l'organisation des soins qu'elle a motivée, il se porte garant de la redondance des circuits interactionnels et donc de la fiabilité du système. Néanmoins, et simultanément il se montre *curieux* de l'histoire individuelle et familiale du patient permettant de réintroduire d'une part une temporalité (un passé, un présent, un avenir) et par là même le «bruit» (l'histoire récente par exemple) comme source possible d'information pour ce nouveau système.

Pour nous, l'indice de cette curiosité et donc de l'ouverture du système à la complexité, c'est que ce système n'est plus organisé autour de la seule finalité du contrôle des accès. Il acquiert un questionnement constant sur le pourquoi et le comment de ces rencontres. Proposer une thérapie de couple, prescrire des antidépresseurs, le «bruit» en quelque sorte, (ou les «erreurs» du thérapeute) deviendront des informations que le système utilisera pour s'organiser et non des artefacts que le thérapeute chercherait à tout prix à éliminer, à la recherche du contexte thérapeutique idéal.

Les membres du système évoluent ensemble à le recherche d'une finalisation. En témoignent les errances du thérapeute, signes de sa curiosité à la recherche d'une anticipation des phénomènes rendue possible de nouveau. Errances sur la question du cadre, du setting, de la place qu'il a à occuper dans le système.

Comme le dit Atlan: «Si le système nous apparaît comme plus complexe à cause des effets du bruit, c'est que nous l'observons à un niveau d'organisation plus général que celui des voies de communication perturbées par le bruit.» Le thérapeute parvient alors à un niveau où les enjeux de croissance, progression, anticipation du devenir du patient, peuvent trouver un espace où se poser.

6. Conclusion

Les informations non congruentes laissent le thérapeute perplexe quant au modèle préétabli qu'il peut avoir. Ce thérapeute est tenté de les corriger s'il les perçoit comme le signe d'une résistance, voire comme «une manipulation», et il reste fidèle à sa finalité première. C'est d'autant plus vrai dans la P.M.D. où une telle «manipulation» se situe au niveau du contrôle. Employer les termes de manipulation et de résistance est, en fait, déjà une projection révélatrice de la conception que le thérapeute peut se faire de sa tâche qui serait de contrôler les événements et les protagonistes.

La façon dont une famille peut se montrer résistante au changement représente autant d'informations pour le thérapeute sur le système thérapeutique et sur la façon dont celui-ci est bloqué. En effet, il nous parait impossible dans une perspective

constructiviste de décrire une famille bloquée et rigide. En dehors d'un *système thérapeutique* aboutissant à un partenariat triadique, le seul outil pertinent est la modélisation du système formé par tous les protagonistes en interaction autour du phénomène P.M.D. comme organisateur des relations.

Pour cela, il faut accepter que l'information ne prenne pas sens pour le « thérapeute ayant le savoir » et l'utilisant pour mieux contrôler la situation. L'information vaut pour le système, et le thérapeute doit se modéliser dans un système où, de sa place, il puisse faire en sorte que le système ait le moyen d'utiliser l'information pour s'auto-organiser.

La démarche du thérapeute est de chercher et de proposer des significations qui ne sont pas une explication, mais permettront de maintenir la complexité. Dans de telles situations, il lui faut envisager que puissent coexister des significations différentes, voire contradictoires.

Le thérapeute accueille l'information et, avec la famille autant qu'avec le patient, il atteint le niveau de « l'apprendre à apprendre ».

Laurent Cabanel, Lysiane. Lamantowicz,
Marie-Françoise Poulain, Brigitte Waternaux
UTF Boulogne 92
41, rue Saint-Denis
F-92100 Boulogne

C.H. Paul-Guiraud
54, avenue de la République
F-94800 Villejuif

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlan H. (1979): *Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant*, Seuil, Paris
2. Atlan H. (1994): *A tort et à raison. Intercritique de la science et du mythe*, Seuil, Points, Paris.
3. Ausloos G. (1993): « Expressed Emotion, thérapie familiale comportementale et systémique. Questions et réponses à l'article de Chambon et Marie-Cardine ». *Thérapie Familiale, 14* (4) pp. 395-406.
4. Benoit J.-C., Berta M. (1987): *La Pénombre du double. L'anticipation par les images positives et négatives*, ESF, Paris.
5. Benoit J.-C., Malarewicz J.-A. (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
6. Caille P. (1985): *Familles et thérapeutes. Lecture systémique d'une intervention*, ESF, Paris.
7. Chambon O., Marie-Cardine M. (1993): « Emotionnalité Exprimée Familiale et schizophrénie: approche comportementale et interactions familiales ». *Thérapie Familiale, 14* (4) pp. 379-393.
8. Foerster H. von (1988): « La construction d'une réalité ». *In L'invention de la réalité*. Seuil, Paris.
9. Gent E.M. van, Zwart F.M. (1991): « Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients ». *Journal of Affective Disorders, 21*, pp. 15-18.
10. Goering P.N., Lancee W.J., Freeman S.J.J. (1992): « Marital Support and Recovery from Depression » *British Journal of Psychiatry, 160*, pp. 76-82.

11. Hardy-Bayle M.C. (1992): « Le Conjoint du Bipolaire: Les Risques d'une Alliance Thérapeutique » *L'Encéphale, XVIII*, pp. 703-705.
12. Spurkland I. Vadvik I. H. (1989): « Rapid cycling depression in adolescence. A case treated with family therapy and carbamazepine ». *Acta Psychiatrica Scandinavia, 80*, pp. 60-63.
13. Sutter J. (1990): *L'anticipation*, P.U.F., Paris.
14. Sutter J., Berta M. (1991): *L'anticipation et ses applications cliniques*, P.U.F, Paris.

Aux Editions ERES,

avec la collaboration de THERAPIE FAMILIALE

La Collection RELATIONS Familles, Institutions, Eco-systèmes

dirigée par: Guy AUSLOOS, Jean-Claude BENOIT, Yves COLAS, Daniel MASSON et Maggy SIMÉON, présente

G. PRATA, M. VIGNATO, S. BULLRICH: *Interventions systémiques dans les jeux familiaux. Cet enfant qui voyait le bateau s'éloigner.* Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jan SCHOUTEN, Siegi HIRSCH, Han BLANKSTEIN: *Garde ton masque.* Prise en charge d'adolescents difficiles en structure d'hébergement. Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Jay HALEY: *Stratégies de la psychothérapie* Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Carole GAMMER et Marie-Christine CABIE: *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases* Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jean-Claude BENOIT: *Patients, familles et soignants. La recherche d'un système thérapeutique institutionnel en psychiatrie. Préface de Jacques-Antoine Malarewicz* Prix: FS 52.10 / FF 158.— + port

Sous la direction de Donald A. BLOCH: *Techniques de base en thérapie familiale.* Sorte d'ABC des thérapies familiales, ce recueil nous conduit de l'entretien individuel jusqu'aux thérapies multifamiliales, de la crise familiale à la rencontre thérapeutique à domicile, de la sculpture aux techniques audio-visuelles, etc. Quatorze témoignages concrets retracent l'image du savoir-faire et celle du talent didactique de leurs auteurs. Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Un prix de souscription sera réservé aux abonnés de THÉRAPIE FAMILIALE. Les commandes devront être adressées à l'éditeur de la revue:
Editions Médecine et Hygiène Case postale 456 – CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 346 93 55
Fax: (022) 347 56 10

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 99-118

LE PARTENARIAT EN TRIO

Notre «pierre de Rosette» pour décrypter les doubles liens psychotisants

Jean-Claude BENOIT*

«L'hypothèse du double lien – c'est-à-dire la description de la schizophrénie en tant qu'*être mental* / the *mental* description of schizophrenia / – était en soi une contribution à l'épistémologie, et la jauger / *evaluate it* / était, si vous le voulez bien, un exercice en forme de méta-épistémologie. L'épistémologie elle-même est en train de devenir un sujet récursif, une étude récursive de la récursivité elle-même. Ainsi quiconque rencontre l'hypothèse du double lien rencontre ce problème que l'épistémologie était déjà modifiée par l'hypothèse du double lien, et que cette hypothèse elle-même devait ainsi être approchée avec le mode de pensée nouveau que cette hypothèse avait proposé.

[...] De temps en temps, on se plaint à moi de la densité de mes écrits et de la difficulté à les comprendre. Si cela peut mettre à l'aise ceux qui trouvent la matière difficile à comprendre, je leur dirai que je me suis moi-même conduit, au fil des ans, en un «lieu» où les affirmations dualistes conventionnelles sur les relations corps-esprit – les dualismes conventionnels du darwinisme, de la psychanalyse, et de la théologie – sont absolument inintelligibles pour moi.»

G. Bateson – Afterword, *in* Brockman J., Ed.: *About Bateson*. Dutton, New York, 1977, pp. 235-236.

Résumé: *Le partenariat en trio. Notre «pierre de Rosette» pour décrypter les doubles liens psychotisants.* — La description de la théorie du double lien, à l'hôpital psychiatrique de Palo Alto par Bateson et son équipe, constitue une base essentielle dans la réflexion sur les interactions familiales et ipstitutionnelles dans les psychoses, en particulier de type schizophrénique. La difficulté des soins chez de tels patients tient à la transmission permanente des doubles liens familiaux, fusionnels et conflictuels, dans les univers soignants. Suivant l'exemple des entretiens conjoints («conjoint family interviews») utilisés d'emblée par ces chercheurs, l'auteur suggère que le but à atteindre est un *partenariat en trio* entre patients, familles et soignants et il décrit, à ce propos, la création d'un système thérapeutique institutionnel individualisé.

Summary: *Three-party partnership. Our «Rosette's stone» in decoding the psychotogenic double binds.* — The double bind theory has been initiate by Bateson and his co-workers in the Palo Alto Veteran Mental Hospital and it gives the crucial basis for family and institutional care of schizophrenic and psychotic patients. Psychotherapeutic attemps face the interactional reality of those double binds, brought anytime by the families in the work of staff, with conflicts and fusion. The method of «conjoint family interviews», which was the first way, may be easely used for trying to get a *three-party partnership*, that remains patient centered.

Mots-clés: Double lien – Institution – Partenariat en trio – Psychose – Système thérapeutique.

Key-words: Double Bind – Institution – Three-party partnership – Psychosis – Therapeutic system.

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

Notre difficulté à comprendre Bateson équivaut à notre difficulté à concevoir que notre perception du monde doit abandonner l'image naïve d'un dialogue possible entre *d'une part* l'homme expliquant le monde et *d'autre part* ce monde lui-même. Bateson nous dit que cette dichotomie est impossible ou pathogène, inhumaine. Ma conception du monde est saisie dans la suprématie totale du monde sur moi, homme qui est soumis à *l'évolution* du monde, et qui sait ceci: «je suis jeté dans le monde».

Ici, le terme «monde» équivaut à l'ensemble des faits biologiques («la vie») et des faits culturels («la civilisation», ou société actuelle) irrémédiablement intriqués dans une évolution. Chacun de nous n'est qu'un être humain perdu dans l'être humanité, un mental (*«a mind»*), un humain perdu dans le mental monde.

La philosophie existentielle dit que l'être humain doit tenter malgré tout de poser son faible regard à la fois sur lui-même en tant qu'être et sur ce monde où sa «déréliction» le jette. Gaston Bachelard, Maurice Merleau-Ponty, ou encore Edgar Morin... choisis presque au hasard parmi tant d'autres... ont travaillé à traduire cette complexité logique d'une pensée qui valorise l'émotion et le drame humains, malgré le choc rationaliste écrasant des sciences exactes qui triomphent depuis deux siècles.

Bateson permet au clinicien de tirer un parti maximum de «la position basse». Ce savant pluridisciplinaire a fondé la théorie éco-systémique des communications concrètes, vivantes, quotidiennes. Ceci doit nous suffire, après tout, pour notre travail soignant. Les dix années passées avec son équipe de recherche au contact direct de la psychiatrie institutionnelle à l'hôpital de Palo Alto, auprès de nombreux sujets schizophrènes, lui ont fait découvrir l'hypothèse du double lien. Il est d'un intérêt exceptionnel pour nous que, plongé dans ce contexte que nous connaissons aussi, il ait ouvert là une voie aux thérapies de l'environnement, cette forme de psychothérapie éthologique (8). Nous acceptons sa leçon basale: à partir de la situation existentielle critique du double lien partent en divergeant les deux voies de l'évolution, soit la voie vers le blocage évolutif ou la pathologie, soit la voie de la créativité et vers la croissance (4, II, pp. 47-49). *Le double lien devient ainsi notre modèle fondamental d'une théorie générale de la croissance existentielle.*

Au centre de ce grand livre *«Steps to an ecology of mind»*, le clinicien peut consulter la troisième partie, *«Form and pathology in relationship»*, véritable livre dans le livre, d'une inépuisable richesse pour nous, avec ces chapitres, parmi bien d'autres textes consacrés à son expérience psychiatrique:

- The epidemiology of schizophrenia (1955).
- Toward a theory of schizophrenia (texte princeps sur le double lien – double bind – rédigé avec Don Jackson, Haley et Weakland, 1956).
- The groupe dynamics of schizophrenia (1960).
- Minimal requirements for a theory of schizophrenia (1960).
- Double bind 1969.

Retenons pour l'instant ces dernières phrases du troisième texte: «Je pense que voilà l'essence de ces faits: la famille du schizophrène est une organisation d'une

extrême stabilité permanente, dont la dynamique et les manœuvres internes sont telles que chaque membre est continuellement en train de vivre l'expérience de la négation de soi.»

Au passage, précisons que bien des cliniciens préfèrent aujourd'hui employer le terme psychose pour ce que d'autres nomment schizophrénie, le bon sens choisissant en effet un terme moins lourdement définitif. Comme le disait Haley: il vous sera difficile d'être le thérapeute d'une maladie que vous étiquetez *a priori* comme incurable...

Deuxième remarque: le choix par les traducteurs français de «contrainte» pour *bind* brouille les cartes. Il nous maintient dans la première cybernétique. Le mot *lien*, concret et affectif comme bind, nous ouvre la porte vers l'émotionnel, la souffrance et la création. L'ambiguïté humaine, seconde cybernétique si vous préférez, nous impose de choisir *double lien*.

C. Sluzki et D. Ransom ont présenté avec beaucoup de pertinence l'ensemble du thème (19).

L'article de Weakland, dont la traduction figure dans ce même fascicule de *Thérapie Familiale*, reprend la description du double lien et décrit particulièrement les situations institutionnelles concernées (20). Il est naturel de renvoyer à ce texte. Parfaitement clair quant aux *interactions en trio*, il décrit bien le contexte quotidien de nos actions les plus difficiles, au sein même de l'institution, de l'hôpital ou du service de psychiatrie, et aussi sur le terrain confus des soins ambulatoires prolongés. Il définit bien l'effort de Bateson par rapport aux travaux de Bowen, de Lidz et Fleck, ou de Wynne, à cette date de 1960 où s'ébauchait la clinique familio-systémique des psychoses.

Rappelons encore l'apparition des médicaments psychotropes en 1952, changement radical dans la thérapeutique de tous ces malades graves ou gravissimes et le développement rapide des sociothérapies, fut-ce dans la conceptualisation floue de la «thérapie institutionnelle», élargissant rapidement l'impact de ces médicaments dans l'environnement soignant.

En 1995, le «triomphe chimiothérapique» semble développer, sans limites l'hubris pharmaco-biologique. Mais il nous fait buter sur les frontières étriquées de son modèle médical, lequel lamine les tentatives d'approche psychologique individualisées. Vaguement compensée par le cognitivisme et ses essais pédagogiques, cette insuffisance du modèle neuro-psychiatrique devient criante dans les efforts désordonnés de la «désinstitutionnalisation» actuelle. Pour sa part, l'apport des thérapies familiales proprement dites – à savoir contractuelles – paraît malheureusement lui-même ambigu, à propos de nos contextes où les soins sont, qu'on le veuille ou non, imposés. Nos recherches doivent atteindre une spécificité technique plus congruente avec une approche familiale et institutionnelle simultanée, caractéristique des contextes où nous rencontrons les sujets psychotiques et leurs proches.

L'œuvre de Jay Haley, dans ce domaine, mérite déjà depuis longtemps un hommage tout particulier (13, 14, 15).

Egalement très attentifs aux apports de Mara Selvini et de Giuliana Prata, dans leurs travaux fondamentaux sur ces malades gravement atteints et leurs familles, nous ne pouvons qu'admirer et étudier leurs écrits nombreux et convaincants, en particulier sur le thème des jeux psychotisants (18, 17).

Toutefois, ces praticiens au génie reconnu et leurs équipes sont avant tout des *chercheurs*. Ils ouvrent des portes longtemps interdites, mais leur travail clinique exige tout d'abord la coopération de l'ensemble familial concerné. Ainsi, l'utilisation de leur méthodologie est-elle réservée à des centres spécialisés, qui obtiennent un contrat initial avec la famille.

Pour notre part et, comme la plupart des intervenants institutionnels, situés dans des lieux soins imposés d'une façon ou d'une autre, nous avons accepté d'être *mandatés* par le médico-social. C'est à partir de notre inclusion dans ces contextes collectifs que nous conduisons nos psychothérapies. Certaines procédures techniques facilitent nos efforts de *désaliénation systémique*, non seulement des patients et des familles, mais des équipes elles aussi (9). Nos actions se fondent au mieux, me semble-t-il, sur l'emploi de la technique utilisée à Palo Alto, celle de l'«entretien conjoint» centré sur le devenir du/de la patient/e, ou disons: «entretien collectif familio-systémique». J'ai souligné les exigences foncières, voire rigides, de quelques règles de base, nécessaires à l'organisation et à l'efficacité de ces échanges au sein de l'institution psychiatrique. Il faut également distinguer les différences contextuelles de ce type de soins selon qu'il est appliqué en cours d'hospitalisation ou lors de cures ambulatoires. En effet, quand la prévention de l'hospitalisme du/de la psychotique devient possible, une phase nouvelle s'ouvre, dans le contact ambulatoire direct, sans doute plus complexe encore que la situation hospitalière. Dans la cité, *ce partenariat en trio*, patient-famille-soignants, est une structure relationnelle d'une très grande complexité, du fait de l'élargissement des capacités autonomisantes du/de la patient/e.

La démarche clinique vers un partenariat en trio

La pratique assidue des entretiens collectifs familio-systémiques reste le modèle de travail clinique qui, depuis bientôt vingt ans, s'est précisé pour moi. A la règle de loyauté vis-à-vis du patient sur laquelle j'ai beaucoup insisté – recevoir uniquement en sa présence tout membre ou toute communication de la famille – il faut ajouter celles-ci: 1) laisser gérer par le/la patient/e ces rencontres avec les siens et 2) faire participer à celles-ci les soignants les plus concernés par son évolution affective. Par sa simplicité, ce modèle s'adapte souplement à l'infinie diversité des situations et par exemple aux interventions parallèles, institutionnelles ou issues du monde social (7).

J'ai conscience de ma dette constante vis-à-vis des patient(e)s qui ont réagi positivement à cette démarche globale, éco-systémique, lentement affinée grâce à leurs réponses positives – et grâce à certaines réponses négatives de l'environnement, aussi! Depuis le vécu initial dramatique, ces réponses nous ont conduits souvent, en groupes de soignants, vers le sourire dans des visages jusque-là fermés par l'angoisse psychotique, partagée par une famille et par nous.

Dans de telles situations collectives nous incluant, la sémiologie de la psychose est originale, car elle se rapproche d'attitudes névrotiques. Souvent évolutive et toujours plus abordable, cette clinique va s'élaborer dans un travail de réflexion à propos de certains cas, tel celui qui suit, ou tels autres présents dans ce fascicule de

Thérapie Familiale. Elle devient tout naturellement une recherche en pathologie mentale, ayant pour but, ou ambition, une réflexion sur la désaliénation. Celle-ci s'obtient par *compréhension*, aux multiples sens de ce mot: prendre avec, empathie, conceptualisation. Pour sa part, l'empathie systémique a récemment été décrite (21). Le «prendre avec» va ici de soi, dans ces situations d'emblée collectives. La tâche psychothérapique consiste à percevoir les valeurs et les contre-valeurs des individus et des groupes rencontrés dans leur crise, considérant celles-ci comme des codes de communication auxquels il nous faut nous adapter de façon appropriée (2). L'aspect familial conflictuel de ces codes nous est apporté par cette nouvelle vision, éco-systémique, des situations psychotisantes (5). Ces interventions nécessitent l'emploi du modèle du double lien batésonnien. *L'observation de Jeanine H.*, ci-dessous, peut illustrer comment progresser dans cette recherche psychothérapique.

1. Une hospitalisation en province

Un collègue d'une ville du Nord m'appelle pour me signaler la présence dans son service d'une malade de notre secteur. Agée de 56 ans, Jeanine H. présente un accès délirant et a été placée en hospitalisation sous contrainte par un membre de sa famille locale auprès de qui elle résidait depuis quelques semaines. Elle vit habituellement dans la région parisienne, seule avec son fils qu'elle a élevé. Il a 21 ans aujourd'hui, en deuxième année d'études supérieures.

Jeanine H. présente une psychose chronique, depuis l'âge de trente ans environ. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises à Paris pour des épisodes aigus, et elle a suivi par périodes un traitement neuroleptique retard, *tout en continuant à travailler régulièrement* comme secrétaire trilingue dans une grande entreprise, assurant ainsi la vie de ce duo familial.

Une mise en invalidité avait été décidée, organisée par l'assistante sociale de l'entreprise qui semble avoir joué un rôle essentiel d'accompagnement de la situation.

Jeanine H. a été mariée, puis a divorcé. Elle délire actuellement sur le thème d'une vengeance en cours de son ex-mari et sur le préjudice que lui cause son employeur en la mettant en retraite anticipée. *Le fils a été conçu avec un autre malade pendant un séjour de la patiente en hôpital psychiatrique, ce qui a déterminé à l'époque la demande de divorce du mari.*

Le collègue demande le transfert dans le service, ce que nous préparons avec lui.

2. Entretien avec Tanguy H., le fils de Jeanine H.

Dans l'attente de cette arrivée dans le service, je convoque et reçois le fils de Jeanine H., Tanguy H., au Centre médico-psychologique (C.M.P.) du secteur, avec Nicole Miot, assistante sociale, ayant une formation familio-systémique. Jeune homme en bonne condition physique et tout à fait concerné par la situation, il paraît soulagé de nous rencontrer. Son teint est métissé. Il dit que sa mère présente *«un comportement fugueur depuis deux ans»*. Cela fait cinq ou six fois qu'elle part impulsivement dans le Nord, chez sa propre mère: *«Sa mère* (de la malade) *ne veut*

pas comprendre que ma mère est folle». Pour Tanguy H., sa grand-mère est «*irresponsable*», protégeant de façon abusive Jeanine H. Là-bas vivent également d'autres proches, mais «*qui se désintéressent de la situation*». Sa mère part là-bas sans le prévenir et ils ne le lui font même pas savoir. Il doit garder pour lui son inquiétude. Depuis plus d'un an, cela l'angoisse et l'irrite. Le souci de cette situation lui a fait rater sa deuxième année d'études supérieures et il se demande s'il réussira cette année ses examens.

Sa mère fait des dettes. A la maison «*elle parle tout le temps aux murs*», parfois «*elle boit beaucoup*», ou «*fume trop*».

Quant à lui, une partie de son enfance s'est passée en placements. Puis il a vécu régulièrement avec elle. Elle était mariée à un ingénieur, qui avait une situation aisée. Mais au cours d'un séjour à l'hôpital psychiatrique, elle a donc rencontré le futur père de Tanguy, qui «*feignait la folie*». Lorsque Tanguy est né, le mari a divorcé. Le futur père de Tanguy «*était un noir, non accepté par la société*». A partir de 15 ans, Tanguy a cherché ce père. Il l'a retrouvé l'an dernier et le voit une fois par semaine: «*Lui, cela lui fait quelque chose, mais pas à moi. Ma mère m'avait fait croire qu'il était mort.*»

Le médecin du service de psychiatrie dans le Nord, où elle est actuellement internée, a demandé une tutelle pour sa mère, en accord avec l'assistante sociale de son entreprise parisienne. Tanguy a pu obtenir une photocopie du certificat médical, mais «*on ne le tient pas assez au courant*».

Finalement, il exprime le souhait de visiter notre service, où sa mère doit être transférée dans quelques jours. Malgré notre accord, il ne viendra pas.

Durant cette rencontre, nous faisons avec lui le génogramme. Sa grand-mère a 83 ans. Le grand-père est décédé il y a deux ans. Jeanine H. est la benjamine d'une fratrie de cinq, génération déjà âgée avec laquelle Tanguy s'entend mal, malgré une tentative de rapprochement avec une tante, la seule qui habite la région parisienne. Il va demain dans le Nord assister à un conseil de famille qui décidera la mise sous tutelle des biens de sa mère, et en particulier du capital et de la pension d'invalidité que l'entreprise a décidé de donner à sa mère comme fonds de retraite anticipée.

3. Jeanine H. est transférée dans le service

Après quelques retards administratifs, Jeanine H. arrive, en hospitalisation libre.

Un traitement neuroleptique retard a été mis en route par notre collègue et nous le poursuivons. Femme triste, le visage assez bouffi, repliée et peu loquace, l'aspect figé mais extrêmement attentive, Jeanine H. évoque, dans son style bizarre, des faits récents: elle a été hospitalisée là-bas à la suite de «*discussions graves avec sa mère*», «*le jeune homme est difficile et violent*», «*la piqûre à retardement toutes les trois semaines doit lui permettre de retrouver son logement*». Elle paraît mal accepter l'hospitalisation, sans la contester vraiment. Elle évoque des difficultés financières et dit devoir absolument trouver un nouveau travail, «*parce que le jeune homme doit faire des études*». La visite du fils est prévue pour le lendemain, avec un entretien collectif.

4. Une rapide décision de sortie

L'entretien collectif (la malade, son fils, le psychiatre, une infirmière) apporte peu d'éléments informatifs nouveaux. Il est question de la sœur parisienne avec qui la patiente et son fils s'entendent assez bien. Des histoires antérieures apparaissent. Il semble y avoir eu conflit. Jeanine H. dit: «*Mon père tenait à ce qu'on soit très attaché à mon beau-frère et ma sœur de Paris.*» Nous n'apprenons rien sur la relation actuelle entre mère et fils. Les tensions qui ont été évoquées séparément des deux côtés sont traitées comme de petits problèmes.

A la demande de Jeanine H., une date de sortie est fixée pour la semaine suivante, avec un rendez-vous au C.M.P. dix jours plus tard, où sera poursuivi le traitement neuroleptique retard. Manœuvre classique, le fils essaie de rester après la fin de l'entretien collectif pour donner un avis séparé. Nous le lui refusons et il part contrarié.

5. Les services sociaux

Nicole Miot, au C.M.P., obtient de sa collègue de l'entreprise des informations concernant la situation matérielle de Jeanine H., qui va donc toucher un capital et une pension confortable et définitive. Cette collègue, qui semble suivre depuis longtemps cette situation, a déclenché cette procédure de tutelle, de type «gestion du quotidien» (paiement du loyer et des charges, retraits du chéquier, versements mensuels de fonds). Elle avait fait initialement le projet de rapprocher Jeanine H. de sa mère, avec l'achat d'un appartement dans le Nord. Elle émet des doutes quant à l'honnêteté du fils, qu'elle considère «*comme dépensier et qui pourtant bénéficiait d'une protection non négligeable de sa part depuis des années*». Une rencontre est organisée entre les deux assistantes sociales et le fils. Là, le fils se plaint que sa mère est mal soignée, «*elle n'est pas guérie et ne doit pas sortir de l'hôpital, elle doit être prise en charge en permanence par la psychiatrie*».

Le dossier de tutelle va être transféré du Nord sur notre secteur.

6. «Sortie contre avis familial»

Le matin de sa sortie, Jeanine H. se montre claire dans son but: revenir chez elle dès que possible. Elle a une présentation soignée et a mis un pull assez chic. Le fils n'est pas là à l'heure prévue. Elle demande un taxi et quitte l'hôpital, avec un rendez-vous au C.M.P., à l'occasion duquel sera faite l'injection mensuelle du neuroleptique retard. Le fils apparaît avec sa tante parisienne en début d'après-midi. Ils avaient prévenu, disent-ils, un membre du personnel de l'heure à laquelle ils viendraient chercher la patiente. Ils s'insurgent contre son départ. Ils font le siège de l'administration jusqu'à 17 heures et sont reçus par un directeur-adjoint à qui ils manifestent leur mécontentement. Ils lui demandent d'intervenir contre la sortie de la patiente. L'administratif leur dit de déposer leur réclamation par écrit et qu'il la transmettra au médecin.

7. **Premier rendez-vous manqué**

La patiente ne se présente pas au rendez-vous prévu au C.M.P. Pas de contact, pas d'injection retard. Après plusieurs tentatives au téléphone sans résultat, la secrétaire envoie une convocation fixant un nouveau rendez-vous, quatre jours plus tard.

8. **Réponse positive**

La patiente vient à ce deuxième rendez-vous, apportant les médicaments prescrits pour l'injection. Elle est reçue au C.M.P. avec Marie-Thérèse Legret, infirmière chaleureuse et expérimentée qui va dorénavant faire l'injection mensuelle, s'intégrant à notre petite équipe, avec Nicole Miot. Jeanine H. paraît moins inhibée. Sa tenue vestimentaire est convenable. Elle accepte le dialogue. Son premier propos: *« Je voudrais passer quelques temps chez ma mère pour me reposer. »* Puis: *« Je suis préoccupée par l'enfant. Mon divorce fait châtier l'un par l'autre. »* Ce type de phrases allusives semble toujours avoir une signification précise dans le contexte. La malade évoque sa vie quotidienne, et ses difficultés relationnelles avec son fils, qui est *« rudoyant »*... Elle exprime son intention d'aller passer deux semaines chez sa mère, dans le Nord. Deux rendez-vous ultérieurs sont fixés. Si son fils veut l'accompagner au C.M.P., il sera le bienvenu. Il est prévu que ce message lui sera aussi donné par la secrétaire du C.M.P. au cas où il téléphone.

9. **Les trois mois suivants**

La patiente est reçue par les mêmes soignants à un rythme mensuel. Ponctuelle, elle accepte la chimiothérapie. Nos échanges s'améliorent peu à peu. Ils portent souvent sur le thème de l'argent. La tutelle se met lentement en place. Jeanine H. nous aide par sa patience, en exprimant peu à peu plus précisément ses besoins, et corrigeant nos erreurs de décodage.

Un refus indirect de la situation de contrôle de ses biens semble s'exprimer dans son idée discordante de chercher du travail, ou dans la contestation de sa pension qui atteint en réalité un salaire de cadre moyen. Ceci est proche de ses thèmes délirants initiaux de préjudice financier. Elle exprime des préoccupations plus précises qui nous font mieux entrer dans son univers. Ses visites à sa mère se ritualisent, quinze jours par mois: *« A 83 ans, elle dirige tout, elle est très jeune de caractère. »* Les propos concernant le fils conservent leur accent psychotique, thème sensible: *« S'il travaille, j'arrête l'aide au jeune garçon. C'est pas une exclusion du jeune homme, mais il n'y a pas que l'argent sur la terre. Il mange beaucoup. »* Elle ne peut pas parler facilement de lui, *« Il pourrait lui en faire le reproche »*. La relation semble cependant meilleure: *« Je suis malade; donc il se domine. Ce serait le rôle de ma famille de l'aider. Mais ma sœur de Paris n'est pas une famille* (ceci évoque peut-être le projet antérieur fait par l'assistante sociale de l'entreprise de séparer la mère et le fils). *Elle peut faire beaucoup pour lui, l'aider à faire son curriculum vitae* (ambivalence

ou autre projet de Jeanine H.?). *Il continue son chemin comme ça. »* Nous lui proposons encore de demander à son fils de venir avec elle au prochain entretien.

10. **Au bout des six premiers mois**

Tanguy H. n'est pas venu, et nous n'avons donc eu aucun contact avec lui depuis notre rencontre à l'hôpital. Nous sommes à la fin de l'été. Jeanine H. continue à accepter sa chimiothérapie, contact mensuel au C.M.P. avec Marie-Thérèse Legret. Elle semble un peu triste. Elle a passé deux semaines chez sa mère, selon un rythme mensuel qu'elle tend maintenant à espacer. Son frère, le tuteur peut-être, est venu la voir. Nous ne lui avons pas demandé de précisions, craignant qu'elle réagisse en se refermant face à toute intrusion directe. Tanguy H. a réussi ses examens. Leur relation reste tendue: *« Il lui demande constamment des comptes*, dit-elle, *il ne veut pas parler d'emploi et elle sent des scènes possibles où il sera méchant. »* Habillée de noir et interrogée sur ce point, elle répond: *« Cela se fait beaucoup. »* Notre hypothèse est qu'elle se déprime. Elle évoque à plusieurs reprises le désir de la libre disposition de son carnet de chèques actuellement entre les mains du tuteur. Une nouvelle phase s'ouvre, notre projet est de l'aider à retrouver plus de liberté intra-familiale, par une négociation tant avec le tuteur qu'avec son fils.

Un mois plus tard, un dialogue plus positif s'installe sur le thème de son autonomisation financière. Les deux assistantes sociales se sont accordées pour que nous demandions une limitation de la tutelle au seul capital versé par l'entreprise, laissant à la patiente la libre disposition de son chéquier et des revenus du capital. Jeanine H. demande que le tuteur continuer à régler son loyer, ses factures E.D.F. et téléphone, et les impôts. Elle semble ainsi reconnaître ses limites. La lettre en ce sens pour le juge est dictée devant elle. Sa relation avec Tanguy H. paraît se simplifier. Dans son propos, il reste «l'enfant», «le jeune homme». Elle s'occupe matériellement de lui, tout en maintenant une distance rigide et une pression pour qu'il travaille.

Ainsi, tous les triangles sont au repos et la patiente accepte l'injection et l'entretien mensuel. Notre partenariat en trio semble seulement implicite et pourtant réel, avec le fils, la famille élargie, le service social. Nous nous attendons encore à quelqu'autre dégel.

La présentation de cette observation a tenté de transmettre le caractère analogique prévalent des échanges, très limités sur le plan verbal et pourtant riches en informations contextuelles. Notre projet de rencontre triadique s'organise lentement, comme si la base très consolidée de la relation prioritaire avec Jeanine H. était indispensable à la venue matérielle et assouplie du fils, partenariat en trio auquel nous aspirons. Pour l'instant, nous avons tenté d'envoyer des messages clairs – surtout non verbaux, comportementaux – à l'environnement. La pauvreté des communications avec Jeanine H. est compensée par l'intensité signifiante de *ses messages métaphoriques et paraverbaux:* «La particularité du schizophrène n'est pas qu'il emploie des métaphores, mais qu'il emploie des métaphores *non signalées* comme telles / *unlabeled* metaphors /.» (6, II, p. 13.) Si nous acceptons l'absence – psychotique – d'une métacommunication congruente, nous ne trouvons là nul

élément pathologique ou délirant, mais des informations sur des thèmes essentiels pour l'autonomisation de la patiente: relation avec le fils et avec la famille élargie, avec son entreprise, liberté financière. Nos gestes s'intègrent, en fait, dans un plus vaste contexte, concernant implicitement tous les participants autrefois et récemment impliqués dans la crise de Jeanine H. Dans cette nouvelle réalité, celle-ci ne retourne plus impulsivement dans le Nord, notre collègue n'en entend plus parler, l'entreprise tolère notre nouveau projet, Tanguy H. se fait discret, etc.

Les messages verbaux de la patiente, malgré leur bizarrerie «classiquement» schizophrénique, peuvent être décodés et utilisés dans un dialogue avec elle, progressivement enrichi. Il en va de même pour les signes comportementaux et aussi bien vestimentaires, chez cette femme si figée. Il s'agit de gestes réalisés ou d'objets présents devant nous. Le décodage correct de leurs allusion éco-systémiques est validé immédiatement par la patiente, qui poursuit alors des échanges plus clairs. A mes yeux, cela n'est pas sans rapport avec la reformulation efficace propre à la relation d'aide de Carl Rogers et à son processus de clarification des sentiments latents.

Du décodage des triades jusqu'au décryptage des doubles liens

L'étude détaillée de telles situations s'impose comme recherche sur la démarche familio-systémique dans les psychoses. Elle doit respecter la complexité confusionnante, que compromet l'habituelle volonté de simplification médico-technique. Notre étude s'appuie sur la place donnée au thème triadique, dévoilant la part prise par les trois instances concernées, familles et environnements sociaux, patients et soignants. Comme l'ont dit précisément Haley ou Bateson, une lutte à mort pour le pouvoir et pour une tentative de reconfirmation de soi s'organise de façon figée sur le territoire de chaque situation psychotique. Ce caractère dramatique de la psychose crée toujours un pessimisme *a priori* des intervenants. Répétons, avec Haley: «Comment *savoir* guérir une maladie qui serait dite, d'emblée, incurable?»

L'expérience éco-systémique apporte la compréhension des manipulations réciproques, en nos lieux soignants où *l'on ne peut pas ne pas manipuler*. Elle peut transformer le drame en un problème de décodage relationnel qui diminue la confusion des intervenants et des patients et de leur environnement. Nous voyons même apparaître une note d'humour, ou au moins de tolérance réciproque. Son propre sentiment de confusion devient pour l'intervenant *l'indice précieux* de son entrée dans un système de doubles liens.

Expliciter devient alors essentiel. L'expérience montre que les intervenants vont utiliser ces intuitions latentes ou ces évaluations si justes surgies au cours de ces rencontres, et vérifiées en commun, qui tracent le «portrait» de tel ou tel participant. Simultanément, ils accroissent leur connaissance contextuelle du patient. Levant la cécité angoissée de l'intervenant, cette participation-observation, explicitée en équipe, incite d'une part à la patience et à la prudence. De plus, elle diffuse alentour vers une compréhension élargie à plusieurs. Celle-ci à son tour évite ou atténue les pseudo-consensus, quasi-constants dans nos systèmes soignants. Pour que ce décryptage des doubles liens deviennent une sorte de deuxième nature chez l'intervenant, il lui faut donc apprendre à accueillir et à décoder sa confusion. Ce qu'après

Bateson, je pourrais dire: apprendre à apprendre les syndromes transcontextuels (4, II, pp. 47-49).

1. La perception des triades: un décodage rapide et abrégé

Les cliniciens de l'approche éco- et familio-systémique constatent l'importance des relations triangulaires dans les dysfonctionnements familiaux et institutionnels. Cette reconnaissance de la triade fait partie des premières leçons que donnent les formateurs, et font de même nos patients et leurs familles. Enfin c'est ce que nous apprennent nos coéquipiers institutionnels! L'incertitude provocatrice des relations triangulaires a trouvé sa modélisation assez aisément, dans l'ouvrage de Théodore Caplow, tout à fait utilisable pour nous, en institution (12, 10).

On doit à Murray Bowen les recherches les plus approfondies sur ce thème (11). Son article paru récemment dans cette revue comporte une richesse d'observation et des précisions auxquelles chacun de nous consacrera un moment d'attention, «émotionnelle», selon le terme préféré de Bowen (1). Dès qu'un système familial approche d'une crise, ou plus encore lorsqu'il plonge en celle-ci, des triangles de communication s'exacerbent et se rigidifient. S'étendant rapidement au-delà de la cellule familiale, ils recrutent des outsiders, tiers disponibles, le conjoint, l'enfant, le grand-parent, le généraliste, le psychothérapeute ou le psychiatre, ou enfin l'institution «spécialisée». Les disqualifications et les boucs-émissaires se succèdent. Lors de la crise psychotique, Jeanine H. va participer intensément à de tels triangles avec sa famille élargie (mère, puis frère), l'assistante sociale de son entreprise, des psychiatres et leurs institutions, le juge des tutelles, etc., sans oublier les liens que ces participants créent avec son fils. Le déterminisme de chacun de ces alourdissements du système est multiple et indécidable, de même que les conséquences ultérieures.

Jan Haley a décrit les triangles pervers, comportant des alliances transgénérationnelles illégitimes qui disqualifient les hiérarchies naturelles (13). Salvador Minuchin a montré des triades rigides qui figent l'évolution du groupe familial (16).

Bowen voit dans le conflit conjugal un des problèmes essentiels de bien des dysfonctionnements familiaux. Ceci est mieux perçu encore quand le duo conjugo-parental fusionné s'exprime caricaturalement, dans nos rencontres avec le psychotique et les siens. Bien des auteurs l'ont noté: d'une même voix et apparemment d'un même cœur, ceci se dit dans les formules: «on», «nous», «ton père (ta mère) et moi pensons que», etc. Ce duo est en fait la proie d'une très forte tension interne, *lien fusionnel-conflictuel entre les conjoints-parents*, qui existe dès que la pathologie de l'enfant est marquée. Ceci fut dit «pseudo-mutualité» par L.C. Wynne (10). On peut imaginer que lorsque le duo fondateur est brisé (divorce, etc.), le parent isolé recrute à l'extérieur un partenaire avec qui fusionner, plus ou moins conflictuellement.

Les modèles ci-après schématisent certaines étapes marquant l'aggravation d'une triangulation. Ils dessinent de façon quelque peu caricaturale ce qui a été dit plus haut, mais les modèles ne sont que des modèles, des aides figuratives utiles à notre travail mental lors de la plongée dans les séances, ou même dans la vie institutionnelle quotidienne.

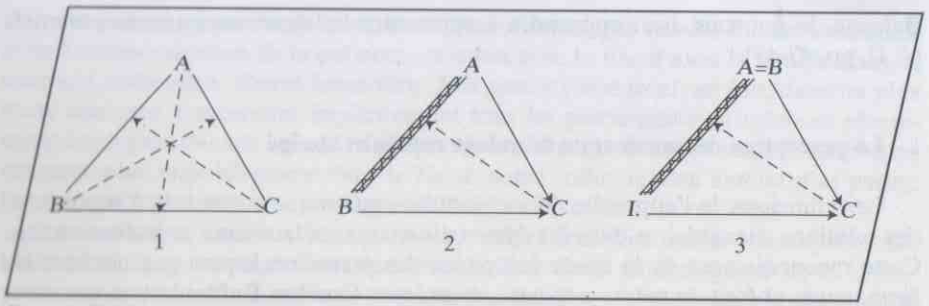

Figure 1: Triades évoluant vers un système familial présentant un sujet psychotique (images déformées dans le but d'indiquer « une vision du dessus »).

1. *Modèle schématique d'un état relationnel normal*

La prégnance des relations triadiques dans un système familial sain tient à cette caractéristique: *chacun des participants a des informations claires sur la relation entre les deux autres.* Dans un cas idéal et artificiel, les relations sont sereines et fiables. On sait que tout changement « émotionnel », selon Bowen, apporté par exemple par une étape normale du cycle de vie, va induire des mises au point plus ou moins brièvement difficiles, des alliances nouvelles. Ces triades sont variées et variables, souples et utiles grâce à la clarté de l'information réciproque.

2. *Modèle schématique de la crise conjugo-parentale*

L'évolution d'un duo conjugo-parental vers une forte tension peut conduire à un risque de rupture. Classiquement, celui-ci est compensé par le recrutement d'un enfant. Voilà qui apporte un apaisement dans le duo, mais crée aussi la manipulation émotionnelle de l'enfant par chacun des parents. Si cette solution est utilisée au-delà du bénéfice de celui-ci, cette évolution l'entraîne classiquement vers la position de *patient désigné*, avec le recrutement éventuel d'un autre tiers à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille. Ceci met en repos apparent le conflit conjugal mais *correspond à une fusion conflictuelle chronique chez les parents, sur laquelle l'attention de l'enfant se fixe avec une acuité permanente.* Le conflit parental sera souvent dénié ou caché lors d'une évolution psychotique éventuelle.

3. *Modèle schématique de la crise psychotique*

Le conflit conjugo-parental fusionnel est introduit dans l'institution, simultanément à l'entrée du patient, lorsque s'accroît l'intensité de ses symptômes. L'institution est alors induite à reproduire les comportements pathogènes des parents, par exemple: un mélange ambigu d'hyper-amour et d'hyper-autorité, à tonalité fortement anxieuse l'un ou l'autre. *Le patient est le témoin des discordances – ici encore à base de fusion et de conflit – qui s'établissent au niveau de la relation entre l'institution et sa famille, et que tous cherchent à lui cacher.* Le cercle vicieux des doubles liens se crée alors automatiquement dans l'institution. De plus, on peut penser qu'il existe une règle relationnelle selon laquelle à chaque sommet d'un triangle tend à figurer un seul individu, au moins selon les moments, les lieux ou les réalités. On connaît par exemple le fait de la délégation à l'un des membres de la famille de la relation à l'institution qui, de son côté, paraît souvent faire de même. Ceci constitue un des obstacles à l'évolution vers le partenariat en trio. Le délégué n'a aucun pouvoir de décision, car il cache d'autres partenaires. Ceci est à la base de nombreux pseudo-consensus et de faux projets qui échouent à répétition.

Le cas de Jeanine H. illustre *la difficulté particulière de ce couple mère-fils, isolé, où le parent est le malade*, et où le rôle adulte semble joué par l'adolescent, avec parentification lors des symptômes maternels. Et même lorsque Tanguy H. a retrouvé son père, ceci accroît simplement le duo fusionnel-conflictuel que lui-même tend à créer avec sa mère... Dès que la tension monte entre eux deux, ce duo familial nucléaire stimule émotionnellement alentour et recrute des personnages complémentaires dans la famille élargie ou l'environnement social ou psychiatrique. Lorsque je mets fin à l'hospitalisation de sa mère, Tanguy H. va recruter sa tante, parisienne, pour se plaindre au directeur de l'hôpital – qui se laisse difficilement émouvoir, en ce cas. L'assistante sociale de l'entreprise se laisse recruter pour un projet dirigé contre l'« autoritarisme » de Tanguy H. ou sa « cupidité ». Pour sa part, dans son isolement psychotique, Jeanine H. trouve difficilement des âmes charitables à trianguler, si ce n'est un praticien avide de faire triompher sa mission systémique... La conflictualité fusionnelle existe en d'autres points de ce grand système: Tanguy H. est accepté par la famille élargie comme compagnon de sa mère, mais rejeté comme étranger aux valeurs du groupe. Et entre Jeanine H., si passive en apparence, et sa propre mère, si dynamique à 83 ans, les fugues de la première montrent une dépendance entre elles qui est loin d'être claire. De telles ambiguïtés induisent facilement des triades dysfonctionnelles.

Dans les tentatives de décodage rapide, nécessaires au clinicien plongé dans la séance collective, *j'utilise des cartes institutionnelles, projetant sur un plan vu du dessus les relations entre les participants et leurs partenaires familiaux et soignants, et centrées sur les relations présentes du (de la) patient(e).* Très couramment, je retrouve – en le cherchant ! – ce double lien « fusionnel conflictuel conjugo-parental » qui s'est introduit à l'intérieur de l'institution (7). Parfois, il est en train de se déplacer d'une institution à une autre, comme ici entre des lieux de soins ou des services psychiatriques, de Paris au Nord puis du Nord à Paris...

Telle est la pression confusionnante directe à quoi chaque institution thérapeutique est soumise, si se multiplient par *n* patients et *n* familles les relations immanentes et les manipulations concrètes qui nous visent. Grâce à un tel décodage, je perçois l'urgence d'une « déshospitalisation » de Jeanine H., dès qu'elle arrive dans le service et que je fais sa connaissance. Alors, il me faut quitter la relation positive initiale avec Tanguy H., créée avant la venue de sa mère sur ma carte. Il m'adresse d'ailleurs un message significatif en ne venant pas visiter le service avant la venue de sa mère, comme il me l'avait initialement demandé. Puis ce sont les manœuvres entourant la sortie de sa mère qui manifestent son besoin d'emprise sur la situation. Je considère celles-ci comme inévitables, « automatiques » aurait dit Bowen.

Retrouver le jeu derrière le drame... nous permet à nous aussi de jouer. «Manœuvres» et «coups» successifs, «stratégies», etc.: ces guillemets rappellent que nous ne pouvons transformer magiquement en «partenaires» ni Tanguy H., ni sa mère, ni l'assistante sociale de celle-ci, entrés contraints et forcés sur notre carte institutionnelle. Pour dialoguer clairement avec eux, autour du cas, nous devons décoder à chaque moment leur *jeu*, avec les valeurs et les contre-valeurs qui inspirent les codes de celui-ci, que nous dévoilent surtout leurs métacommunications, *en réponse à nos valeurs et nos contre-valeurs, à nos codes et à nos métacommunications qui leur transmettent des informations sur nos projets* (2).

Un autre appui dans le décodage rapide nous est donné par Mara Selvini. La Magicienne de Milan – ressource connue dans nos complexités psychotiques – a consacré un chapitre de son dernier livre au phénomène interactionnel de *l'instigation* (18). Si j'abrège en une phrase, ce sera: A (irrité, ou trahi par C, ou lui en voulant quelque peu à mort) s'allie avec (séduit secrètement) B et dresse celui-ci (en coulisse) contre C, lequel reçoit douloureusement ce coup inattendu de B, et continue à se croire dans les meilleurs termes avec A. Nous savons – et Bowen nous le rappelle – que les cancans et les duos institutionnels calomnieux ou «diagnostiquants» constituent quotidiennement les instigations multiples et tournantes dans nos institutions, où Haley a décrit une lutte à mort, généralisée, pour le pouvoir ou au moins pour la survie, semblable à celle qui s'observe dans les familles de ces patients et dans leurs pressions sur nous.

La roue tourne. D'abord instigateur, A soulage son angoisse en dressant B contre C, puis il va être instigué par C contre B, mais deviendra sans doute leur victime à tous deux. L'étiquetage est le mode courant: «Quelle mère de schizophrène, n'est-ce pas! Le père est un grand obsessionnel... Machin est pervers... Le directeur est carriériste...», etc. D, E et F font de même et peuvent s'intéresser à leur tour à C, B ou A. Etiquetages, disqualifications, disconfirmations réciproques: *dans l'institution psychiatrique on ne peut pas ne pas manipuler...* à moins d'une très forte dose d'auto-conscience, c'est-à-dire d'humour.

Dans le cas de Jeanine H., plusieurs triangles essentiels sont perceptibles: grand-mère maternelle – Jeanine H. – son fils, assistante sociale – Jeanine H. – son fils, frère – Jeanine H. – son fils. Vivant sous le même toit, le couple d'une malade psychiatrique et d'un fils majeur, tout jeune adulte, forme l'étrange noyau central de ces triangles. Les thèmes des conflits de ce duo sont au niveau de la difficulté de sa survie, morale et matérielle, voire de sa croissance vers un nouveau stade de son cycle de vie. Dans le délire de la malade non seulement son fils «coûte» trop et dépense trop, mais aussi il représente une vengeance de l'ex-mari, trompé lors d'un séjour qu'elle fit à l'hôpital psychiatrique. Et la pension donnée par l'entreprise sera insuffisante, face à Tanguy si exigeant. Celui-ci, à son tour, nous instigue à condamner les «fugues» de sa mère auprès de la grand-mère maternelle, dont personne ne l'informe, lui qui assume une telle responsabilité de présence auprès de sa mère. L'assistante sociale instigue la famille d'origine de la patiente à couper celle-ci de son fils, etc., etc.

Lors de l'hospitalisation de la malade, dans le Nord, le projet de la tutelle est lancé, probablement selon l'idée de l'assistante de l'entreprise et c'est un frère de la patiente qui va d'abord l'obtenir. Tanguy H. va-t-il se retrouver sans ressources?

Notre institution reçoit un projet ébauché mais qui en même temps capote... *Les triangles de ces manipulations se révèlent dysfonctionnels.* Il faut revenir – mentalement – au point de départ de la crise. Cela sera difficile si nous ne comprenons pas mieux les communications – plus ou moins occultes – entre les partenaires de ce nouveau jeu qui nous inclut désormais.

2. Le décryptage des doubles liens

Souvent et de façon très précise, Bateson rappelle l'importance affective, pour l'être humain, de s'appuyer sur sa raison. Pour Bateson, raison a le sens de logique, de respect des niveaux logiques et des distinctions claires dans les communications. Parmi les plus significatives seraient par exemple la distinction des substances et des formes, comme des choses et des gens, la séparation des contraires et la conscience des différences, le respect des hiérarchies reconnues. Toutes ces démarches correspondent chez l'être humain à «une relative fascination et une relative terreur associées aux faits de typologie logique [...] Je suggère que c'est cette tentative de répondre à la vie en termes de logique et la nature compulsive de ce besoin qui produit en nous cette tendance à la terreur dès que l'éventuelle dégradation d'une telle approche logique est à peine évoquée» (5, p. 133).

Rappelons les six points de la définition princeps du double lien (6):

1. «Deux ou plusieurs personnes», dont l'une pourrait être désignée comme la «victime».
2. «Une expérience vécue répétée.»
3. «Une injonction négative primaire.»
4. «Une injonction secondaire en conflit avec la première au niveau plus abstrait, et comme la première renforcée par des punitions ou des signaux qui menacent la survie.»
5. «Une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime de quitter le champ.»
6. «Finalement, l'ensemble complet des ingrédients n'est désormais plus nécessaire quand la victime a appris à percevoir son univers selon des schèmes de double lien. Presque tout élément d'une séquence de double lien peut être alors suffisante pour provoquer panique ou rage.» (On note que le mot victime a perdu ici ses guillemets: le patient n'est-il pas disconfirmé par son environnement.)

Cliniciens, nous nous occupons de la pathologie déterminée et entretenue par cette panique ou par cette rage. Selon le point 6 de la définition du double lien, nous devons prévoir d'entrer nous-mêmes dans cet effondrement de la confiance en soi, victimes de l'illogisme des patients que nous approchons et de la rigidité logique des modèles médicaux. L'aberrance schizophrénique naît et s'entretient dans les doubles liens familiaux passés et actuels et aussi dans nos doubles liens institutionnels. Cette aberrance et le désarroi qui l'accompagne chez nos patients, mais

chez nous aussi, ne peuvent-ils toutefois être évités grâce au travail éco-systémique que nous cherchons tous à élaborer?

A Palo Alto, le travail de recherche clinique fut conduit sur la base d'«entretiens conjoints», triadiques. Il a jeté les bases du décryptage nécessaire, engagé avec le patient et des membres de sa famille, approprié aux messages paradoxaux apportés dans ces séances. Cette *«pierre de Rosette», aux trois écritures différentes pour un même message*, apporte un ensemble d'informations explicites et implicites, verbales et non verbales, métaphoriques surtout, riche en allusions au contexte. Participants et observateurs dans cette confrontation, à certains moments les cliniciens prendront de la hauteur par rapport à la séance elle-même. Alors, ils reformuleront les disqualifications et les disconfirmations ambiantes, les comprenant du point de vue des différents partenaires du groupe, eux-mêmes inclus.

Au lieu de nous laisser pousser en aveugles vers la place même du patient – rôle de victime qui attend tout thérapeute institutionnel –, nous percevrons plus lucidement nos propres angoisses dans le groupe. Nous les identifierons comme un signal crucial, traduction intime en nous des manipulations apportées par les autres partenaires. Alors peut-être, dans nos post-séances, percevrons-nous l'humour dramatique du symptôme psychotique par lequel le patient traduit – trahit – de façon caricaturale les valeurs figées de sa famille. Car «le patient identifié se sacrifie lui-même pour maintenir l'illusion sacré que ce que dit le parent a un sens» (4, II, p. 59).

Or, sous les yeux de Bateson, le dauphin crée une danse lorsque le dresseur avec qui il s'entend bien le pousse au-delà de ses jeux habituels: dans les doubles liens, la créativité survient si la pathologie peut être évitée (4, II, pp. 47-49).

Nous allons utiliser notre exemple pour une tentative de décryptage détaillé de messages et de métamessages vécus dans notre tentative d'approche psychologique de Jeanine H.

Tableau I: Décryptage des doubles liens dans le triangle formé par Jeanine H. (J.H.), Tanguy H. (T.H.) et le psychiatre institutionnel (Psy. I).

J.H.	→ T.H.:	– Mon fils qui n'est pas mon fils, ne pense pas que je *veuille* te rejeter.
	→ Psy. I:	– Thérapeute qui m'imposez vos soins, ne pensez pas que je ne *veuille* pas guérir de ma psychose chronique.
T.H.	→ J.H.:	– Ma mère qui fait n'importe quoi, tu ne *dois* pas être une mère malade mentale.
	→ Psy. I:	– Psychiatre, vous ne *devez* pas vous occuper de nos affaires familiales mais guérir ma mère.
Psy. I	→ J.H.:	– Vous, malade incurable, ne doutez pas que je *sache* guérir votre maladie.
	→ T.H.:	– Jeune homme, ne mettez pas en cause mes soins que je *sais* bons.

Ce tableau décode les éléments relationnels centraux de la notion de double lien, en ce qui concerne Jeanine H., Tanguy H. et le psychiatre institutionnel ayant la responsabilité soignante. *Les points 3 et 4 du modèle du double lien* sont présentés ci-dessus, à savoir les injonctions primaire et secondaire que s'imposent réciproquement les participants.

La fusion conflictuelle dans l'institution psychiatrique fait que chacun des trois partenaires adresse aux deux autres des interdits discordants, selon ces point *3* et *4*, c'est-à-dire émis à des niveaux logiques différents. Notons: 1) que les injonctions issues de Jeanine H., ou celles qui la concernent, sont émotionnellement intenses, avec une disconfirmation réciproque («Je/tu n'existe(s) pas»); 2) que les injonctions échangées par Tanguy H. et le psychiatre institutionnel ont plutôt l'accent conflictuel de la disqualification réciproque; 3) enfin, que chacun des participants utilise son propre code de référence: le *vouloir* chez la patiente, le sens du *devoir* de la famille, le *savoir* du thérapeute. Dans les doubles liens, ces valeurs affirmées sont simultanément niées à un autre niveau: pseudo-vouloir, pseudo-devoir, pseudo-savoir (10).

Quand aux autres points du modèle du double lien – ou des doubles liens, puisque la participation est collective –, ils sont en fait les mêmes pour chacun des participants, puisqu'ils appartiennent à une même situation globale, les incluant également.

- *Point 1:* situation collective où existent trois «victimes», ou groupes de «victimes».
- *Point 2:* expérience déjà connue et répétée, puisqu'ils ont un contact épisodique ou constant – professionnel pour les intervenants – avec la zone de l'aliénation.
- *Point 5:* il est interdit aux uns comme aux autres de quitter cette zone (c'est-à-dire qu'ils deviennent réellement victimes les uns des autres, sans plus de guillemets).
- *Point 6:* chaque allusion à de tels liens induit la panique ou la rage chez tel ou tel d'entre eux.

La question est: comment faire se rejoindre tous ces fragments épars pour leur donner le sens plus clair que nous souhaitons, celui d'un partenariat en trio? L'essentiel est de travailler à retrouver personnellement une certaine logique dans l'illogisme. Notre but thérapeutique sera alors d'*utiliser cette modification de nous-mêmes, induite par le vécu puis par le décodage des doubles liens, pour adresser des messages clairs au système humain qui nous inclut, vis-à-vis duquel nous aurons repris une certaine distance «émotionnelle» et ceci grâce à la réflexion en équipe, surtout.* Compréhension et différenciation: ceci pourrait aussi se dire «transcontextualiser», avec Bateson (4, II, pp. 42 sq).

Cette solution existe donc au niveau du thème batésonnien du *contexte*, thème que nous devons maintenant étudier et dont il a découvert lui-même, *a posteriori*, la lente maturation dans son œuvre, ce qu'il commente brièvement en 1972 (4, II, p. 93). Bateson note là que, très couramment, le compte-rendu d'une action ou d'un propos, fait «en fonction de son contexte», est imprégné d'une analogie liée à la physique ou à la chimie. Ceci voudrait dire que ce fait ou ce propos sont des éléments isolables et qu'il est possible de *les disséquer dans* ce contexte. En fait, dans nos sciences humaines et cliniques, la démarche doit être absolument opposée: «Il

est important de voir le propos ou l'action évoquées comme *partie* du sous-système écologique et non pas comme l'effet ou le produit de ce qui reste du contexte après que le fragment que nous voulons expliquer a été détaché de lui.» En même temps difficile et fondamentale, cette phrase s'applique d'autant mieux à nos contextes psychotiques que ceux-ci nous enserrent nous-mêmes à l'évidence dans leurs fusions conflictuelles: *nous sommes inclus en tant que partie participante du contexte où nous sommes inclus...* De même, nous ne pouvons pas «isoler» le patient, ni omettre le coup de téléphone émis par la famille, ni abstraire de l'ensemble notre propre angoisse vécue dans ces rencontres. Aucun des personnages importants d'une telle histoire ne peut être découpé, comme on le fait d'une figurine dans une image, ou dans l'ordinateur, avec son message classique *«copiez-coupez-collez»*.

Par principe, pour Bateson, un contexte est un ensemble co-évolutif – même quand il se fige ou se casse, lors d'un de ces drames psychotiques courants! C'est un écosystème doué d'un sens relationnel et de croissance, ou de non-sens et de stagnation à l'inverse. C'est une histoire qui se fait, bien ou mal. Le terme de contexte a donc pour nous une signification absolument opposée – deuxième cybernétique – à celle de l'élément, partie d'un ensemble. Ajoutons: même si cet ensemble est circulaire comme la chaudière et le thermostat, ce qui n'est que le paradigme de la première cybernétique.

Certes la psychose nous ramène constamment vers cette première cybernétique: automatismes déclenchés par des triangulations, des instigations et des messages confusionnants. Mais la vie et ce que l'on pourrait appeler aussi une volonté psychothérapique, nous imposent le franchissement de ces premiers liens cybernétiques vers une évolution plus souple, collectivement créatrice. Une formation familio-systémique entraîne donc les praticiens vers ce que Bateson nomme le *transcontextuel*, par un mouvement qui dépasse la logique des mots et des étiquettes, et les frontières entre les techniciens, pour garder la vie des images et des intuitions. Les apprentissages figés se cassent au profit de l'invention de relations nouvelles.

Voici un texte crucial qui nous est destiné: «La théorie du double lien affirme qu'il existe une composante expérientielle dans le déterminisme ou l'étiologie des symptômes schizophréniques et des schèmes relationnels proches, tels l'humour, la poésie, etc. Il est à noter que cette théorie ne différencie pas ces sous-espèces. Selon ses termes rien ne permet de déterminer si tel individu deviendra un clown, un poète, un schizophrène, ou telle combinaison de ceux-ci. Nous avons affaire non à un seul syndrome mais à une catégorie de syndromes, dont la plupart ne sont pas habituellement considérés comme pathologiques. Laissez-moi choisir le mot "transcontextuel" comme terme général pour cette catégorie de syndromes.»

L'hypothèse anthropologique et psychothérapique que nous propose Bateson serait donc que les systémiciens acquièrent une certaine congruence en accueillant la discordance de leurs clients et de leurs familles. Ils le peuvent à plusieurs, en s'engageant dans de *petites équipes*, à la fois soudées et ouvertes aux autres membres de leur institution. Ils apprennent peu à peu à réussir cet apprentissage. Ils apprennent simultanément les contextes familiaux et les contextes médico-psychologiques et sociaux, la vie immédiate des émotions et le décodage conceptuel de leur diffusion. Ils acceptent de vivre activement les syndromes transcontextuels,

fatras logiques de leur clientèle et de leurs institutions. Comme le disait une infirmière systémicienne d'une de ces équipes: *«J'apprend à jouer la comédie.»* D'ailleurs, ne faut-il pas être convaincu pour être convaincant: tel est paradoxe du comédien, et celui de la connotation positive aussi.

Que répond Bateson?

Voila: «Il semble qu'aussi bien ceux qui sont enrichis par des dons transcontextuels que ceux qui sont appauvris par des confusions transcontextuelles se ressemblent en un point: pour eux il existe toujours ou souvent une "prise double". Une feuille qui tombe, le salut d'un ami, "une primevère au bord de l'eau" ne sont "jamais cela et rien d'autre".» C'est dans ces même pages que Bateson apporte l'exemple de la danse du dauphin: le double lien apporte la bifurcation de deux chemins, celui qui mène à l'échec existentiel et celui qui offre la créativité pour la croissance existentielle. De plus, qui sait si les psy. concernés ne poursuivent pas leur croissance avec les patients et leurs familles, quand ils prennent en compte ces complexités relationnelles.

Le transcontextuel enrichira nos négociations tripartites, en présence du/de la patient(e). Chacun doit apprendre à sortir de son rôle défini dans le système rigide créé et entretenu *par les doubles liens psychotisants actuels. Ce partenariat en trio a d'emblée été vécu comme nécessaire par l'équipe des chercheurs cliniciens de Palo Alto.* Dans leurs séances psychothérapiques, ils assumaient clairement la confusion obscure de toutes ces manipulations duelles, réciproques et multipliées.

Le passage au partenariat en trio se précise avec la présence centrale du patient, affirmée et montrée dès que la famille prend contact avec l'institution. Cette règle de loyauté – générale en psychothérapie – va utiliser la présence reconnue du patient en tant que *sujet*. Tel est le point de départ nécessaire pour restaurer son rôle premier dans sa propre évolution. Ces progrès resteront fragiles aux premières étapes. Ils se consolideront d'autant mieux que le patient recevra dans l'institution *un soutien personnel approprié à ses zones d'handicap spécifiques*, héritées de ses conflits prolongés, dans sa famille, avant l'apparition de sa psychose, puis entretenus par elle puis par l'institutionnalisation (7). Ses progrès d'individuation dépendront alors du consensus d'équipe obtenu pour cette croissance.

Au foyer de tout cela, il se crée avec le patient, ce que l'on pourrait nomme «un système thérapeutique institutionnel individualisé». Par sa lourdeur même, cette expression indique la difficulté d'un tel projet. L'individualisation est un thème qui concerne, en effet, tous les participants de chaque situation, avec les aléas propres à chacun. Du côté du patient, ce ne sera plus «un schizophrène» ou «un psychotique», mais un *sujet* schizophrène et un *sujet* psychotique; du côté de la famille, ce ne seront plus des délégués, sans capacité évolutive réelle, mais des *proches;* quant aux soignants, ils auront eu eux aussi le courage de se différencier dans leurs pseudo-équipes à propos de projets précis, se créant en *équipe ad hoc*, vivante.

Ainsi, chacun s'engage pour soi, évitant le «on» et le «nous», ou «l'équipe pense que», c'est-à-dire le «non-je». L'expérience apprend alors aux participants à se confirmer réciproquement, leur apprend à apprendre ensemble. Telle est le bénéfice du partenariat en trio, comportant l'échange des compétences, des bonnes volontés et de l'estime réciproque, celles du sujet et de ses proches inclues. Cela demande beaucoup de patience et d'ouverture à autrui, et protège quelque peu chacun d'être burn out, flambé...

Nous saurons désormais qu'il ne s'agit que de triangles à décoder ou de doubles liens à décrypter. Bowen nous conseille de nous demander: «Que suis-je venu faire dans cette galère, dans cette institution?» Son hypothèse est que notre enfance et notre jeunesse, familiales, nous ont plongés parfois ou longuement dans ce type d'ambiance confusionnante et qu'il nous reste à utiliser au mieux le savoir précieux acquis de ce fait.

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Anonyme (Bowen M.) (1972, 1994): «A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille. *Thérapie familiale, 15* (2), pp. 99-148.
2. Bateson G., Ruesch J. (1951, 1988): *Communication et société*. Seuil, Paris.
3. Bateson G. (1961, 1975): *Perceval le fou. Autobiographie d'un schizophrène*. Payot, Paris.
4. Bateson G. (1972, 1978-1980): *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I, II, Seuil, Paris.
5. Bateson G. (1979, 1984): *La nature et la pensée*. Seuil, Paris.
6. Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J. (1956): «Vers une théorie de la schizophrénie». *In Vers une écologie de l'esprit*, II, pp. 9-34, Seuil, Paris.
7. Benoit J.C. (1992): *Patients, familles et soignants*. ERES, Toulouse.
8. Benoit J.C. (1995): *Le traitement des désordres familiaux*. Dunod, Paris.
9. Benoit J.C., Roume D. (1986): *La désaliénation systémique*. ESF, Paris.
10. Benoit J.C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y., Kannas S. (1988): *Dictionnaire des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris (cf. Entretiens collectifs, Psychothérapie institutionnelle systémique, Schizophrénie et thérapie familiale, Triades et triangles).
11. Bowen M. (1978, 1984): *La différenciation de soi*. ESF, Paris.
12. Caplow T. (1968, 1981): *Deux contre un*. ESF., Paris.
13. Haley J. (1967, 1981): «Pour une théorie des systèmes pathologiques». *In* Watzlawick P., Weakland J., *The interactional view*, pp. 46-59, Norton, New York. *Sur l'interaction*, Le Seuil, Paris.
14. Haley J. (1980, 1991): *Leaving home. Quand le jeune adulte quitte sa famille*. ESF, Paris.
15. Haley J. (1963, 1993): *Stratégies de la psychothérapie*. ERES, Toulouse.
16. Minuchin S. (1965, 1979): *Familles et thérapie*. Delarge, Paris.
17. Prata G. (1992, 1994): *Interventions systémiques dans les jeux familiaux*. ERES, Toulouse.
18. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988, 1990): *Les jeux psychotiques dans la famille*. E.S.F., Paris.
19. Sluzki C., Ransom D.C. (1976): *Double bind. The foundation of the communicational approach to the family*. Grune/Stratton, New York.
20. Weakland J. (1960, 1995): «L'hypothèse du "double lien" de la schizophrénie et l'interaction en trio (three-party-interaction)». *Thérapie familiale, 16*, 1, pp. 3-16.
21. Wilkinson M. (1992, 1993). «Comment concevons-nous l'empathie systémiquement». *Thérapie familiale, 14*, 4, p. 367-378.

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 1, pp. 119-121

RECENSIONS

Jean-Paul Mugnier, L'identité virtuelle: les jeux de l'offre et de la demande dans le champ social. ESF, Paris, 1993.

Jean-Paul Mugnier est éducateur spécialisé dans un service d'action éducative de la région parisienne. Il est également thérapeute familial et superviseur de plusieurs équipes.

Dans son livre il nous invite à partager ses réflexions et ses expériences de suivi de familles rencontrées dans le cadre de mesures éducatives ordonnées par le juge d'enfants. Selon Jean-Paul Mugnier, l'application des outils et des techniques systémiques permet de procurer aux familles et aux intervenants une perspective «plus ouverte» dans l'évolution de ces familles dites à «déviance sociale».

Selon l'auteur, quand le juge prescrit une mesure éducative, il prescrit une relation entre l'intervenant et la famille. Ce «lien» est contraignant parce que judiciaire, non seulement pour la famille, mais aussi pour l'intervenant. La tâche de ce nouveau système étant de donner des informations au magistrat.

Le signalement est défini comme «un modèle que la famille a contribué à créer... en ne transmettant aucune information susceptible de le modifier». L'intérêt de l'intervenant n'est pas de vérifier la justesse de ce modèle, mais d'appréhender sa fonction.

Un autre processus finement analysé est la façon dont l'identité familiale peut se rigidifier autour d'une identité sociale: au moment où la violence est reconnue par le judiciaire, elle peut devenir fondatrice de l'identité familiale.

Dans ce contexte, la famille se présente à l'éducateur avec la question: «Pour vous, quelle famille sommes-nous?». L'objectif de l'intervention doit s'orienter vers la création d'un contexte qui permette de répondre à cette question par une autre question: «Quelle famille allez-vous décider de devenir?».

Pour que ceci soit possible – pour qu'il y ait affiliation – l'auteur insiste sur l'importance de créer «un espace cognitif commun»: moi qui suis l'éducateur et vous la famille avons tout intérêt à trouver un espace tiers commun et partagé, nous devons trouver un «objet de connaissance manifeste et commun».

Cette démarche n'est pas sans rappeler celle du Docteur Benoit sur «les objets métaphoriques négatifs inducteurs d'anticipation» dans les familles à transactions psychotiques. Ici, il ne s'agit pas d'objets, mais de l'explicitation d'un savoir partagé.

Il est encourageant de voir comment des thérapeutes passionnés arrivent à motiver leurs neurones dans des situations extrêmement difficiles et complexes. Ce livre qui traite de la rencontre d'un travailleur social, dans le cadre judiciaire, avec des familles maltraitantes depuis plusieurs générations, en est un témoignage.

Ignacio Garcio-Orad

Luigi Onnis et Walter Galluzzo, La terapia relazionale e i suoi contesti. La Nuova Italia Scientifica, 1994, ISBN 88-430-0253-8.

Si un livre qui paraît en septembre est introuvable un mois après et que l'éditeur est en rupture de stock, nous sommes amenés logiquement à imaginer un succès imprévu. L'éditeur prévoit une réimpression dans les meilleurs délais.

Le livre mérite toute l'attention, et des chercheurs et des intervenants qui se réclament de l'approche systémique et de la thérapie familiale. Il rend compte d'une expérience de travail d'une dizaine d'années réalisée dans la Province de Cagliari en Sardaigne par un groupe d'intervenants qui tous travaillent dans une structure d'assistance territoriale. La préface de Luigi Cancrini, et surtout le premier texte qui est de Luigi Onnis, rend compte de la complexité de cette action-recherche qui a permis de former sur dix ans 55 personnes à la thérapie familiale, alors que 16 sont encore en formation. Plus de 150 ont été initiées aux idées de base de la systémique et savent faire la part des choses entre ce qui relève d'une logique linéaire d'une part, et cette sensibilité qui fait que l'on appréhende la «réalité» par le contexte et la globalité.

Tout débutait en 1981, quand un groupe d'intervenants avait invité Luigi Onnis dans le but de démarrer une formation, projet soutenu par l'administration provinciale. L'objectif de ce training était d'offrir à ces intervenants une nouvelle clé pour la lecture des difficultés que rencontrent des personnes qui s'adressent à une structure d'aide et de développer chez eux de nouvelles compétences, de leur apprendre des techniques spécifiques à l'application de la systémique.

Pour Onnis, le démarrage d'une formation doit être subordonné à la réalisation de trois conditions:

a) les participants sont des intervenants qui travaillent dans les services publics;

b) l'administration de laquelle dépendent les intervenants doit être nécessairement partie prenante dans ce projet de formation pour en garantir sa durée;

c) les lieux de formation sont à proximité des lieux de travail: le respect du contexte de travail exige que les formateurs se déplacent vers les intervenants et non le contraire.

Une notion qui revient souvent chez Onnis est celle de «culture»: éviter que les intervenants soient déracinés de leur **culture**, créer une nouvelle **culture** des services... Une autre piste de réflexion et d'action, c'est la recherche d'une convergence entre travail social et politique. Il est vrai que l'Italie, «pays qui va vers une mutation catastrophique» (Luigi Cancrini), est de par son histoire toute destinée à cette rencontre entre des niveaux que nous nous plaisons à séparer et à situer dans des mondes différents. C'est dans cette perspective que je pense que ce témoignage de Luigi Onnis, tout empreint de son respect et de son admiration pour ceux qui ont contribué à cette «histoire» est important.

La suite du livre est un recueil de textes rédigés par Luigi Onnis et Walther Galluzzo sur la formation, par Lieta Harrison, Philippe Caillé, Hakon Hartweit sur les couples, par Luigi Cancrini et Maurizio Coletti sur la toxicomanie, par Maria Grazia Cancrini et Lieta Harrison sur la schizophrénie, par Luigi Onnis sur la

psychosomatique, par Marisa Malagoli Togliatti sur les familles à problèmes multiples, par Stefano Cirillo, Adriano de Muro, Béatrice Farris, Luigi Onnis, Walther Galluzzo sur les mauvais traitements à l'égard des enfants, et par Alfredo Canevaro sur la thérapie familiale avec trois générations.

Après les niveaux de l'action, de la formation, du politique dans le texte introductif de Louis Onnis, cette deuxième partie rend compte du renouveau épistémologique du courant de la thérapie familiale sur ces dix dernières années.

Gilbert Pregno