

LA FRATRIE D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE

Muriel MEYNCKENS-FOUREZ¹

Résumé: *La fratrie d'une personne handicapée* – Cet article évoque les modes relationnels rencontrés au sein d'une famille présentant un enfant handicapé, particulièrement au sein de la fratrie. Il souligne comment le processus d'identification en imitation ou en opposition, présent entre frères et sœurs pourra induire chez ces derniers un comportement parentif ou au contraire, une « lutte » pour inquiéter encore plus les parents. Les différents mécanismes sont passés en revue, ainsi que les situations spécifiques lorsque l'enfant handicapé est l'aîné, ou au contraire, un puinié.

Summary: *The sisters and brothers of an handicapped child* – This article considers the patterns which happen in a family with an handicapped child, especially between brothers and sisters. It underlines how the process of identification with imitation or opposition that occurs between brothers and sisters can induce a parentified behaviour, or, on the contrary, a « struggle » to worry yet more the parents. Different mechanisms are reviewed, also particular situations when the handicapped child is the eldest, or on the contrary younger.

Mots-clés: Fratrie – Handicap – Position dans la fratrie – Relations familiales – Psychopathologie de la rivalité fraternoelle.

Key words: Brothers and sisters – Handicap – Relationship in the family – Psychopathology of the sibling competition.

La fratrie a souvent pu nous aider dans le travail de consultation, que ce soit en privé ou en institution, grâce à l'impact beaucoup plus efficace qu'elle peut avoir auprès du frère ou de la sœur qui pose problème, parce que moins menaçante pour ce dernier et déculpabilisante pour les parents. C'est au sein de la fratrie que l'enfant apprend à se situer par rapport à ses pairs, à vivre des expériences de rivalité, de complicité, à gérer son agressivité... car l'enjeu n'est pas le même que dans sa relation à l'adulte. L'expérience fraternoelle est le plus souvent structurante, et peut être la meilleure préparation à la vie sociale.

Mobiliser les ressources entre frères et sœurs, concernés par les mêmes questions, obéissant ou désobéissant aux mêmes règles éducatives ou mythiques, permet que le patient-identifié puisse être vu autrement que comme la bête noire qui ne fait pas partie du groupe ou, comme celui qui est l'enfant-roi de papa et maman.

¹ Pédopsychiatre, thérapeute familiale, chargée de formation à l'approche systémique et thérapie familiale et responsable du groupe « Institutions » au Centre Chapelle-aux-Champs, U.C.I., 1200 Bruxelles, directeur médical de « Feux-Follets », Hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents, av. des Sorbiers 31, B-1300 Wavre.

Ce travail avec le sous-système fraterno, en présence ou en absence des parents augmente le sentiment d'appartenance à la famille – surtout s'il y a séjour en institution – rééquilibre les relations, évite le cloisonnement bon/mauvais, tente d'empêcher l'ingérence parentale dans le sous-système enfants, casse la surimplication d'un parent avec l'enfant-problème..., ce qui souvent ne fait qu'attiser la jalouse des autres.

Dans la famille de l'enfant handicapé, chacun est d'emblée touché par la souffrance, ce qui nécessite un ajustement tantôt acceptable, tantôt douloureux, voire impossible. Deux conditions semblent influencer fortement les possibilités d'adaptation: la quantité d'informations que possèdent les familles notamment sur l'étiologie et le développement du handicap. ainsi que le sentiment d'isolement social (Lambert).

Cinq autres facteurs agissent de manière sensiblement égale dans les attitudes de chaque membre de la famille, et auront une influence sur les relations qu'ils auront entre eux, et avec l'enfant handicapé:

- «les espoirs irréalistes du progrès;
- l'ennui causé par la présence du handicapé;
- le degré de frustration lié à l'absence de réalisation des aspirations parentales, ou fraternelles;

- le stress psychologique causé par la présence de l'enfant;
- la résignation et les sentiments de honte et de culpabilité.» (*Ibidem*).

Les frères et sœurs sont là pour ouvrir des portes, pour interpeller les parents, les mobiliser, les sortir de l'isolement social, ce qui n'est pas une tâche facile, ni pour eux, ni pour les professionnels. Comme le décrit très bien Ferrari et coll, très souvent, le groupe familial adopte une attitude de protection contre l'intrusion du regard médical sur l'ensemble de la fratrie, pour protéger le narcissisme familial, quitte à ignorer voire dénier toute incidence sur la fratrie, des troubles présentés par l'enfant handicapé.

Par ailleurs, «chaque rapport parent-enfant est unique. Chaque enfant prend un sens particulier suivant le moment où, pour chaque parent, il s'inscrit dans une vie individuelle ou de couple : les signaux qu'il émettra à l'adresse de ses parents et les réponses qui lui seront faites seront variables, et beaucoup de parents refusent ces différences, car, dans le regard de leurs enfants, ils voient comme un reproche dont ils se sentent profondément responsables» (Gesell et Ig cité par Canseliet). Combien de fois n'entendons-nous pas: «Avec les mêmes parents, la même éducation, comment peut-on avoir des enfants si différents?»

«Il y a pourtant des enfants qui vont mieux aux parents que d'autres, avec lesquels ils ont plus d'affinités, plus de résonances, d'autres dans lesquels, ils se reconnaissent trop pour pouvoir les accepter, et d'autres enfant trop loin d'eux par leurs réactions.» (*Ibidem*). Reconnaître les différences, en parler, c'est donner une place à chacun, avec ses faiblesses, mais aussi ses forces.

Les familles ayant un enfant handicapé peuvent vivre particulièrement dououreusement cette situation, ce reproche, en le mettant sur le compte du handicap, ne

réalisant peut-être pas que d'autres parents vivent les mêmes émotions. La crainte de se sentir injuste et, de se le voir reproché. Il est encore plus difficile alors d'accepter les différences pouvant exister entre les enfants, et le déni joue alors un mécanisme de défense préférentiel.

Qui plus est, au sein même de la fratrie, chacun cherche ainsi, plus ou moins

consciemment, à se situer l'un par rapport à l'autre, dans l'ordre selon que,

contraire dans l'opposition, la confrontation, comme dans l'allié, «frère quid, frère voleur».

Immérés dans le bain des valeurs familiales, les enfants peuvent bien évidemment être pratiques, les questionner, voire les rejeter, et leurs comportements vont progresser dans leur entourage des réactions d'émerveillement ou au contraire d'indifférence, privilégiant un certain type d'interactions car au moins ce n'est pas de l'insolitité.

Cherchant parfois à prendre une place «extraordinaire» au sein de la fratrie et à avoir tous les regards des parents sur eux, chaque enfant voudra à sa compéter mieux que son frère ou sa sœur, ou en réaction à ces dernières, admettant alors plus ou moins inconsciemment l'attitude opposée. Si l'un travaille mal à l'école, l'autre pourra mettre toute son énergie à briller, au prix de sacrifier certaines fonctionnements, si l'un est négligent, l'autre pourra devenir obstiné, si l'un a du plaisir rôle parentifié, l'autre pourra rester infantile et se reposer sur l'enfant parentifié..., et réciproquement.

L'expérience montre que dans des familles où un enfant présente une maladie, ou un handicap, certains dans la fratrie cherchent une position active, suscitant un rôle parental, se positionneront du côté des soignants ou des éducateurs, d'autres du côté de ceux qui posent problème... Le jeu d'identification en imitation ou en opposition ainsi que la volonté pour tenter d'obtenir la meilleure place dans le cœur des parents, se manifestera, soit dans l'envie de les aider, voire d'être meilleur parent, ce qui peut être source de grosses tensions autour de la question: «Qui sera le plus compétent non seulement pour gérer les difficultés liées au handicap, mais encore pour l'ensemble de la conduite éducative?», alimentant une rivalité terrible entre parent et enfant, rivalité encore présente à l'âge adulte; soit en les inquiétant par le comportement ou des troubles psychologiques.

Tout ceci interfère avec le jeu d'alliances qui s'opèrent inévitablement à partir du moment où plusieurs personnes se trouvent ensemble ; la santé psychique se retrouvant, non pas dans un idéal à atteindre, mais dans la souplesse des relations avec des alliances mobiles (Caplow), tenant cependant compte de l'ordre des générations.

Deux dangers guettent toute famille où un enfant préoccupe plus qu'un autre :

- celui de la surprotection où les parents (mais le plus souvent, un des deux) se montrent très proches de celui qui pose problème;
- celui du rejet.

En ce qui concerne la surprotection, le risque est:

- d'une part de ne pas avoir les mêmes exigences qu'avec les autres enfants, ce qui donne à l'enfant-problème un statut d'enfant-roi qui peut se croire tout

- permis, attisant la jalousie des autres, et faisant naître chez ces derniers le sentiment de ne jamais être reconnus dans leurs difficultés et leurs questions;
- de s'isoler du reste de la famille, avec le danger d'enkystement, et d'éloignement de la fratrie ou du conjoint;
- d'augmenter l'incompétence du handicapé face à la surcompétence du parent et en raison du manque d'expériences qu'il aurait pu vivre;
- pour un enfant en internat, d'être l'objet de convoitise si les autres constatent que tout tourne autour de lui le week-end de retour, que la famille se referme et que l'ambiance familiale n'est plus bonne.

En ce qui concerne le rejet, le danger est que l'enfant ne trouve pas la confiance de base minimale, et que dans le jeu relationnel avec la famille élargie, les parents ne soient culpabilisés et rejetés à leur tour, ou encore disqualifiés dans leur rôle de parents.

A noter que dans des situations avec un polyhandicapé placé ou non en institution, nous pouvons parfois constater que c'est lui qui fait le lien entre les différents membres de la famille, qui centralise toutes les relations, tous les intérêts, empêchant indirectement d'autres échanges. S'il décède, la famille peut alors se disloquer, chacun se trouvant très seul, et n'ayant pas appris à vivre avec les autres.

Les relations fraternelles sont souvent empreintes de rivalité, ce qui est à la fois, normal, nécessaire et difficile à supporter, surtout pour l'observateur, *a fortiori* si celui-ci est un parent, et qu'il rêve d'une famille sans disputes. Bien souvent, des enfants qui se disputent, se battent même, s'ennuieront en l'absence de l'autre, feront bloc contre les agressions, à l'extérieur; mais les adultes peuvent avoir envie d'intervenir, de calmer, et en cela, risquent d'envenimer la situation, d'empêcher que les frères et sœurs trouvent un compromis et que le conflit fasse place à une entente.

Corman a bien étudié la psychopathologie de la rivalité fraternelle. Nous retiendrons quelques aspects des mécanismes où c'est l'agressivité qui prévaut ou, au contraire, des situations où cette pulsion agressive est retournée contre soi ou détournée.

On peut ainsi trouver:

1. Dans le registre de l'expression de la pulsion agressive:

- *La rivalité de corps à corps*, chez l'enfant petit, vers 2-3 ans lorsqu'il traverse sa phase sadique, ou chez le plus grand, lorsque l'impulsivité fait place au combat.
- *L'agressivité verbale*: paroles de haine, souhait de mort, injures, mépris: « T'es pas fou! » - « T'es stupide »... ce qui pour l'observateur ou le récepteur, peut prendre une allure dramatique *a fortiori* s'il y a un élément de réalité dans ces injonctions.
- *Déplacement de l'agressivité* vers d'autres personnes ou objets: camarades de classe, animaux, jouets... (mutilation de poupée).

Nous pensons à l'histoire dramatique d'une étudiante âgée de 8 ans d'une sœur handicapée, et qui ne se sentait jamais réellement prise en considération dans sa famille, car tout problème qui pouvait lui advenir n'était jamais comparable aux soucis causés par sa sœur, toute émotion négative ou aggressive était barrée. Elle en est arrivée à se plaindre d'être la victime d'un viciel collectif, la nuit, en accusant des étudiants de la chose, amenant ainsi sa souffrance à un niveau public et judiciaire. Elle espérait peut-être par là, inconsciemment, que la justice se fasse dans ses relations familiales.

Ce n'est qu'après quelques semaines, quand la police a mobilisé les parents, qu'elle a pu rétablir la « vérité », expliquer que cette histoire était une invention de sa part (l'expertise médicale allait dans ce sens) et réaliser qu'elle avait quant même une petite place dans le cœur de ses parents.

Cette agressivité est parfois un moyen que la personne a trouvé pour mettre à distance la partie plus fragile ou plus régressive qu'elle peut sentir en elle, et projeter sur le puîné, le frère (ou la sœur) handicapé ou autre, en attaquant ces derniers. Elle demande alors à être reconnue pour ce qu'elle est, avec les avantages qui peuvent y être liés.

En institution, dans des groupes d'enfants et d'adolescents, des gestes de violence à l'égard de pairs se montrant plus handicapés peuvent aussi traduire la peur de leur ressembler.

Pour des parents ou des éducateurs, il n'est pas facile de gérer cette agressivité : d'un côté ils peuvent reconnaître l'émotion sous-jacente de l'ordre de la souffrance, de la peur, d'un autre côté ils ne peuvent tolérer la violence. Et qui plus est, plus le parent ou l'éducateur se met à protéger celui qu'il considère comme le plus faible, plus celui qui est considéré comme fort doit déployer de l'énergie pour combattre non plus une personne mais deux et le cercle vicieux de l'agressivité s'entretient.

L'enfant sain peut alors se retrouver isolé face à l'alliance parent-enfant handicapé, pouvant à la limite se vivre dans la position très inconfortable de la personne exclue.

2. Dans le registre où la pulsion agressive est retournée contre soi:

- *Retournement en contre, avec refoulement des pulsions agressives* dans l'inconscient, ce qui peut provoquer une inhibition de toute l'activité pulsionnelle du sujet qui n'a alors plus de dynamisme vital et part battu d'avance. Ceci demande un grand contrôle, le sujet se tient sur ses gardes et éprouve une sourde angoisse de culpabilité. Il tâchera de la calmer en développant les tentances opposées à celles qui sont refoulées.
- Il donnera par exemple beaucoup d'affection, et développera une complète docilité aux appels des parents à la gentillesse. Nous aurons alors un enfant « trop sage », lent, distrait, timide, avec parfois des symptômes obsessionnels, enfant qui peut en arriver à refuser toute forme de compétition, ce qui peut le conduire à l'échec scolaire. Ou au contraire l'enfant peut devenir triste, grognon, jamais content des autres ni de lui-même, pleurer, présenter des dou-

leurs abdominales, des céphalées... tout en cherchant à s'imposer des corvées et des privations espérant par là regagner un peu d'amour. Ceci peut entraîner un certain masochisme où la personne acceptera de recevoir des coups, ce qui lui semble plus supportable que la condamnation morale que son Surmoi lui impose en lui faisant penser qu'il sera exclu. L'enfant vit alors avec la crainte que, quoi qu'il entreprenne, il sera puni et, finalement, il se barre lui-même la route à tous les succès, ce qui empêche notamment toute réussite.

Comme cette petite fille de 7 ans, dont les parents avaient consulté pour le frère de 4 ans présentant un retard de développement, et qui devenait morose et négative alors qu'elle avait toujours été la petite fille modèle.
Nous apprenons ainsi qu'il est demandé à cette petite de tout passer à son frère, au point même que les parents organisaient des concours de vitesse pour l'habillage, en demandant à leur ainée de commencer plus tard pour laisser gagner le petit. Autant dire que l'aînée se vivait très mal et que le petit garçon ne s'y retrouvait nullement dans les notions de grandeur.

Une séance a permis de mettre en évidence la grosse crainte des parents de voir leur ainée se désintéresser, voire rejeter le petit frère à problèmes comme les frères du papa avaient fini par couper les ponts avec ce dernier pour d'autres raisons.
Ce dernier point montre que ce qui se joue dans la fratrie peut prendre place dans l'histoire d'autres fratries.

Dans le cas d'une famille où un enfant est souffrant ou présente un handicap, plus qu'ailleurs, les affects négatifs sont moins autorisés. Chacun, parent comme enfant, tâchant de garder secrets pour lui-même et pour les autres, son malaise, ses questions, sa souffrance, sa colère.
Et pourtant, chacun peut à certains moments avoir bien envie de crier et de se sentir reconnu dans sa détresse.

La question devient alors: comment être attentif à un enfant trop inquiet pour la santé de ses parents, de ses frères ou sœurs même si ce comportement est plus facile à tolérer que l'agressivité, comment ouvrir un espace pour qu'il puisse se libérer de cette idée qu'il doit être parfait, qu'il ne peut exprimer de pulsion agressive.

Nous avons souvent été touchés, dans les entretiens familiaux d'enfants ou d'adolescents hospitalisés en psychiatrie, de voir à quel point, un frère ou une sœur pouvait se montrer mal à l'aise, comme «rétréci», ne s'autorisant aucune combativité, n'osant au départ poser aucune question mais manifestant une grande souffrance et en même temps une grande solitude. En demandant au frère ou à la sœur de nous aider, en ne laissant pas l'enfant hospitalisé prendre tout le pouvoir, en lui résistant, car à l'hôpital, les autres enfants n'acceptent pas ses comportements de petit chef, nous avons pu apprécier une rééquilibration, où l'enfant hospitalisé cherchait à mieux se contrôler et où l'autre prenait mieux sa place, s'autorisant à tenir tête ou à évoquer des désirs personnels.

3. Dans le registre où la pulsion agressive est détournée:

- *Régression: le retour à un état de développement antérieur, ramène en quelque sorte l'enfant à une époque de sa vie où il n'existe pas encore de conflit avec le frère ou la sœur, et en même temps, il revendique par là une égalité de soins. Mais c'est aussi une manière d'imiter ce qu'il admire, nous dit F. Dolto, et il admire ce que ses parents admirent, c'est-à-dire l'enfant dont on prend tant soin.*
- *Ce que nous pouvons constater dans les familles avec un handicapé, c'est qu'un frère ou une sœur peut chercher à être mal d'une autre manière en étant très difficile, en ratant à l'école, en présentant des symptômes,... bref en interpellant les parents avec ce qui les préoccupe ou en tous cas, les mobilise. Les parents peuvent alors donner l'autorisation de grandir et dédramatiser en orientant les enfants bien portants vers d'autres univers, en s'ouvrant eux aussi à d'autres intérêts.*

- *L'identification progressive: est le processus inverse, il émane du désir d'être plus grand, plus fort que l'on est.*
C'est dans ce cas-là que le frère ou la sœur cherchera à avoir un rôle parentifié, parfois bien nécessaire pour l'économie familiale quand les parents se trouvent dans le désarroi, soit qu'un proche de la famille le lui ait demandé explicitement (un grand-parent par exemple), soit que lui-même se soit mis en tête qu'il devait le faire et se sente valorisé dans ce rôle. Le tout est de voir comment officialiser cette mission et lui donner un début et une fin, remercier l'enfant quand il l'a accomplie, le reconnaître dans l'aide apportée, en veillant toutefois à ce que ce ne soit pas trop lourd pour ses épaules.
Nous constatons cependant que, le plus souvent, ce rôle parentifié structure l'ensemble des relations familiales au point que le parent a du mal à retrouver sa place, que c'est finalement la fratrie saine qui met l'autorité, ce qui tôt ou tard risque de déboucher sur un conflit et une rivalité parent-enfant sain, pouvant être très destructrice et ce, très longtemps.

Telle cette jeune fille, étudiante, fille aînée d'une fratrie de 4 enfants, dont le second la suivait de 2 ans, le troisième était décédé à l'âge de quelques mois d'un volvulus intestinal et le dernier était mongolien et avait 8 ans de moins qu'elle.

C'est un enfant étranger à la famille qui lui a appris que son petit frère était handicapé, alors que ce dernier était déjà âgé de 2 ans et qu'elle avait déployé une importante énergie à tenter de le faire marcher (ce qu'il fit vers 2 ans et demi). Longtemps elle a pensé que le retard était dû à une maladie de sa part car un jour, son petit frère âgé de 1 an était tombé de ses bras; jamais elle n'aurait osé en parler, mais sa maman avait à l'époque consulté un psychologue en raison de l'agressivité de sa fille, qui n'avait d'ailleurs pas voulu poursuivre des entretiens psychologiques.

La petite fille devenue adolescente a pris d'autant plus à cœur son rôle de grande sœur parentifiée que sa mère a présenté de gros épisodes d'alcoolisme et que son père se renfermait de plus en plus.

Un peu comme le dit Bower, comme si l'hyperfonctionnement de la jeune fille alimentait l'hypofonctionnement de la mère, qui recherchait une relation de plus en plus fusionnelle avec son fils handicapé, seul à même de la comprendre. Le père et le frère semblaient se désintéresser de tout. La jeune fille se dévouait entièrement, ratait ses études universitaires, et de plus, vivait dans la crainte de sombrer comme sa mère. Elle était par ailleurs très anxieuse à l'idée d'avoir hérité des problèmes psychologiques de la lignée maternelle (la grand-mère très dépendante, tantes maniaco-dépressives disait-on), ce qui lui donnait tous les arguments pour tenir de répondre à une image idéale et poursuivre le rôle parentifié qu'elle s'était infligé, non sans angoisse.

La rivalité avec sa mère était alors maximale et quand la mère put sortir de l'alcoolisme, investir des choses pour elle-même et encourager sa fille à faire de même, cette dernière la vivait comme un rejet, voyant du reste sa mère de reproches, notamment pour tout ce qui concernait l'éducation du frère handicapé. La thérapie, qui se subdivisa en plusieurs tranches avec divers sous-systèmes, consista entre autres dans l'élaboration de ce qui se passait dans l'ici et maintenant, dans un travail touchant au mythe familial et dans la libération des émotions passées bien enfouies. Le programme pour relancer le temps arrêté (Ausloos) put être alors un excellent outil pour se dire ce qui n'avait jamais pu se dire autour de l'annonce du handicap et de la façon dont chacun l'avait vécu.

Autrement dit, il s'agissait de voir comment la jeune femme pouvait se différencier de ses parents, être plus proche de son frère punié et rester attentive à son frère handicapé sans être l'esclave de ces deux derniers et, in fine, comment la mère pouvait se retrouver à sa place de mère. Le couple a quant à lui plutôt trouvé un modus vivendi style « coexistence pacifique ».

- *Le repli narcissique et l'isolation:* le sujet s'isole, adopte une attitude d'indifférence, dans laquelle on ne perçoit de prime abord aucune marque d'agressivité. L'enfant porte un intérêt exclusif pour lui-même au détriment de l'intérêt qu'il porte à autrui.

- *Sublimation de l'agressivité* qui consiste en la transformation de l'agressivité en une énergie vitale constructive, où l'enfant est prêt à aller de l'avant dans des domaines socialement acceptables comme par exemple devenir chef dans un mouvement de jeunesse..., ce qui implique une maturité suffisante et une capacité de supporter les frustrations.

s'unir et *de facto*, en mettre une troisième de côté. C'est ainsi que de vieux espoirs ou de nouvelles déceptions qu'aujourd'hui sont vaincu naire idéalisé que l'on s'est fait.

Si l'enfant nouveau-né présente un problème, le handicap est moins dérangeant qu'une crise. Le moment entourant l'annonce du handicap est moins dérangeant qu'un loup et il est essentiel de favoriser un dialogue entre les deux familles. Après tout, le danger de l'incommunicabilité entre eux. Dans les deux dernières années, peu à peu, les parents, après être passés par tous les étages de leur vie, ont appris à gérer leur enfant, à trouver de la joie dans les situations de la vie quotidienne. Ainsi, dans l'environnement familial, l'enfant devient de moins en moins gênant.

Paradoxalement, comme le décrit Michel Sardou, jusqu'à l'âge de 10 ans, l'enseignement et mère de deux enfants doivent faire face à deux bambins d'un second enfant en pleine santé constitue une situation épouvantable pour le parent qui se fait inévitablement, et ravive la douleur, pas le fait que le petit frère soit malade, mais le stade de développement dans lequel il se trouve. Au fil du temps, le jeune devenait soudain le "grand frère" ou "le petit frère". Les deux enfants, au plus jeune qui réjouit peut provoquer aussi une anxiété importante de l'enfant et il devient plus difficile de continuer à voir l'autre "bambin" dans l'environnement familial.

C'est un moment de doute pour les parents. Même si l'enfant qui vient de naître ne peuvent-ils pas voir les préjugés de leur autre enfant ? C'est à ce moment que, comme parent, on peut attendre encore plus de l'humour. Ils risquent tout, il peut comprendre lui. Peut-être n'a-t-il pas été assez éduqué à la responsabilité. Comme s'il n'avait aucune raison de se plaindre, il sortira heureux de l'apitoiement de ses parents.

C'est ainsi que dans une famille où les parents, autrement qu'avec un handicap héréditaire, la fille était censée compenser l'absence de son frère, si elle ramenait des mauvais bulletins. Ce n'est pas qu'il soit malade, mais il va traverser une période difficile au moment où il va commencer à se sentir qu'il a pu vivre une relation positive avec son père et qu'il n'a pas été suffisamment auparavant, exprimait-elle, elle devait répondre à son père... C'est quoi faire ? Il faut faire pour qu'il corresponde à une image idéale.

Comme parent, « on peut se surprendre à admirer tellement qu'il est heureux, que ça critique son frère ou sa sœur. Par exemple : tu as toujours été ton frère, tu as toujours été ton frère, mais si tu as fait autant d'effort que ton frère, tu aurais pu faire mieux ». Cependant, si le frère ou la sœur va vite comprendre que quelque chose arrive à son frère, il va se tourner autour de l'enfant handicapé. Le plus souvent, mais non systématiquement, il devient une prolongation de l'affection, comme s'il était « dans le même bateau ». Que les parents auraient voulu qu'il ait leur enfant handicapé et que aujourd'hui il ait devoir traiter chaque enfant comme s'il était « différent » mais également.

Ce phénomène est accru quand il n'y a que deux enfants : comme on le voit aussi dans des fratries de deux ; car, si une qualité attendue n'est pas rencontrée, il n'y a pas

Quand l'enfant handicapé est l'aîné

La venue d'un enfant, comme toute situation où quelqu'un entre ou sort de la famille (à l'occasion d'une naissance, de la venue d'un grand-parent, d'un décès) est toujours un moment de déséquilibre (Tilmans-Kinoo); le jeu relationnel habituel est perturbé, de nouvelles alliances se créent, voire des coalitions dans lesquelles deux personnes peuvent se liguer contre une troisième ou tout simplement

Un peu comme le dit Bowen, comme si l'hyperfonctionnement de la jeune fille alimentait l'hypofonctionnement de la mère, qui recherchait une relation de plus en plus fusionnelle avec son fils handicapé, seul à même de la comprendre. Le père et le frère semblaient se désintéresser de tout. La jeune fille se dévouait entièrement, ratait ses études universitaires, et de plus, vivait dans la crainte de sombrer comme sa mère. Elle était par ailleurs très anxieuse à l'idée d'avoir hérité des problèmes psychologiques de la lignée maternelle (la grand-mère très dépendante, tantes maniaco-dépressives disait-on), ce qui lui donnait tous les arguments pour tenter de répondre à une image idéale et poursuivre le rôle parentifié qu'elle s'était infligé, non sans angoisse.

La rivalité avec sa mère était alors maximale et quand la mère put sortir de l'alcoolisme, investir des choses pour elle-même et encourager sa fille à faire de même, cette dernière la vivait comme un rejet, noyant du reste sa mère de reproches, notamment pour tout ce qui concernait l'éducation du frère handicapé. La thérapie, qui se subdivisa en plusieurs tranches avec divers sous-systèmes, consistait entre autres dans l'élaboration de ce qui se passait dans l'ici et maintenant, dans un travail touchant au mythe familial et dans la libération des émotions passées bien enfouies. Le photogramme pour relancer le temps arrêté (Ausloos) put être alors un excellent outil pour se dire ce qui n'avait jamais pu se dire autour de l'annonce du handicap et de la façon dont chacun l'avait vécu.

Autrement dit, il s'agissait de voir comment la jeune femme pouvait se différencier de ses parents, être plus proche de son frère puiné et rester attentive à son frère handicapé sans être l'esclave de ces deux derniers et, in fine, comment la mère pouvait se retrouver à sa place de mère. Le couple a quant à lui plutôt trouvé un modus vivendi style « coexistence pacifique ».

- *Le repli narcissique et l'isolation:* le sujet s'isole, adopte une attitude d'indifférence, dans laquelle on ne perçoit de prime abord aucune marque d'agressivité. L'enfant porte un intérêt exclusif pour lui-même au détriment de l'intérêt qu'il porte à autrui.

Sublimation de l'agressivité qui consiste en la transformation de l'agressivité en une énergie vitale constructive, où l'enfant est prêt à aller de l'avant dans des domaines socialement acceptables comme par exemple devenir chef dans un mouvement de jeunesse..., ce qui implique une maturité suffisante et une capacité de supporter les frustrations.

Quand l'enfant handicapé est l'aîné

La venue d'un enfant, comme toute situation où quelqu'un entre ou sort de la famille (à l'occasion d'une naissance, de la venue d'un grand-parent, d'un décès) est toujours un moment de déséquilibre (Tilmans-Kinoo); le jeu relationnel habituel est perturbé, de nouvelles alliances se créent, voire des coalitions dans lesquelles deux personnes peuvent se liguer contre une troisième ou tout simplement

s'unir et *de facto*, en mettre une troisième de côté...; c'est aussi l'occasion de nouveaux espoirs ou de nouvelles déceptions quand la réalité s'éloigne de tout l'imaginaire idéalisé que l'on s'est fait.

Si l'enfant nouveau-né présente un problème, le déséquilibre est vécu comme une crise. Le moment entourant l'annonce du handicap est particulièrement dououreux et il est essentiel de favoriser un dialogue entre les deux parents, pour éviter le danger de l'incommunicabilité entre eux. Dans les meilleurs des cas, peu à peu, les parents, après être passés par tous les états d'âme, apprennent à accompagner leur enfant, à trouver de la joie dans les événements de la vie quotidienne, et dans l'environnement familial, l'enfant devient comme « normal ».

Paradoxalement, comme le décrit Michalegko, psychologue, professeur dans l'enseignement et mère de deux enfants dont l'aîné est polyhandicapé, « l'arrivée d'un second enfant en pleine santé constitue un défi particulier, par la comparaison qui se fait inévitablement, et ravive la douleur, par le fait que le jeune enfant grandit et dépasse le stade de développement atteint par son aîné. Comme si, le plus jeune devenait soudain le 'grand frère' ou 'la grande soeur'. Le développement du plus jeune qui réjouit peut provoquer aussi sans avertissement, de la tristesse... Il devient plus difficile de continuer à voir l'aîné 'normal' dans l'environnement familial ».

C'est un moment de doute pour les parents, de confusion dans leurs sentiments: « Pourquoi ne peuvent-ils pas voir les progrès du petit sans penser à l'aîné »? Et puis, comme parent, on peut attendre encore plus de l'enfant dit normal. Après tout, il peut comprendre lui. Peut-être n'a-t-il pas droit à l'erreur, à la souffrance. Comme s'il n'avait aucune raison de se plaindre, d'avoir besoin de l'attention de ses parents.

C'est ainsi que dans une famille où les garçons souffraient d'une maladie héréditaire, la fille était censée compenser tous les déficits et était battue par son père si elle ramenait des mauvais bulletins. Ce n'est qu'à l'âge adulte, alors qu'elle traversait une période difficile au moment de la séparation d'avec son mari qu'elle a pu vivre une relation positive avec son père, et trouver confiance en elle; auparavant, exprimait-elle, elle devait répondre à une image, mais avait le sentiment que ce n'était jamais assez bien... Ce qui l'avait d'ailleurs poussée à reproduire le même type de relation avec son mari de qui elle exigeait toujours plus pour qu'il corresponde à une image idéale.

Comme parent, «on peut se surprendre à utiliser notre enfant handicapé pour critiquer son frère ou sa sœur. Par exemple: tu as bien colorié ce dessin, mais si tu avais fait autant d'effort que ton frère, tu aurais pu faire mieux» (Michalegko). Le frère ou la sœur va vite comprendre que quoi qu'il fasse, toute la vie de la famille tourne autour de l'enfant handicapé. Le plus jeune perd son individualité et devient une prolongation de l'aîné, comme s'il était réduit à la partie normale que les parents auraient voulu qu'autrui enfant handicape. C'est effectivement difficile de traiter chaque enfant comme s'il était « différent mais égal ». Ce phénomène est accru quand il n'y a que deux enfants, comme on le voit déjà dans des fratrices de deux; car, si une qualité attendue n'est pas présente chez l'un,

les parents espèrent la trouver chez l'autre, et, passant leur temps à comparer, pour découvrir des points positifs, ils attisent sans le vouloir la rivalité.

Par ailleurs, « dans la tâche des parents incombe aussi de pouvoir développer chez leur enfant non handicapé, une sensibilité, non seulement vis-à-vis de leur frère ou sœur, mais également vis-à-vis de toute personne handicapée » (*ibidem*). Peut-être le meilleur moyen pour développer cette sensibilité, c'est de respecter, dans la vie quotidienne, l'enfant sain, en évitant de gâter l'enfant handicapé ou de lui accorder un traitement préférentiel. Forcer son enfant à accepter son frère (ou sa sœur) handicapé ne peut que le conduire à plus de sentiments négatifs à son égard; c'est en reconnaissant que les sentiments négatifs peuvent exister comme dans toute fratrie – qu'on a envie de se disputer, de se détester, qu'on n'aime pas être dérangé par son frère ou sa sœur quand on a un ami, etc... – que les parents peuvent rendre cette agressivité supportable pour l'enfant lui-même, et que de son côté, l'enfant réalise que ses parents acceptent sa démarche de différenciation.

Il peut aussi arriver que l'aîné handicapé se déprime quand l'autre progresse, par exemple, quand il a des devoirs. Il peut demander à avoir des travaux à domicile et en recevoir, mais cela n'évite pas la constatation de la différence qui doit être expliquée à la fratrie, fratrie qui a besoin d'être reconnue dans son droit à la réussite, dans ses forces. Cette explication franche permet aussi au handicapé de mieux se connaître avec ses limites et donc avec ses possibilités.

Nous nous souvenons d'une trisomique de 12 ans qui nous expliquait qu'elle pouvait faire des courses seule mais uniquement pour des petits achats car « elle ne connaissait pas l'argent au-delà de 100 FB ».

La pratique avec des adultes montre à quel point certains peuvent hypothéquer leur avenir car ils n'osent dépasser l'aîné handicapé, comme s'ils se trouvaient en faute en réussissant, et dès lors ils se culpabilisaient, se déprimaient. C'est une blessure très profonde dans laquelle on peut retrouver une sorte de fidélité au handicapé, au rang des naissances.

Nous pensons à telle adulte qui a dû faire un court séjour en hôpital psychiatrique, en raison d'une dépression majeure dans laquelle elle ne pouvait s'autoriser à réussir sa vie de couple et de famille, comme si elle était en faute en pensant à elle et à ses investissements personnels, alors que ni elle ni ses parents n'avaient réussi à lever le handicap de son frère; comme si, le seul moyen trouvé pour atténuer la douleur et laisser la place de l'aîné au frère handicapé était de se montrer encore plus handicapé.

Quand le handicapé est un puîné

Les frères et sœurs aînés sont confrontés comme les parents à la découverte du handicap et vivent les mêmes réactions que leurs parents, mais ils sont peut-être mieux armés pour supporter la douleur car contrairement à leurs parents ils peuvent se représenter l'avenir et les questions que cela suscite.

– « Les enfants de 0 à 5 ans prennent le monde comme il est.

- Entre 6 et 12 ans, les choses changent, en ce sens que, ce qui ne correspond pas à un certain modèle pose question; un handicap visible peut alors être ressenti comme quelque chose de honteux.
De plus, si l'enfant perçoit le chagrin de ses parents, il n'osera pas avouer sa honte de peur de les chagriner encore plus.
- Chez les jeunes de 13 à 18 ans, le sentiment de honte peut évoluer en sentiment de culpabilité (car ce n'est pas permis d'avoir honte des siens) mais aussi en provocation. On teste les amis, on juge leurs réactions face au handicapé et s'ils se comportent en personnes générées, ils n'ont plus à revenir dans la famille!» (Kebers).

Nous pensons au troisième d'une fratrie de trois pour lequel un diagnostic de surdité sur rubéole congénitale, était posé à six mois. Après la phase de doute, de confrontation à la réalité, de dépression, les parents discutaient entre eux du problème – ce qui est déjà une bonne façon de ne pas se figer, car c'est bien souvent le non-dit qui plane et mine les relations. Ils ont surpris leur aînée de huit ans à qui ils n'avaient encore rien dit, – mais qui, comme tout enfant qui se respecte, était au courant de tout – en train de faire une série de tests avec son petit frère, lui parlant, doucement, très fort, à proximité, à distance... pour constater que c'était vrai, il n'entendait pas; puis de refaire ses expériences en présence du deuxième enfant.

Si le frère ou la sœur peut ainsi participer au diagnostic, prendre un rôle actif, être informé, il pourra d'autant plus facilement se retrouver dans des échanges avec ses parents et se sentir participer à la vie familiale. Sinon, il peut sentir les tensions sans les comprendre, se retrouver isolé, et de surcroît apprendre par des personnes extérieures et de façon sauvage que le puîné est handicapé, n'osant alors en parler à ses parents.

Néanmoins, il vit en plus de son propre désarroi celui de ses parents qui peuvent alors, n'ont plus la force de faire face, d'être là et de comprendre. Les parents peuvent se rapprocher dans la difficulté, mais souvent, ils se retrouvent seuls, chacun espérant pouvoir être consolé par l'autre qui est évidemment incapable de le faire; chacun va réagir selon son tempérament, ou en opposition à son conjoint: l'un se déprimant, l'autre devant tenir « l'église au milieu du village » selon le belgicisme bien connu et se durcissant, un troisième laissant tout tomber et cherchant à s'aérer à l'extérieur. L'enfant non handicapé perd ses repères habituels et c'est peut-être en étant difficile qu'il tentera de ramener ses parents sur terre. Il peut aussi se mettre à déployer des attentions excessives pour plaire et ne pas se sentir abandonné.

Quelle que soit la manière dont l'enfant extériorise ses sentiments de jalouse à l'égard d'un puîné (handicapé ou non), en étant très agressif ou très gentil, inconsciemment, l'enfant peut avoir des sentiments très négatifs, avoir envie de supprimer le nouveau-venu trop encombrant, de lui jeter des sorts, de le tuer. Comme nous l'avons dit plus haut, à lui d'apprendre à gérer ces sentiments, avec l'aide de

l'entourage. Mais, tant que cela reste sur le plan fantasmatique, et que la réalité est différente, l'enfant sera rassuré par cette dernière. Si cependant, par malheur, il arrivait au puîné un accident, une maladie, un handicap, le plus grand peut imaginer que c'est la force de ses fantasmes – ou éventuellement, une maladresse de sa part – qui a provoqué la maladie et l'enfant s'en culpabilise amèrement, c'est-à-dire qu'il y a collusion entre fantasme et réalité. L'enfant peut alors se renfermer, ne plus savoir gérer son agressivité, se déprimer, se mettre en échec, tant la culpabilité l'envahit. Il sera d'ailleurs réticent à consulter un psy, « qui pourrait lire ses mauvaises pensées... même si les psy's ne sont pas des ouvre-boîtes qui ouvrent le crâne pour voir ce que l'autre a dans la tête » (Tilmans-Meynckens). Et s'il ne peut prendre de recul par rapport à cela, il peut traîner cette culpabilité toute sa vie.

C'est le moment de dire la vérité à l'enfant, de lui expliquer ce que l'on sait sur la maladie, le handicap, afin de lui enlever cette idée d'en être responsable et donc, dans sa tête, coupable. Surtout, évitons de lui donner alors des tâches pour s'occuper du handicapé, de lui demander de faire attention, afin qu'il se sente libéré de ce fardeau.

Tel cet enfant de 6 ans et demi qui posait un gros problème à son institutrice car il n'arrêtait pas de se masturber, et de plus en plus. En discutant avec les parents, nous apprenons que son petit frère a 18 mois de moins, – ce qui souvent est l'intervalle où la rivalité est maximale – et qu'il a eu divers problèmes de santé, dont un au pénis. Deux interventions chirurgicales avaient été nécessaires à ce niveau. Les parents avaient été fort préoccupés par leur second enfant, toute la vie tournait autour de lui, et qui plus est, l'aîné était censé être très gentil avec son petit frère sans quoi, c'était la menace d'exclusion. L'hypothèse fut alors que l'aîné vivait mal cette surimplication parentale autour de son frère malade, et se culpabilisait, comme si lui-même – ou ses fantasmes – avait provoqué la maladie du petit. Par ailleurs, en se masturbant, d'un côté il pouvait vérifier que son pénis était bien là, montrer à tout le monde qu'il fallait également faire attention à ses problèmes de zizi, et par ailleurs, cela pouvait partiellement calmer sa culpabilité puisqu'on le réprimandait à ce propos. L'idée a alors été de clarifier la différence entre son frère et lui, d'expliquer les raisons médicales des problèmes de son frère, de reconnaître ses sentiments négatifs envers lui et de rétablir des relations familiales où les parents et les enfants se retrouvent, en évitant la surimplication parents-enfant malade.

C'est dans le dialogue et le droit que nous reconnaissons aux enfants sains à vivre leur vie qu'ils pourront se sentir libérés, c'est aussi grâce à l'énoncé des limites de l'handicapé qu'ils n'occuperont pas le rôle de surhomme..

Conclusions

« Différent mais égal », chaque enfant est une personnalité unique, un être à part entière, qui peut nous apporter joie et peine, et nous apprendre à savoir ce que nous ressentons, à gérer nos sentiments avant qu'ils ne conduisent à de la

colère destructrice ou à de trop fortes déceptions. Dans une fratrie où un enfant présente un handicap, les frères et sœurs sains peuvent être des moteurs pour « amener de la vie, bousculer les parents, ouvrir les portes, inviter des amis, penser aux vacances, montrer que les parents ne doivent pas trop couver » (Réthoré).

Muriel Meynckens-Fourez
Clos Chapelle-aux-Champs 30
Boîte N° 3049
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

- Ausloos G. (1990): Temps des familles. Temps des thérapeutes, *Thérapie familiale*, Genève, II (1), pp. 15-25.
- Ausloos G. (1990): Individu, Symptôme, Famille. *Thérapie familiale*, Genève, II (3), pp. 273-279.
- Canselier C. (1989): *Cain, Abel et les autres.. ou les relations fraternelles chez l'enfant*. Inédit.
- Caplow (1984): *Deux contre un*, Paris, ESF.
- Corman L. (1970): *Psychopathologie de la rivalité fraternelle*, Bruxelles, Dessart.
- Ferrari P., Crochet A., Bouvet M. (1988): La fratrie de l'enfant handicapé, approche clinique, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36 (1), pp. 19-35.
- Kebers C. (mai 1991): *La voix des parents, frères et sœurs – N° 65 – 13, rue Forestière, 1050 Bruxelles*.
- Lambert J.L. (1978): Introduction à l'ariération mentale, *Psychologie et sciences humaines*, Bruxelles, éditions P. Mardaga.
- Lefebvre J.L. (septembre 1992): Nouvelle réponse aux besoins des personnes handicapées. Les services d'accompagnement. In: *Vie féminine* Bruxelles, Mouvement Chrétien d'Action Culturelle et Sociale, 9, pp. 7-10.
- Mathon J. (1992): *Comment acceptons-nous nos enfants?*, pp. 11-19, Journée de l'ANAHM du 21.3.1992 à Gand.
- Michalekko P.M. (1991): Un frère ou une sœur sans handicap: un défi particulier, traduction de « A Sibling Born Without Disabilities: A special kind of challenge in « Exceptional Parent » Boston-Psy-Ed Corporation, 21 (8), pp. 20-22.
- Réthoré M.O. (1980): Lettre ouverte aux frères et sœurs. Ombres et lumières. *Revue Chrétienne des parents et amis d'enfants handicapés et invalidés* – N° 49 – 11, rue François-Morthon, F-75738 Paris.
- Sacré M. (1987): Le jeu des images dans un système familial avec un enfant handicapé, *Thérapie familiale*, Genève, 7 (2), pp. 185-196.
- Tilmans-Ostyn E., Kinoo P. (1981): Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne, *Thérapie familiale*, Genève, 2 (4), pp. 329-335.
- Tilmans-Ostyn E., Meynckens-Fourez M. (1987, 1988): La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande, *Thérapie familiale*, Genève, 8 (3), pp. 229-246 + erratum paru dans *Thérapie familiale*, Genève, 9 (1), p. 16.
- Toman W. (1987): *Constellations fraternelles et structures familiales*, Paris, ESF.

UNE CONCEPTUALISATION SYSTÉMIQUE DE L'INCESTE

Pamela C. ALEXANDER¹

Résumé: Une conceptualisation systémique de l'inceste – L'inceste père-fille est examiné ici à partir des hypothèses de la théorie générale des systèmes. L'auteur décrit et examine trois caractéristiques des systèmes ouverts – échange d'informations avec l'environnement, négentropie et homéostasie dynamique – dans le cadre du fonctionnement des familles incestueuses. Deux études de cas d'inceste père-fille illustrent la tendance de ces familles à se caractériser par une involution. On examine aussi le rôle de l'environnement dans l'origine et le maintien du symptôme incestueux. Les implications pour le traitement sont présentées dans cette perspective théorique.

Summary: A systemic conceptualization of incest – In this paper, father-daughter incest is examined from the perspective of general systems theory. Three characteristics of an open system – information exchange with the environment, negentropy, and dynamic homeostasis – are described and examined with respect to the functioning of incestuous families. Two case studies of families with father-daughter incest illustrate the tendency of these families to be more characteristic of the «closed» end of the continuum. The role of the environment in the origin and maintenance of the incestuous symptom is also examined. Implications for treatment are presented within the context of this theoretical perspective.

Mots-clés: Système ouvert – Échange d'information – Négentropie – Homéostasie dynamique – Conceptualisation – Traitement.

Key words: Open system – Information exchange – Negentropy – Dynamic homeostasis – Conceptualization – Treatment.

L'apparente universalité de l'inceste dans différentes cultures est à l'origine de nombreuses tentatives pour en saisir l'étiologie, à partir d'approches théoriques différentes. Depuis Freud, l'inceste père-fille a été largement étudié dans l'optique de la description de la personnalité des protagonistes. Les pères ont été décris comme des patriarches, dont l'attriance pour ce rôle découlait de l'incertitude de leur identité masculine (10, 14). Les mères ont été perçues comme des femmes faibles, inefficaces, et souvent incapables, porteuses de sentiments inconscients d'hostilité, de dépendance, et peut-être même d'homosexualité vis-à-vis de leurs filles (8, 10). Enfin les filles ont été décrites comme faisant preuve de pseudomaturité, tantôt cherchant une gratification orale de la part du père – conséquence d'un rejet par la mère – tantôt assumant la responsabilité de la gestion de l'angoisse de séparation ressentie par la famille entière (10, 14).

¹ Psychologue, Département de Psychologie, Université d'Etat de Memphis, Memphis, Tennessee 38152.

Plus récemment l'inceste a été étudié d'un point de vue familial, mettant l'accent sur l'inversion des rôles mère-fille et le manque de frontières générationsnelles (10). Rist (16) a appliqué le modèle de Haley (7), d'un triangle interpersonnel incluant deux générations, dans lequel le personnage non-participant (la mère) est informé de l'inceste mais le dénie ouvertement créant ainsi un «secret» familial. L'utilité d'une formalisation des interactions familiales devient évidente dans les études de cas de traitement d'inceste par la thérapie familiale (6, 11). Cependant, si la perspective familiale s'est focalisée sur les interactions intrafamiliales, on s'est peu intéressé à l'interaction entre le système familial et son environnement (par exemple la communauté sociale). Cette interaction est particulièrement importante, dans le cas de l'inceste, pour deux raisons. Premièrement, l'identification du problème incite presque toujours à la participation de la société sous la forme de la protection de l'enfance et des tribunaux, ainsi que des thérapeutes. Deuxièmement, la nature de la relation entre la famille et l'environnement peut jouer un rôle dans l'apparition et le maintien des comportements initiaux, comme tentera de le montrer l'analyse suivante.

Dans la perspective de la théorie générale des systèmes, la relation entre un système et son environnement est une variable principale dans la classification d'un système comme «ouvert» ou «fermé». Bien que toutes les familles puissent être qualifiées «d'ouvertes», par le fait qu'une interaction minimale avec l'environnement est nécessaire à la survie, on peut néanmoins décrire le fonctionnement familial selon un continuum de l'ouverture vers la fermeture. Il est, à plus d'un titre, pertinent d'étudier ce continuum pour comprendre le fonctionnement des familles incestueuses. Tout d'abord on peut percevoir certains traits du système familial et de son environnement comme des aides au maintien du comportement incestueux. En second lieu, on peut prévoir la nécessité que des changements se produisent à l'intérieur de la famille, aussi bien que dans ses relations à l'environnement, pour que l'inceste ne soit pas plus longtemps compatible avec l'organisation de la famille. Ainsi cet article présente (a) une description des caractéristiques des familles fonctionnant dans la phase d'ouverture de leur continuum; (b) deux études de cas illustrant l'absence relative de ces caractéristiques dans les familles avecinceste; et (c) les implications de cette perspective théorique dans l'intervention auprès de ces familles incestueuses.

Caractéristiques d'un système ouvert

Echange d'information

Comme il a déjà été dit, la première différence entre un système ouvert, et un système fermé ou homéostatique, est que le système ouvert a relativement plus d'échange d'information avec l'environnement. Selon Buckley (4), « cet échange est un facteur essentiel sous-jacent à la viabilité du système, à sa continuité ou sa capacité de reproduction, et à sa capacité de changement ». Le danger pour le système qui s'isole de la diversité environnante, réside dans le fait qu'il sera incapable de produire plus de variété que celle que lui fournit l'environnement. Comme l'ont établi

Pondy et Mitroff (13): « Le système ne pourra plus se nourrir que s'il perdure dans le temps, et finalement sa structure interne se détériorera au bout d'un certain temps si le système ouvert ne pourront être maintenues ». L'environnement joue donc un rôle crucial que le système dans cette interaction. En outre, du fait qu'il n'a pas tous les besoins de diversité pour survivre, il doit chercher de la variété en dehors de ses propres besoins qui l'affecteraient. On est bien loin de l'isolement fonctionnel dont sont les familles avecinceste (10). La constatation que l'inceste est plus prévalent en milieu rural peut être en soi une indication que les familles évitent l'environnement. Bien que ceci n'implique pas que toutes les familles aient un milieu qui empêche les échanges avec l'extérieur, il se peut néanmoins que l'environnement rural soit choisi par les familles pour lesquelles de tels échanges sont inutiles.

Néguentropie

Sans l'apport de la variété extérieure, un système peut se dématérialiser. Sans désorganisé, décliner et mourir. Les expériences de Minuchin (17) nous montrent bien un bon exemple du chaos provoqué, dans les familles, par une absence totale de stimulation externe. La désorganisation entraîne alors un état d'impasse. L'extérieur illustre le concept d'entropie, ou la force mal perçue de la dématérialisation. L'idée d'entropie contraste grandement avec la force d'un continuum, et qu'il existe, dans laquelle on trouve un parcours dans le sens inverse, appartenant à la complexité ou entropie négative (néguentropie) (2). Une société dans une situation relativement fermés et ouverts concerne justement deux aspects de l'entropie de l'extérieur. Les systèmes qui sont sur le versant « fermé » de l'entropie appartiennent à une intrusion de l'environnement par une partie de l'environnement. Ceux qui sont plus ouverts répondent par une élaboration à deux niveaux. Parce qu'elaboration entraîne une différenciation et une spécialisation de l'environnement dans la famille. Ainsi que Minuchin l'a fait remarquer: « Un niveau qui fonctionne efficacement se caractérise par une différenciation de l'interaction entre les rôles (conjugal et parental); entre famille et les autres au niveau d'âge entre les enfants d'âges et de niveaux de maturité distincts; et entre interaction avec les émotions, les forces et les caractéristiques de chaque famille. L'autre structurelle est de la néguentropie.

La différenciation requiert aussi nécessairement une communication d'informations efficacement et résoudre les conflits, dans le but de maintenir l'unité et la coordination entre les différents rôles et individus à l'intérieur d'un système. Cependant, au lieu de montrer une complexité croissante en de l'interaction entre les familles dysfonctionnelles s'engagent dans une communication limitée. Ce qui est également rarement à des décisions, de la résolution, et leur évolution ou leur maintien. Une révision d'études sur l'interaction familiale (18) aérienne à 30 familles et après 10 familles perturbées montrent des schémas de fonctionnement qui évoquent un niveau de flexibilité et de variété dans leurs modes de communication, dans les familles non-dysfonctionnelles. En d'autres termes, en évitant la stérilité, de l'interaction et le changement, la permanence des interactions familiales induit une forme unique « vie de mort psychique » (17, p. 92), c'est-à-dire de l'ensemble

Plus récemment l'inceste a été étudié d'un point de vue familial, mettant l'accent sur l'inversion des rôles mère-fille et le manque de frontières générationsnelles (10). Rist (16) a appliqué le modèle de Haley (7), d'un triangle interpersonnel incluant deux générations, dans lequel le personnage non-participant (la mère) est informé de l'inceste mais le dénie ouvertement créant ainsi un «secret» familial. L'utilité d'une formalisation des interactions familiales devient évidente dans les études de cas de traitement d'inceste par la thérapie familiale (6, 11). Cependant, si la perspective familiale s'est focalisée sur les interactions intrafamiliales, on s'est peu intéressé à l'interaction entre le système familial et son environnement (par exemple la communauté sociale). Cette interaction est particulièrement importante, dans le cas de l'inceste, pour deux raisons. Premièrement, l'identification du problème incite presque toujours à la participation de la société sous la forme de la protection de l'enfance et des tribunaux, 'ainsi que des thérapeutes. Deuxièmement, la nature de la relation entre la famille et l'environnement peut jouer un rôle dans l'apparition et le maintien des comportements initiaux, comme le montre l'analyse suivante.

Dans la perspective de la théorie générale des systèmes, la relation entre un système et son environnement est une variable principale dans la classification d'un système comme «ouvert» ou «fermé». Bien que toutes les familles puissent être qualifiées «d'ouvertes», par le fait qu'une interaction minimale avec l'environnement est nécessaire à la survie, on peut néanmoins décrire le fonctionnement familial selon un continuum de l'ouverture vers la fermeture. Il est, à plus d'un titre, pertinent d'étudier ce continuum pour comprendre le fonctionnement des familles incestueuses. Tout d'abord on peut percevoir certains traits du système familial et de son environnement comme des aides au maintien du comportement incestueux. En second lieu, on peut prévoir la nécessité que des changements se produisent à l'intérieur de la famille, aussi bien que dans ses relations à l'environnement, pour que l'inceste ne soit pas plus longtemps compatible avec l'organisation de la famille. Ainsi cet article présente (a) une description des caractéristiques des familles fonctionnant dans la phase d'ouverture de leur continuum; (b) deux études de cas illustrant l'absence relative de ces caractéristiques dans les familles avecinceste; et (c) les implications de cette perspective théorique dans l'intervention auprès de ces familles incestueuses.

Caractéristiques d'un système ouvert

Echange d'information

Comme il a déjà été dit, la première différence entre un système ouvert, et un système fermé ou homéostatique, est que le système ouvert a relativement plus d'échange d'information avec l'environnement. Selon Buckley (4), «cet échange est un facteur essentiel sous-jacent à la viabilité du système, à sa continuité ou sa capacité de reproduction, et à sa capacité de changement». Le danger pour le système qui s'isole de la diversité environnante, réside dans le fait qu'il sera incapable de produire plus de variété que celle que lui fournit l'environnement. Comme l'ont établi

Pondy et Mitroff (13): «Le système ne pourra plus se nourrir que d'un brouet clair et fade, et finalement sa structure interne se détériorera au point que les propriétés du système ouvert ne pourront être maintenues». L'environnement devient alors aussi crucial que le système dans cette interaction. En outre, du fait qu'un système ouvert a besoin de diversité pour survivre, il doit chercher de la variété ou des milieux différents qui l'affecteraient. On est bien loin de l'isolement fréquemment noté dans les familles avec inceste (10). La constatation que l'inceste est plus fréquent en milieu rural peut être en soi une indication que les familles évitent l'intrusion de l'environnement. Bien que ceci n'implique pas que toutes les familles vivant en milieu rural évitent les échanges avec l'extérieur, il se peut néanmoins que l'établissement en zone rurale soit choisi par les familles pour lesquelles de tels échanges sont menaçants.

Néguentropie

Sans l'apport de la variété extérieure, un système pourra éventuellement être désorganisé, décliner et mourir. Les expériences de déprivation sensorielle fournissent un bon exemple du chaos provoqué, dans les pensées et les perceptions, par un défaut de stimulation externe. La désorganisation résultant d'une absence d'apport extérieur illustre le concept d'entropie, ou le second principe de la thermodynamique. L'idée d'entropie contraste grandement avec la loi de l'évolution en biologie, dans laquelle on trouve un parcours dans le sens d'un accroissement de la complexité ou entropie négative (néguentropie, 2). Une autre différence entre systèmes relativement fermés et ouverts concerne justement leur réponse à un apport de l'extérieur. Les systèmes qui sont sur le versant «fermé» de leur continuum répondent à une intrusion de l'environnement par une perte d'organisation, alors que ceux qui sont plus ouverts répondent par une élaboration structurelle (4). Cette élaboration entraîne une différenciation et une spécialisation des fonctions et des rôles dans la famille. Ainsi que Minuchin l'a fait ressortir, une famille qui fonctionne efficacement se caractérise par une différenciation intergénérationnelle; entre les rôles (conjugal et parental); entre famille nucléaire et famille d'origine; entre les enfants d'âges et de niveaux de maturité différents; et entre individus avec les émotions, les forces et les caractéristiques de chacun. Cette différenciation structurelle est de la néguentropie.

La différenciation requiert aussi nécessairement des compétences pour communiquer efficacement et résoudre les conflits, dans le but d'assurer l'intégration et la coordination entre les différents rôles et individus à l'intérieur du système. Cependant, au lieu de montrer une complexité croissante et de la néguentropie, les familles dysfonctionnelles s'engagent dans une communication qui dissipe l'énergie et aboutit rarement à des décisions, de la résolution, et une organisation croissante. Une recension d'études sur l'interaction familiale (18) arrive à la conclusion que les familles perturbées montrent des schémas de fonctionnement plus rigides, et moins de flexibilité et de variété dans leurs modes de communication, que les familles non-dysfonctionnelles. En d'autres termes, en évitant la croissance, la différenciation et le changement, la permanence des interactions familiales suggère presque une «vie de mort psychique» (17, p. 92), c'est-à-dire de l'entropie.

La famille incestueuse n'est pas du tout le seul type d'unité familiale dysfonctionnelle à être relativement déficiente dans ces trois domaines. Cependant, on pense qu'on peut en apprendre plus sur l'occurrence de l'inceste si on le considère dans le contexte d'un système relativement clos. L'inceste ne peut être considéré comme une fin en soi, mais simplement comme un comportement symptomatique d'une famille isolée de son environnement; c'est-à-dire un évitement de la différenciation des rôles, des fonctions, et des individus; et c'est utiliser le comportement incestueux comme une façon de plus d'éviter la croissance et le changement classique chez les adolescents qui recherchent des contacts avec l'extérieur et par suite leur départ de la maison. Les études de cas qui vont suivre, de familles référencées pourinceste père-fille, suggèrent que l'inceste coexiste avec beaucoup d'autres comportements indiquant l'isolement, l'entropie, et trop d'homéostasie.

Bien que l'homéostasie soit ordinairement considérée comme une caractéristique de tous les systèmes familiaux, Dell (5) soutient que ce terme est fréquemment mal employé dans le sens d'une causalité circulaire de fait, plutôt que pour décrire simplement les interconnexions ou l'harmonisation entre différentes composantes du système. Si on l'emploie dans son sens le plus large, on peut voir que souvent les familles dysfonctionnelles font preuve de trop d'interconnexions, d'enchevêtrement ou d'homéostasie (9, 17). Speer (18) va même jusqu'à dire que le maintien de cette homéostasie, ou de la capacité à créer des interconnexions peut être central dans les problèmes des familles dysfonctionnelles.

Dans sa description d'une machine cybernétique élémentaire nommée « l'homéostat », Ashby (1) illustre la faiblesse inhérente à un système dont tous les éléments sont totalement interdépendants. Bien que l'homéostat puisse réagir non seulement à de faibles changements à l'intérieur du système mais aussi à des changements plus importants dans l'environnement, la sensibilité et la résonance du système demandent énormément de temps pour que l'équilibre soit rétabli dans toutes ses parties. Ashby en conclut que le système ne peut parvenir à un fonctionnement efficace que lorsqu'il existe une indépendance partielle ou occasionnelle de ses différentes parties et lorsque la communication entre ces différentes parties ou sous-systèmes, est occasionnellement restreinte pour tenir compte de cette indépendance. Outre les avantages de spécialisation des fonctions et des rôles, la différenciation dans la famille pourrait donc paraître contrebalancer les effets d'une homéostasie excessive.

A l'opposé de l'homéostasie d'un système relativement clos, Buckley (4) décrit les systèmes ouverts comme caractérisés à la fois par la morphostasie (tendance à la permanence de la forme d'un système) et la morphogénèse (tendance à l'évolution et au changement de la structure d'un système). Le concept de morphogénèse est congruent avec celui de néguentropie. Il suggère aussi qu'un système, pour répondre efficacement à un environnement en mouvement permanent ainsi qu'à diverses attitudes et rôles à l'intérieur de lui-même, doit rester ouvert aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, et doit être capable d'amplifier ou de contrebalancer les changements, tant du dedans que du dehors. Cette capacité à survivre à de grands changements, soit de l'environnement soit des composantes individuelles du système, en changeant la structure du système lui-même, est ce qu'Ashby dit exister dans le système « ultrastable » (1). Dans une ligne similaire, Brodley (3) parle de l'importance, pour les parents, d'apprendre à leurs enfants à acquérir des compétences pour répondre à des changements majeurs de l'environnement que les parents n'ont pas les moyens de prévoir. A l'inverse, une famille qui disposerait de moins de ces capacités morphogéniques serait incapable de répondre à un changement inattendu, et aurait donc une capacité limitée d'évolution.

En résumé, trois caractéristiques diffèrent le système théoriquement ouvert du système théoriquement fermé:

- l'échange d'information avec l'environnement;
- la néguentropie;
- l'homéostasie dynamique.

Etudes de cas

Cas N° 1

La famille de J.M. a été référencée deux fois par les tribunaux pour une thérapie, à la suite d'allégations, en deux occasions différentes, faites par la fille de 16 ans, Linda, disant que son père avait sexuellement abusé d'elle. Simultanément T.M., frère de J.M., avait également été accusé par ses quatre filles (23, 18, 17 et 15 ans) d'avoir des relations sexuelles avec elles, depuis que chacune était arrivée à la puberté. Une histoire de la famille d'origine de J.M. et T.M. (obtenue des parents, de leur sœur aînée et des autorités locales) fournit de l'information sur la structure de cette famille. La famille M. comptait 18 enfants, dont la plupart étaient encore établis dans les deux départements proches. Ils étaient perçus par l'environnement, et se percevaient eux-mêmes comme un clan. Il n'y avait aucune preuve d'inceste dans la famille d'origine, mais il apparaît que ce qui avait été socialement intégré par J.M et T.M. n'était pas le comportement incestueux père-fille, mais la structure familiale qui lui correspond.

L'impression principale donnée par la famille, établie à partir de toutes les sources, était celle d'un total isolement. Outre son existence rurale, la famille M. d'origine avait peu de contact avec ses voisins; de plus, il était explicitement interdit aux membres de la famille d'avoir des amis. Cet isolement se poursuivit et se renforça dans les ménages de J.M. et T.M. par des conflits constants et des tracasseries entre eux et les autorités locales (tribunaux, aide sociale, écoles, aide juridique). Ces relations antagonistes amenaient les autorités locales à baisser les bras, dans un souci d'éviter davantage de tracasseries et de conflits apparemment insolubles. Par exemple, lorsque Linda (16 ans), et sa cousine de 15 ans, dénièrent leur première allégation d'inceste, elles furent assez vite, et prématurément, radiées des dossiers de l'aide sociale. En outre, plusieurs échanges de coups de feu entre membres de la famille élargie ne furent jamais étudiés par la police, même lorsque ces faits étaient connus de tout le monde. En d'autres termes, par son comportement, l'ensemble de la famille M. réussissait à se tenir à l'écart des échanges avec l'environnement, même dans des situations qui auraient normalement suscité une

intervention. Cet ostracisme de la communauté s'étendait aussi aux individus de la famille. Linda et sa cousine de 17 ans notaient toutes deux que beaucoup les évitaient à l'école, à cause de la réputation familiale. Etant donné ce refus délibéré d'échange avec les étrangers à la famille, les membres de celle-ci n'avaient pratiquement d'autre alternative que de compter les uns sur les autres pour se stimuler et s'aider. Ils avaient créé une situation dans laquelle ils n'avaient personne, à l'extérieur, vers qui se tourner en cas de crise à l'intérieur, ou simplement comme aide à une prise d'indépendance normale. Le manque d'échange d'information avec l'extérieur était manifeste.

L'entropie d'un système relativement clos peut se manifester par le chaos et les conflits non résolus qui résultent d'un manque d'organisation; par un manque de différenciation à l'intérieur de la famille, et par le manque d'échange d'une information interne effective. On observe toutes ces caractéristiques dans la famille M. En dépit de la cohésion de la famille élargie, les interactions étaient marquées par le conflit. Les désaccords se réglaient fréquemment par des menaces de coups de feu, (même si les choses en arrivaient rarement là) et les foyers de J.M., T.M., et de leurs parents étaient marqués par d'incessants conflits conjugaux. Malgré les menaces habituelles de séparation ou de divorce, ils n'envisageaient pas sérieusement de se quitter ainsi, en partie parce que la famille avait éliminé la possibilité même temporaire, de faire appel à des tiers.

Peut-être parce que les membres de la famille ne parvenaient pas à résoudre les conflits ou à prendre des décisions, le manque de différenciation était-il une tentative de minimiser le besoin d'intégration et de coordination. Il apparaît comme une caractéristique de beaucoup de familles où se produit un inceste, que les filles ont plus d'autorité que leur mère dans le ménage. Parmi les enfants, l'âge n'est pas un paramètre déterminant de l'autorité ou de la responsabilité. Cette carence de différenciation s'étend également à un défaut d'intimité dans ces familles. Par exemple, depuis qu'il était interdit à la sœur aînée de J.M. de sortir comme une adolescente, elle et son copain ne se voyaient que chez elle, en présence de toute sa famille; il fut ainsi peu à peu incorporé à la famille, évitant à la fille d'avoir à quitter sa famille. De même il n'y avait que peu de respect de l'espace individuel, comme on a pu l'observer par tout le tripotage et le pelotage entre Linda et son frère plus âgé au cours de la thérapie. Ainsi, tant émotionnellement que physiquement, le manque de différenciation intrafamiliale était une preuve de l'entropie du système.

Enfin, on peut détecter l'entropie dans la carence d'échange interne d'information. Malgré un extrême enchevêtrement, les membres de la famille semblent connaître peu de chose les uns sur les autres. Par exemple, les grands-parents (qui ne sont ni séniors ni mentalement retardés), après une grande discussion, ne peuvent se rappeler les noms que de 16 de leurs 18 enfants! En outre, quoique mariés depuis 51 ans, Mme M. était convaincue que son mari était issu d'une famille de quatre enfants (neuf, en réalité). Il apparaît qu'il n'y avait pas assez de séparation entre les sous-systèmes pour que les individus soient capables de se voir et de se connaître les uns les autres. Compte tenu de cette répugnance pour la complexité intrafamiliale, il n'est pas étonnant qu'ils n'aient jamais appris les moyens efficaces de traiter avec un environnement compliqué et divers.

Pour terminer il faut noter l'accent mis par la famille M. sur l'homéostasie. Comme il a été dit plus haut, l'idée que les adolescents allaient grandir, se faire des amis hors de la maison, et éventuellement partirraient pour se marier, semblait une réelle menace pour la famille. De plus, la famille donnait peu de signes de la morphogénèse requise pour conserver le système «ultrashable». Pour les familles de J.M. et T.M., le retrait de leurs filles par les tribunaux fut manifestement une impulsion majeure dans le changement de la structure familiale. Cependant, les deux familles perçurent ce changement comme si menaçant ou tellement impossible, qu'elles crurent préférable d'éliminer ces filles, considérées comme des parties du système, plutôt que d'essayer de négocier les problèmes résultant de la révélation de l'inceste. Les filles, de leur côté, corroborraient les besoins de leurs familles en exhibant des comportements perturbateurs qui réfrénaient la propension du tribunal à permettre assez de contact avec la famille pour, éventuellement, résoudre les problèmes. A l'image du renard dévorant sa patte prise au piège, chacune des familles réagissait comme si elle ne pouvait maintenir l'intégrité familiale qu'en coupant et en sacrifiant la part d'elle-même qui avait permis l'intrusion de l'environnement. Ainsi à trois niveaux importants – leur évitement du contact avec l'extérieur, leur structure désorganisée, leur défaut de différenciation interne, et leur insistance sur l'homéostasie – on peut décrire la famille M. comme un système relativement clos. Aussi bien l'inceste peut-il être vu comme résultant, au moins partiellement, d'un manque de contact avec l'extérieur, comme congruent avec un défaut de différenciation intergénérationnelle, et comme une tentative pour décourager l'envie des adolescents de quitter la maison.

Cas N° 2

R.T. était un homme blanc de 49 ans, référé à la suite d'allégations de sa fille de 16 ans, Karen, pour des attouchements sexuels. Selon Karen et ses deux jeunes sœurs (Mary 15 ans, et Diane 9 ans), également placées en famille d'accueil par les services de l'aide sociale, leur père avait eu pendant 9 ans une relation ininterrompue avec leur sœur aînée de 19 ans. Cette relation dura jusqu'à ce que la sœur aille travailler avec sa mère en usine, dans l'équipe de nuit. C'est alors que R.T. s'approcha de Karen. Par bien des points la famille de R.T. ressemblait à celle de J.M. que nous venons de décrire. D'abord le frère de R.T. était également accusé d'avoir abusé de sa fille adolescente. Ensuite la famille de R.T. avait toujours été quelque peu isolée de son milieu environnant, et avait protégé cet isolement par des relations antagonistes et négatives avec le voisinage, l'école et les autorités locales. De plus la recherche du changement, c'est-à-dire la croissance et la prise d'indépendance des aînés, menaçait la famille (par exemple le fils aîné, âgé de 23 ans, avait été encouragé à rester à la maison avec sa femme après leur mariage).

Cependant, l'aspect de la structure familiale qui illustrait le plus dramatiquement la nature relativement close du système était le manque d'organisation et de différenciation interne. Il y avait d'abord l'inversion classique des rôles entre la mère et ses enfants; Mme R.T. était extrêmement passive, et n'avait que peu d'autorité à la maison. Ce n'est pas une surprise, car elle avait épousé à 13 ans un mari qui en avait 25,

Selon leurs dires à tous deux, elle n'avait jamais quitté la place de « un des enfants ». En second lieu, aucune distanciation ne permettait de respecter les pensées et les sentiments de chacun dans la famille. Par exemple lorsqu'une question était posée, Mary se tournait vers sa sœur Karen pour qu'elle réponde à sa place.

Ce n'est qu'après une remarque de sa sœur disant qu'elle ferait une bonne infirmière, que Mary avait exprimé le souhait d'aller à l'école d'infirmières. De plus, la mère d'accueil des filles nota que lorsque Karen demandait la permission de sortir pour aller à un rendez-vous, elle avait l'air de demander également à ses parents d'accueillir de décider pour elle si elle avait réellement envie d'y aller. Il était clair que les adolescentes semblaient incapables de prendre seules des décisions, et donc incapables d'engager le processus d'émancipation propre à leur niveau de développement. En troisième lieu, à un niveau encore plus concret, il n'existant aucune notion de propriété individuelle à l'intérieur de la famille. (Quoique la famille ait été classée au bas de l'échelle socio-économique moyenne, elle était nettement au-dessus du seuil de pauvreté.) Toute la famille utilisait la même brosse à dents. Les trois adolescentes se partageaient le même soutien-gorge à tour de rôle. Les quatre filles partageaient deux lits jumeaux. Non seulement Karen et Mary partageaient elles tous leurs vêtements, mais elles ne semblaient même pas avoir la notion de propriété séparée. Par exemple lorsque les parents d'accueil offraient à chacune une robe pour Noël, elles parlaient de ces cadeaux d'une manière collective: « nos robes ». Compte tenu du fait que cet enchevêtrement s'étendait à des aspects aussi divers de la vie des membres de la famille, il n'est pas surprenant qu'il ait également touché le comportement sexuel entre le père et ses filles. Pour lui, elles étaient sur le même plan que sa femme, et pour leur part elles n'avaient que peu d'éléments pour comprendre l'importance de la séparation aussi bien que de la connexion à l'intérieur de la famille.

Conséquences pour le traitement

Cet article montre que le traitement des familles où il y a eu uninceste père-fille peut être optimisé, si l'on est attentif à ces caractéristiques du système familial qui vont de pair avec le symptôme lui-même de l'inceste. On ne prétend pas que l'inceste soit l'unique symptôme des structures familiales indifférenciées, enchevêtrées, et relativement closes; mais le thérapeute doit s'attendre à le rencontrer dans un tel contexte. Un traitement qui s'appuie sur le système et son environnement pourrait peut-être supprimer la nécessité de ce symptôme particulier tout en maintenant l'organisation familiale. De plus, une telle orientation peut aider à atténuer certaines indignations vertueuses qui vont fréquemment de pair avec l'inceste, et qui n'ont d'autre résultat que d'éloigner encore plus la famille des ressources de son environnement.

Encourager l'interaction avec l'environnement

Comme nous l'avons montré, le degré de participation de la famille à son environnement est la première donnée qui varie en fonction du degré d'ouverture du vis-à-vis d'une telle famille. La famille n'est probablement pas seule à se sentir

système familial. Comme le note Ashby, l'organisme et son environnement peuvent être perçus comme une entité (1). Cette idée a deux implications. Premièrement elle suggère qu'un système familial qui ne change pas facilement convient trop bien à son environnement. De plus, si la constitution de l'inceste, ou de tout autre comportement familial dysfonctionnel semble correspondre aux demandes de l'environnement, quelle est la responsabilité de ce dernier? Jusqu'à quel point, par exemple, l'environnement ne se contente-t-il pas de condamner le comportement, plutôt que de trouver des manières moins menaçantes d'entrer dans le système pour y produire des changements?

La seconde implication d'une focalisation sur l'interface avec l'environnement est qu'une famille qui montre un comportement dysfonctionnel doit avoir été quelque peu mise à l'écart de son milieu pour que ce comportement apparaisse. Il est impossible pour un système, de montrer la différenciation et la complexité de structure nécessaires à un fonctionnement efficace, sans l'apport de la diversité du milieu environnant. C'est pourquoi Pondy et Miroff (13) suggèrent la possibilité de submerger de diversité un système fermé, dans le but d'obtenir une réponse plus complexe avant que le système ait une occasion de s'armer contre cette diversité. Ce n'est qu'en prenant contact avec le système en de multiples occasions, et à travers divers représentants du milieu environnant, qu'on pourra lui apporter suffisamment pour obtenir un changement structurel interne.

Ceci est congruent avec l'idée d'augmenter et d'utiliser la crise familiale pour provoquer un changement maximum. Reiss (15) note que pendant une crise familiale, il y a bouleversement des règles implicites et de l'organisation familiale, et le système devient plus perméable aux apports. Par le terme « apports » il entend non seulement les contributions de certains membres de la famille qui n'avaient pas auparavant joué un rôle significatif dans le fonctionnement familial. La crise elle-même peut donc servir à ouvrir le système, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur. De plus, selon Reiss, les moyens que la famille utilise pour résoudre la crise (torse qu'elle y parvient) deviennent la nouvelle base, ou le principe organisateur de la famille. Un agent de changement devrait donc théoriquement pouvoir utiliser la crise pour créer un précédent à une plus large interaction avec l'environnement.

Mais la difficulté de ce principe réside dans sa mise en œuvre. Malheureusement à l'heure actuelle, quand une famille incestueuse a affaire avec les représentants de la communauté, au cours d'une crise, on voit que souvent les différentes parties (tribunaux, aide sociale, thérapeutes) ont des projets si divers que soit ils ne se concernnent pas sur la famille, soit ils s'en tiennent à une position de menace pour la famille. L'idéal serait que le thérapeute puisse orchestrer cette augmentation d'échange entre la famille et son environnement. Dans cette perspective, une thérapie intensive brève aurait plus d'effets qu'une longue thérapie hebdomadaire. Des séances de thérapie à domicile pourraient aider à manifester physiquement l'entrée du dehors dans le système familial. Le thérapeute devrait encourager et organiser des rencontres entre les parents et le personnel des écoles, dans le but d'augmenter l'implication parentale en milieu scolaire. Il est également important que le thérapeute tente d'apaiser les craintes et les méfiances des agents sociaux vis-à-vis d'une telle famille. La famille n'est probablement pas seule à se sentir

menacée par le contact. Enfin, la participation des sous-systèmes familiaux à des groupes (groupes de couples ou autres, appropriés aux divers âges des enfants) peut contribuer à les exposer, de manière aidante, à la diversité des autres familles. En résumé, une importante stratégie de changement inclut l'utilisation de la crise elle-même (presque toujours présente lors du dévoilement de l'inceste) pour augmenter l'échange d'information avec l'environnement.

Acroître l'entropie négative

Comme on l'a dit précédemment, un système relativement clos réagit à une intrusion du milieu environnant par une perte d'organisation, plutôt qu'en élaborant des rôles et une structure. Il est donc essentiel pour le thérapeute d'encourager la différenciation et la spécialisation des rôles pendant qu'il négocie la crise. L'exemple suivant illustre cette idée. C.L., 12 ans, fut hospitalisé en service psychiatrique pour adolescents pour tentative de suicide, fugues, et passages à l'acte. Durant son séjour à l'hôpital, elle révéla que son père, avait pratiqué sur elle des attouchements sexuels depuis qu'elle avait 6 ans, et qu'elle avait avec lui une relation sexuelle depuis l'âge de 10 ans. C.L. vivait avec son père, ses trois frères aînés, et sa grand-mère maternelle, depuis le divorce de ses parents quand elle avait 5 ans. Un point important dans le travail avec cette famille, fut d'augmenter la différenciation des rôles. Par exemple, le thérapeute persuada le père d'interdire à la fille de s'adresser à lui par son prénom. Il travailla avec le père seul au sujet de ses inquiétudes avouées concernant le fait d'avoir des relations avec des femmes. Il parla également à la grand-mère seule, au sujet de l'éducation sexuelle de la fille, et de la nécessité de lui montrer un modèle de son rôle féminin. Enfin il rencontra ensemble le père et la grand-mère comme étant les deux figures principales d'autorité au foyer, pour faciliter un accord entre eux au sujet des règles et des choix de discipline pour chacun des enfants à la maison. Chaque interaction avec la famille eut pour but de faire ressortir le caractère unique du rôle de chacun. L'implémentation des sous-systèmes dans des groupes spécialisés, tels que groupes d'éducation parentale, permit aussi d'augmenter la différence entre les rôles au sein de la famille.

Un autre trait essentiel de la néguentropie est l'utilisation de compétences efficaces dans la résolution des conflits, tenant compte des interactions adéquates entre les diverses parties du système. Cependant, jusqu'à ce que chacun commence à formuler une meilleure définition de soi-même, et une plus grande appréciation des différences de rôle, il faut centrer le processus de résolution de conflits sur les membres d'un sous-système donné, plutôt qu'entre les sous-systèmes. Le but de cette stratégie est alors de mettre en lumière et de construire des différences et des fonctions spécialisées à l'intérieur de la famille.

Promouvoir une homéostasie plus dynamique

L'inceste avéré n'est qu'un exemple de l'enchevêtrement qui caractérise ces familles. Parce que cette interconnexion est si subtilement agencée, tout changement menace de la rompre et de détruire totalement l'apparente unité familiale.

Pour qu'un changement normal et sain soit possible, il est important que le thérapeute limite et atténue le degré d'interaction à l'intérieur du système. Par exemple, il vaudrait mieux, au moins au début, travailler davantage avec les divers sous-systèmes qu'avec l'ensemble de la famille. Comme nous l'avons dit précédemment, il semble prioritaire d'établir la communication et la résolution de conflits à l'intérieur de chacun des sous-systèmes, plutôt qu'entre eux. L'importance de l'intimité individuelle s'en trouverait, en outre, confirmée. Chacun dans la famille serait encouragé à établir des droits exclusifs sur certaines possessions personnelles. On peut symboliser les territoires, au cours des rencontres avec la famille, en assignant très simplement tel siège à telle personne, ou en mettant en évidence le statut de chacun. En résumé, c'est en diminuant son besoin perceptible d'une unicité intrasystémique, que la famille parviendra à négocier plus efficacement le changement, qu'il vienne de l'intérieur ou de l'extérieur.

Conclusion

Cet article modifie le regard porté sur l'inceste en tant que phénomène particulier et le présente plutôt comme allant de pair avec l'organisation d'une structure familiale relativement fermée. Puisque la famille incestueuse peut se caractériser par un échange décroissant avec l'environnement, par l'élaboration minimale des fonctions et des rôles, et par un intérêt marqué pour l'homéostasie au détriment de la morphogénèse, une stratégie de changement efficace se doit de se confronter à la structure familiale sous-jacente, dans le but de supprimer le besoin du symptôme d'inceste.

*Family Process, vol. 24, 79-88, mars 1983
Translated and published by permission of Family Process, Inc.*

Traduction:
C. Heim, psychologue
M. Silvestre, psychologue
S.T.O.P.S. 1994
Esplanade du Pharo
F-13007 Marseille

BIBLIOGRAPHIE

1. Ashby W.R. (1960): *Design for a Brain*, 2d ed., New York, Wiley.
2. Bertalanffy L. von. (1975): General System Theory, In: B.D. Ruben and J.Y. Kim (eds.), *General System and Human Communication*, Rochelle Park, N.J., Hayden.
3. Brodsky W.M. (1967): A Cybernetic Approach to Family Therapy, In: G.H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy (eds.), *Family Therapy and Disturbed Families*, Palo Alto, Science and Behavior Books.
4. Buckley W. (1967): *Sociology and Modern Systems Theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
5. Dell P.F. (1982): Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence, *Fam. Proc.*, 21, pp. 21-41.

6. Eist H.I., Mandel A.U. (1968): Family Treatment of Ongoing Incest. *Behav. Fam. Proc.*, pp. 216-232.
7. Haley J. (1967): Toward a Theory of Pathological Systems. In: G. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy (eds.), *op. cit.*
8. Herman J., Hirschman L. (1981): Families at Risk for Father-Daughter Incest. *Am. J. Psychiat.*, 138, pp. 967-970.
9. Hoffman L. (1975): 'Enmeshment' and the Too Richly Cross-Joined System. *Fam. Proc.*, 14, pp. 457-468.
10. Lustig L., Dresser J.W., Spellman S.W., Murray T.B. (1966): Incest: A Family Group Survival Pattern. *Arch. Gen. Psychiat.*, 14, pp. 31-40.
11. Machotka J., Pittman F.S., III, Flomenhaft K. (1967): Incest as a Family Affair. *Fam. Proc.*, 6, pp. 98-116.
12. Minuchin S. (1974): *Families and Family Therapy*, Cambridge, Harvard University Press.
13. Pondy L.R., Mitroff I.I. (1979): Beyond Open System Models of Organisation, *Res. Org. Behav.*, 1, pp. 3-39.
14. Raphling D.L., Carpenter B.L., Davis A. (1967): Incest: A Genealogical Study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 16, pp. 505-511.
15. Reiss D. (1981): *The Family's Construction of Reality*, Cambridge, Harvard University Press, 1981.
16. Rist K. (1979): Incest: Theoretical and Clinical Views. *Am. J. Orthopsychiat.*, 49, pp. 680-691.
17. Soone J.C. (1967): Entropy and Family Therapy: Speculations on Psychic Energy, Thermodynamics, and Family Intersyntic Communication, In: G.H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy (eds.), *op. cit.*
18. Speer D.C. (1970): Family Systems: Morphostasis and Morphogenesis, or « Is Homeostasis Enough? », *Fam. Proc.*, 9, pp. 259-278.

E. TILMANS-OSTYN¹

Résumé: *L'anorexie à travers les âges et les générations: approche familiale.* – L'auteur nous présente différentes situations d'anorexie à travers les âges, de l'enfance à l'âge adulte. Dans les familles où un problème se pose, le rapport à la nourriture est constamment utilisé comme métaphore d'autres processus psychiques et interrelationnels. L'auteur nous montre comment questionner, mobiliser et « contenir » ces familles en travaillant sur les différences et les similitudes.

Summary: *Anorexia at different ages and through generations: a family approach.* – The author presents different situations of anorexia at different ages. The problem with eating is seen as a metaphor of other psychic and interrelational processes. The author shows how to question, mobilize and « hold » this families by working with differences and similarities.

Mots-clés: Anorexia – Questionnement – Information.

Key words: Anorexia – Questioning – Information.

Comme thérapeute familiale et formatrice en approche systémique, je ne me suis jamais restreinte à une pathologie spécifique. Je ne me considère donc pas comme spécialiste de l'anorexie. De plus, mise à part la description d'un comportement, l'anorexie cache pour moi différentes sortes de structure de personnalité. Elles sont inscrites dans la logique du fonctionnement familial et je considère l'anorexie comme la pointe d'un iceberg dont toute la base reste cachée à première vue. Travaillant en ambulatoire dans un centre de guidance, département enfants, et en consultation privée, toutes sortes de demandes nous sont adressées. En équipe, il nous semble essentiel de commencer par questionner les facettes normales et évolutives du comportement-problème. Nous n'acceptons donc pas d'emblée l'étiquetage de pathologie et nous essayons de dédramatiser. Ceci s'applique efficacement face à un début d'anorexie mentale.

Voici quelques exemples de questions utilisées lors du premier entretien:

¹ Edith Tilmans-Ostyn: psychologue, psychothérapeute, responsable de la formation à la thérapie familiale et à l'intervention thérapeutique systémique en fonction du mandat. U.C.L., Centre de Guidance, Département pour Enfants et leur famille, Clos Chapelle-aux-Champs 30, Boîte 3049, B-1200 Bruxelles.

- Quelles sont les autres formes de refus, de révoltes, que votre enfant peut utiliser, à part le refus de nourriture ?
- Dans quel autre domaine est-ce que votre enfant peut s'attribuer l'initiative face à l'attente des autres ?
- Comment est-ce que les conflits se gèrent en général dans la famille, comme à propos de limites corporelles et de tendresse ?
- Quelles sont les solutions déjà essayées, dès la prime enfance, quand les enfants refusaient de la nourriture, ou faisaient « non » ? Est-ce que cela pouvait escalader jusqu'à ce que soit la mère, soit l'enfant, se sente rejeté comme « mauvais » ? Qui aidait à la restauration du lien ?
- Quel est le « prix » à payer en venant consulter les psychothérapeutes ?

Le questionnement de *l'enjeu d'une démarche de demande d'aide* dans le domaine psychothérapeutique peut parfois ouvrir vers des facettes nodales du problème, surtout si le questionnement se fait de façon circulaire, en questionnant toujours sur les différences. Dans la quête d'information sur les différences, le particulièr se détache plus clairement (Tilmans-Ostyn, 1987).

Pour rendre plus concrète la façon de questionner sur les différences et l'enjeu d'une consultation dans le domaine psycho-social, prenons l'exemple d'une situation d'anorexie chez le jeune enfant :

Une maman vient me consulter, envoyée par son pédiatre pour sa fille Anne qui a un an et demi. Anne refuse toute nourriture, seul le biberon est accepté. Elle dort aussi très mal. Quand je questionne la mère sur la façon dont son mari et ses proches pourraient réagir s'ils apprenaient que le pédiatre me les a envoyées, la mère répond que sa mère apprécierait cela beaucoup. En approfondissant, j'apprends qu'elle-même a aussi été anorexique quand elle avait deux ans et que ceci a duré quatre ans. La grand-mère n'a pas consulté, à l'époque. Alors pourquoi la consultation psychothérapeutique est-elle considérée comme une bonne chose maintenant et pas dans le passé ? Qu'est-ce qu'il y a de différent ? (Cecchin - 1982).

« Ma mère et mon mari me trouvent beaucoup trop anxieuse », répond cette femme. Et la grand-mère était-elle aussi anxieuse ? « Pas avant mon anorexie, mais très fortement après » répond la mère. Est-ce que la mère a une idée des circonstances, des événements qui datent de la même période : le début de son anorexie à elle ? Non, elle est incapable d'expliquer son changement de comportement. J'en déduis qu'elle n'a donc aucun point de repère dans l'accompagnement d'Anne. Recherchant des circonstances concomitantes avec le début de l'anorexie de la mère, toujours en recherchant la différence avec les circonstances actuelles de sa fille, j'apprends que la grand-mère a vécu la mort subite de ses deux premiers enfants. La maman a été le premier bébé à rester en vie. Alors, l'angoisse envahissante de la grand-mère est-elle compréhensible du fait de son angoisse pour la vie de son troisième enfant, ou par le fait de ce début d'anorexie de la mère, comme elle se l'expliquait au début de l'entretien ?

- Y a-t-il eu un enfant mort-né ou un autre deuil autour de la naissance d'Anne ? « Non ». Mais, déjà pendant la grossesse d'Anne, tous les membres de sa famille souhaitaient à la mère un enfant sans problèmes de nourriture, chargeant la relation mère-enfant d'une angoisse particulière.
- Actuellement son mari lui reproche de devenir aussi anxieuse que sa mère. Ceci crise encore plus madame et chaque repas est redouté comme une scène d'horreur.

La tâche en fin d'entretien a été de faire demander à cette femme de l'aide de sa propre mère. Il s'agissait de savoir si cette dernière pouvait lui donner plus d'informations sur les circonstances particulières du début de l'anorexie de sa fille et la façon dont elle l'a gérée. Alors cette femme pourra découvrir des points de repère pour sa propre fille dans les ressemblances et les différences. Par ailleurs, je signale à cette femme ma préoccupation qu'en lui proposant un second entretien, cela risque d'être interprété une fois de plus par son mari et sa mère comme le fait que moi aussi, comme spécialiste, je la juge trop anxieuse, et nécessitant donc une aide thérapeutique. Le travail sur l'attitude du mari sera fait par la suite. La petite fille se détend de plus en plus sur les genoux de sa maman au cours de la séance.

Face à l'anorexie chez le jeune enfant, je m'intéresse toujours à l'angoisse ambiante dont l'enfant, comme une épingle, s'imbibe, et la manifeste, amplifiant par ce fait la spirale d'angoisse du groupe familial (Richter, 1969).

Comme d'habitude face à la problématique d'anorexie, les parents ont à fixer avec le médecin traitant un *poids limite* en-dessous duquel les risques de lésions somatiques augmentent. Si cette limite est atteinte, il faudra *hospitaliser* en service de pédiatrie ou en médecine interne. Ceci fait partie du contrat de travail avec moi. Je veux bien cheminer et réfléchir avec eux, mais non sans mesures de sécurité dans la réalité. Créer un espace intermédiaire pour le travail psychothérapeutique, ne signifie pas être aveugle aux risques liés à l'extrême tension de la situation actuelle. En période de **pré-adolescence**, il y a souvent une *composante dépressive et un état de dépersonnalisation* plus prégnants. Cette composante n'est pas pathologique mais normale. Cependant, elle risque d'être fixée comme pathologique par nombre d'intervenants. Parler de dépression et de dépersonnalisation, en comparant « quantité normale » en période de latence et les souvenirs de dépressions aiguës ou de dépersonnalisation chez d'autres membres de la famille élargie, peut à nouveau aider à construire des repères dans la recherche des différences et des ressemblances.

J'appelle ce travail « ouvrir les placards », car supposer des fantômes dans les armoires verrouillées fait menace et paralyse même. Par contre, si les parents se permettent de les ouvrir, ils peuvent aider leurs enfants à se différencier face à ces facettes parentales dont ils s'imprègnent. Celles-ci sont chargées d'horreur, car elles font référence à d'autres expériences traumatisques de l'histoire de la famille.

Je pense ici à une jeune fille de 11 ans qui vient consulter avec ses parents pour « anorexie ». Le tableau clinique était bien plus complexe et quand j'ai élargi vers l'expérience qu'un chacun avait de la dépression et des moments où l'on ne sait plus très bien « qui ça est » chez les oncles, tantes et grands-parents,

la tension a baissé dans la pièce de consultation. Les parents ont finalement parlé aussi de leur période de trous noirs. Et enfin, la fille a construit ce qui était à elle et différent des autres. Pendant cette étape de recherche minutieuse, il a été nécessaire de l'hospitaliser en pédiatrie et c'est en ce lieu tiers qu'elle a pris son indépendance et s'est remise à manger pour elle-même.

Avec les **adolescents** et **jeunes adultes** anorexiques, – période de développement où il faut pouvoir quitter sa famille sans claquer les portes – je commence souvent le premier entretien avec la question: chacun a-t-il plus peur des mots qui pourraient sortir de la bouche de leur adolescente, ou bien elle de la nourriture qui pourrait y entrer. Ce langage métaphorique porte sur le doute du comment sortir et comment entrer. Qui d'entre eux leur enfant protège-t-il en focalisant toute son énergie sur le contrôle de l'entrée de nourriture, pour que personne ne puisse s'apercevoir qu'il s'agit de l'angoisse de l'autre versant: les mots et les affrontements qui pourraient en sortir.

Dans le roman et le film «Tous les matins du monde», la fille aînée se retranche dans la fascination de la mort, comme son père vis-à-vis de sa femme morte, mais quand aucun des deux ne peut *parler* «mort» – «deuil» – «solitude», alors l'être humain *l'agit*. Mais quelle est la catastrophe redoutée implicitement pour que cette règle de fonctionnement reste si impérative? Faut-il, comme le suggère le roman, retourner à l'éducation calviniste du père pour qui parler d'émotion ne se faisait pas? Les mots qui sortent de la bouche sont-ils redoutés comme plus dangereux, plus mortifères que la nourriture qui pourrait y entrer? Se limiter à se battre avec le «concrétisme» de la nourriture c'est méconnaître les mécanismes du psychisme humain. Néanmoins, l'intervenant doit travailler sur les deux niveaux. Une intervention structurale peut être indiquée au niveau symptomatique, tout en répétant que faire manger est plus facile que de découvrir les bonnes raisons du refus de nourriture. L'anorexique se comporte de façon différente et incompréhensible pour son environnement.

Nous trouvons ici la facette normale de ce stade de développement.

Comportement d'opposition typique de l'adolescence, qui induit un combat de pouvoir dans la famille: qui va gagner, elle ou les parents, ou par délégation nous les thérapeutes?

Ce symptôme apprend aussi au thérapeute que, dans ces familles, il est plus facile d'agir que de parler ensemble.

Après le recadrage des risques éventuels de la parole et de la crise originelle d'adolescence, nous allons faire agir les parents. C'est-à-dire qu'au niveau structural du fonctionnement familial, nous allons les remettre dans leur rôle d'autorité parentale et leur *prescrire* de décider d'un commun accord, lors d'un repas par jour, quel est le minimum de nourriture qu'ils estiment que leur fille doit manger. L'obliger à manger un repas par jour, en commun accord sur la quantité, constitue un *signe simple et fort* que eux, comme parents formant une entité cohérente, veulent conserver la santé de leur fille dans un corps qui peut grandir et se développer en corps de femme.

Après ces injonctions, nous demandons à un autre membre de la famille de nous relater lors de la séance suivante le déroulement de ce repas, de cette tâche, de ce combat.

Nous introduisons donc la notion de *temps actif* et de *limite* comme mobilisateur du changement. En effet, la famille se présente comme arrêtée dans le temps autour du symptôme anorexique. Si les parents ne réussissent pas à faire manger à leur fille un repas par jour, avec la quantité que d'un commun accord ils auront fixée au début du repas, nous précisons que ceci sera imposé dans le cadre d'une hospitalisation. Déplacer le lieu de l'affrontement est parfois utile dans des familles où l'angoisse développée par de tels repas ne peut être risquée à domicile, mais plutôt dans un endroit qui peut l'endiguer: l'hôpital. Dans le service de médecine interne, nous demandons des limites concrètes: le poids au-dessous duquel une perfusion sera décidée, le temps de séjour, le poids à atteindre pour la sortie. La perfusion va dans le sens de la protection du corps et il s'agit de ne pas écarter le conflit autour de la nourriture: c'est à ce point que prennent place les «lunch sessions» (Minuchin, 1978).

Avec ces précisions, vous comprendrez qu'il n'y a pas d'autre issue que de se positionner face à des limites et à l'exécution du respect des limites. Ceci introduira quelque chose de neuf dans une famille où le temps semble s'être arrêté et où l'on panique, parle, menace, mais où l'on n'agit pas et où s'installe une escalade sans fin parce que faire respecter des limites éveille l'angoisse imprécise d'une catastrophe encore pire.

Ce recadrage et ces prescriptions vont donc susciter toutes sortes de réactions qui nous permettront de découvrir ce qu'il y a de particulier au fonctionnement de cette famille et de pouvoir l'approfondir. Ces *catastrophes pires*, à éviter à tout prix, imprécises dans la tête de chacun et que notre patiente éveille en faisant croire qu'elle a plus peur des mots qui pourraient sortir de sa bouche que de la nourriture qu'elle doit y introduire, sont de types très différents:

1. Manger = grossir = grandir; de ce fait la famille risque-t-elle d'éclater, le couple des parents risque-t-il de déprimer, voire de divorcer? Si elle quitte la famille qui va vivre la mise à mort suivante?
2. Si notre adolescente se réinsère dans une évolution dite plus normale, quel autre membre de la famille va frôler ou tomber dans la dépression?
3. Si elle se développe plus nettement comme être sexué, qui d'autre va être stimulé sexuellement?
4. La nourriture introduite dans la bouche est contrôlable, mais pas les mots, les émotions, la folie sortant de l'individu.

Les mots meurtriers qui pourraient sortir peuvent aussi être reliés à un vécu d'inceste, de violence sexuelle dans l'enfance ou à tout un monde construit en accord tacite par tous les participants, et qui pourrait s'écrouler. Le mythe explicatif pourrait être détruit si on commence à poser des questions, comme P. Fleutiaux nous le décrit parfaitement dans son roman *Nous sommes éternels*.

La difficulté du psychisme à entrer en dialogue avec des souvenirs anciens, mémoire inscrite dans le corps, est parfaitement décrite par Christa Wolf dans son roman *Trame d'enfance*.

Ce roman, j'en ai conseillé la lecture à une femme adulte, anorexique depuis son mariage, mère de deux enfants. Cette lecture lui a permis d'accepter de ne pas pouvoir se rappeler certaines expériences d'enfance trop chargées de honte. Elle préférait se croire folle et ayant tout inventé plutôt que de revivre l'expérience douloureuse d'être violée par son oncle avec l'accord de sa propre mère, qui l'a punie ensuite violemment pour les taches de sang sur sa jupe. Tous ces faits étaient nies par la suite.

Pendant les séances, elle disait; « Je pense mais je ne peux pas sentir. Il y a une barricade entre ma tête et le restant de mon corps.»

Les mots sont présents comme meurtriers, trop menaçants tant pour l'égo que pour les autres, ils sont chargés de toute cette souffrance, rage et dépression de l'expérience passée. Ils ne vont pas seulement dévoiler la vérité des faits, mais ils sont chargés d'émotion et pourraient tuer le sujet qui se les permet. De la même manière qu'elle a trop faim, il y a trop d'émotions autour d'expériences ensevelies dans l'oubli, mais toujours trop actives dans leurs effets pour qu'elle puisse l'exprimer.

Vaincre et gérer cette angoisse, en partageant l'information avec son frère et sa sœur, a permis une reconnaissance de la réalité des drames du passé et une reconnaissance de ses mérites, au lieu de fautes et de manques. Mettre sa mère et son père à distance, c'est-à-dire se donner le droit d'exister, se réalise ainsi laborieusement et en profondeur avec l'individu, tout en gardant présent dans la réflexion l'effet sur les autres membres de la famille (E. Tilman-Ostyn, 1995).

Ainsi, dans la logique des membres de la famille, règne l'idée qu'il vaut mieux éviter les conflits, car ils peuvent mener à des ruptures. Tout conflit n'est pas vécu comme permettant l'individuation mais comme débouchant sur des ruptures, comme si s'individualiser se faisait inévitablement contre quelqu'un (Stierlin, 1974). Comme l'anorexique pourrait « bouffer » de la nourriture, elle pourrait aussi « bouffer » l'autre dans le contact social. Souvent après que les comportements anorexiques se lèvent, il y a tout un travail à faire sur la *phobie sociale*, rencontrée fréquemment dans ces familles. A nouveau, c'est l'anorexique qui exprime le plus fort la phobie sociale, mais un ou plusieurs membres la portent de façon « subcutanée ». La règle applicable reste de toujours élargir en faisant apparaître les différences.

Conclusion

Comme dans toute approche psychothérapeutique, l'essentiel du travail est pour le thérapeute de donner « le holding » nécessaire, de fonctionner comme un contenant qui garantit un minimum de sécurité et de congruence aidant à contenir l'angoisse.

Alors, le thérapeute peut promouvoir l'individuation de chaque membre de la famille car il questionne constamment les différences et les similitudes entre les personnes. Il aide à faire une autre lecture de l'histoire transgénérationnelle et il permet ainsi que chacun se réattribue ses projections.

Il faut à tout prix rester vigilant et éviter le piège du « concrétisme » autour de la nourriture. Élargir par un questionnement circulaire sur les différences tout en maintenant un lien avec le symptôme est alors la règle. Le rapport à la nourriture est constamment utilisé comme métaphore d'autres processus psychiques et inter-relatifs.

Edith Tilman-Ostyn
U.C.L., Centre de Guidance
Département pour Enfants et leur famille
Clos Chapelle-aux-Champs 30
Boîte 3049
B-1200 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

- Andolfi M., Angelo C. (1983): *Behind family masks*, Brunner-Mazel, New-York, et *La forteresse familiale*.
- Bruch H. (1973): *Eating disorders*, Basic Books.
- Bruch H. (1978): *The golden cage*, Harvard Univ. Press.
- Cecchin, Boscolo, Prata, Selvini (1982): *Hypothesing, Circularity, Neutrality, Therapie Familiale*, Genève, 3 (3), p. 117.
- Fleutiaux P. (1990): *Nous sommes éternels*, Gallimard, p. 822.
- Jeanmet Ph. (1984): « Contrat et contraintes » et « Anorexie mentale », In: *Ency. Médic. Chir.*
- Minuchin S., Rosman B.L. (1978): *Psychosomatic families*, Harvard Univ. Press, Cambridge.
- Quignard P. (1991): *Tous les matins du monde*, Gallimard, p. 135.
- Richter H.E. (1972): *Parents, enfants et leurs névroses*, traduction française de *Psychoanalyse der Kindlichen Rolle*, Ed. Mercure de France, Paris.
- Selvini Plazzoli M. (1978): *Selfstarvation*, Jason Aronson, New-York.
- Sperling M. (1978): *Psychosomatic disorders in childhood*, Jason Aronson, New-York.
- Stierlin M. (1974): La dynamique dans les psychoses et les désordres psychosomatiques graves; une comparaison. In: *Separating, parents and adolescents*, Quadrangle, New-York.
- E. Tilman-Ostyn (1987): La création de l'espace thérapeutique, *Thérapie Familiale*, Genève, 8 (3), p. 229.
- E. Tilman-Ostyn (1995): La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumas-tismes, *Thérapie Familiale*, Genève, 4, pp. 163-183.
- Wolf C. (1976): *Trame d'enfance*, Folio 2255, p. 630.

LES ANTI-THÉORIES DE L'IMPÉRÉVISIBLE CARL WHITAKER (1912-1995)

Guy AUSLOOS¹

Résumé: *Les anti-théories de l'imprévisible Carl Whitaker.* – Carl Whitaker est mort, ses apports sont plus vivants que jamais. En voici une modeste et respectueuse présentation.

Summary: *The anti-theories of the unpredictable Carl Whitaker.* – Carl Whitaker is dead, his contribution is more lively than ever. You will find here a modest and respectful presentation of it.

Mots clés: Thérapie symbolique-expérimentuelle – Whitaker Carl.

Key words: Symbolic-experiential therapy – Whitaker Carl.

Beaucoup de thérapeutes de famille voulaient voir Carl Whitaker lors de congrès ou de séminaires, assister à une de ces représentations du « théâtre de l'absurde » où il excellait. On espérait une provocation, un incident, un éclat et on était rarement déçu mais on passait à côté de ce que Whitaker avait de plus précieux à livrer: une expérience de thérapeute de 50 années, une « adoration des schizophrènes », une générosité qu'il masquait sous un air bouru, un respect des familles et une honnêteté qui, paradoxalement, le faisaient souvent paraître irrévérencieux, voire brutal, parce que les familles qui souffrent ont plus besoin de vérité que de gentillesse.

Je n'ai rencontré Whitaker qu'à quelques reprises, mais je sais – même si mon style diffère bien du sien – tout ce que je lui dois, comme sans doute beaucoup d'autres thérapeutes, même s'ils ne l'ont pas vraiment réalisé. Whitaker nous a appris à « nommer l'innommable », à faire de chaque séance de thérapie une occasion de croissance pour chacun des membres de la famille, comme pour le thérapeute lui-même et pour son co-thérapeute, à vivre avec la confusion et les paradoxes plutôt que de les démonter, à jouer dans son « théâtre de l'absurde » à la fois de l'humour, de l'autorité, de la séduction, de la feinte indifférence, de la « saine folie » qui ouvre l'accès au cerveau droit.

A tous points de vue, Carl Whitaker occupe une place à part parmi les pères fondateurs de la thérapie familiale: il est connu pour être le thérapeute qui rend les familles « moins folles » en se montrant plus fou que le plus fou d'entre eux, les forçant ainsi à « guérir » leur thérapeute et, ce faisant, à trouver des solutions qu'ils peuvent aussi appliquer pour eux-mêmes.

¹ Psychiatre systémicien, professeur agrégé à l'Université de Montréal.

En véritable iconoclaste, il se moque de la respectabilité du thérapeute, des conventions de la thérapie, de la prééminence de la théorie et de l'éthique traditionnelle de dévotion à la science et à l'humanité.

Comme beaucoup d'individualistes, il prône l'utilisation de l'expérience personnelle, la confiance en ses propres capacités et celle des familles, la nécessaire démythification des techniques et autres recettes.

Hippocrate disait que professeur et élèves devaient vivre ensemble comme père et fils; comme lui Whitaker pense que c'est au travers d'expériences répétées de co-thérapie, dans une sorte de processus d'identification réciproque, que l'on peut apprendre à travailler avec les familles. Il n'a donc formé que quelques disciples (pour lui, c'est le mot qui convient) qui ont eu la chance de travailler quelques années avec lui.

Une citation illustre la pensée de Whitaker et sa pratique de thérapeute: « Le patient amène une absurdité, le thérapeute l'accepte et commence à construire sur cette absurdité jusqu'à ce que la tour s'élève, si haute et si branlante qu'elle s'écrase au sol. » (7)

Whitaker est un artiste dans son habileté à travailler au niveau des processus primaires. C'est lui qui, dans le champ de la thérapie de famille, a le plus fortement exprimé les extraordinaires facultés de notre hémisphère droit et a montré comment les utiliser dans une thérapie. Pour lui, la théorie (dimension par excellence de l'hémisphère gauche de notre cerveau) est plus une entrave qu'une aide. Dans un traitement, le thérapeute doit avant tout vivre une expérience émotionnelle pour lui-même, mieux même, vivre sa propre folie dans les séances pour aider la famille à «osier», oser exprimer sa colère, son angoisse, sa folie. Le thérapeute est là pour permettre aux membres de la famille de redécouvrir leur capacité à «aimer», à être attentif à l'autre dans un mouvement de rapprochement et d'individuation, à établir une relation de JE à TU.

Le thérapeute n'est qu'un accompagnateur partageant ses libres associations, ses fantaisies. Il brise les vieux schémas de pensée et de comportement. Il s'occupe plus de lui-même que des autres et montre combien la folie sert à être créateur et à s'individuer. Par sa propre régression, le thérapeute aide la famille à faire de même et à se réorganiser. La démence du patient est encouragée parce qu'accéléatrice de changement. Le co-thérapeute sert de «garde-fou».

Le thérapeute a plusieurs moyens à sa disposition pour réorienter l'agressivité ou la colère des patients de manière créatrice: l'indulgence, la contre-attaque, la neutralisation, la justification, la diffusion ou tout simplement, il peut offrir un contenant (7). La thérapie est une lutte où la famille passe d'une phase de transfert avec le thérapeute à une phase existentielle se terminant sur un échange d'égal à égal entre individus autonomes. Cette thérapie est principalement centrée sur le thérapeute et sa propre dynamique. Il doit y avoir en cours de traitement un renversement des rôles qui permet à la famille d'établir sa propre théorie, dès le début du traitement; c'est elle néanmoins qui écrit sa destinée à tout moment du traitement. Récemment (1991), L.G. Roberto (17) a quelque peu systématisé les interventions en thérapie symbolique-expérientielle en parlant de «*mediating goals*» qui ont à faire avec la création d'un nouvel environnement thérapeutique, dans lequel l'interaction familiale est modifiée pour produire une expérience affective diffé-

rente en ce qui concerne les relations familiales importantes. Elle décrit six moyens pour les atteindre:

1. désorganiser les cycles rigides, répétitifs d'interactions pour créer un espace pour des réponses différentes;
2. activer et permettre l'anxiété constructive (celle qui fait agir) ou la confusion chez les membres de la famille autres que le patient-désigné;
3. élargir le problème présenté pour inclure la participation de chacun des membres de la famille dans la genèse des tensions;
4. encourager et supporter n'importe quelle nouvelle décision qui est compatible avec les valeurs, croyances et traditions dominantes de la famille;
5. recréer les frontières transgénérationnelles;
6. créer un «suprasystème thérapeutique» dans lequel la famille et l'équipe de co-thérapeutes, bien que différents sous plusieurs aspects, développent un système de pensée partagé et des alliances entre les membres.

Revenons à Whitaker, personnage déroutant mais fascinant qui n'a jamais présenté sa position aussi clairement. S'il a peu théorisé, il ne se méfie pas moins de l'intuition. Il commence un article sur «Les méfaits de la théorie dans le travail clinique» (8) par ces mots:

«J'ai une théorie: que toutes les théories sont destructrices – et je sais* que l'intuition est destructrice. N'est-ce pas triste? Aucune excuse ne sera acceptée.

Bert Schienbeck dit:

Kijk,
't is veel erger
dan je denkt;
als je denkt
is 't nog erger **.

Regarde,
c'est bien plus grave
que tu ne le penses;
si tu penses,
c'est encore plus grave.»

Il n'en a pas moins accumulé une telle richesse d'expériences en 50 ans de pratique qu'il a eu une influence déterminante sur le développement des techniques de thérapies familiales.

On peut résumer comme suit ses principaux apports:

– L'accent mis sur la personne du thérapeute, qui «s'utilise» au travers de ses émotions (cerveau droit), de ses distractions et même de sa folie (*craziness*), mais qui utilise aussi chaque thérapie pour changer lui-même.

* Souligné dans le texte anglais.

** En néerlandais dans le texte anglais. ■

- La technique de co-thérapie et de supervision directe en utilisant le miroir sans tain.
 - La dépathologisation de l'expérience humaine en considérant le patient comme quelqu'un qui a reçu et accepté un rôle et dont la symptomatologie peut être redéfinie comme un ensemble d'efforts en vue de la croissance.
 - L'usage de la métaphore et de la provocation pour déstabiliser un système familial encadré dans ses croyances, ses mythes et ses rôles.
 - L'importance accordée aux grands-parents (dans la mesure où le fonctionnement familial est pour lui un processus au moins trinationnel).
- Ses positions thérapeutiques découlent très logiquement de son propre cheminement: «Les bases de notre style en thérapie familiale dépendent d'un pattern personnel particulier.» (12) Elles ont d'ailleurs sans cesse évolué. Plus que pour tout autre, sa biographie nous éclairera donc sur sa façon de travailler.

Repères biographiques

Carl Whitaker est né en 1912 dans une ferme du Maine, paisible région agricole traditionnelle de l'Est des Etats-Unis. Comme il se plaît à le dire: «Dans ce milieu, la vie est la mort étaient perçues comme un ensemble harmonieux, intégré à la vie de la nature. Les territoires parentaux étaient très bien définis: le père à la campagne et la mère à la maison, et chacun savait ce qu'il avait à faire. Nous étions quinze à table et il y avait dix chambres à coucher.» (12)

Dans cette atmosphère rurale, il fut influencé par l'expérience concrète de naissance et de mort des animaux. Il dit lui-même que c'est ce qui l'a amené, tout jeune, à *percevoir* la vie et la mort comme un ensemble harmonieux, soumis à la nature. Une anecdote illustre bien le personnage: il raconte qu'à dix-sept ans, il était un garçon très renfermé, un peu schizoïde, ne parlant pratiquement à personne. Conscient de son état, il décida d'y remédier en utilisant une stratégie tout-à-fait originale dans laquelle on trouve déjà en germe tout le style du futur thérapeute. Au début de l'année scolaire, il repéra dans sa classe le garçon le mieux intégré sur le plan social et le garçon le plus brillant sur le plan scolaire. Il s'arrangea pour en faire ses amis et constituer un trio dont chacun puisse bénéficier: lui serait le lien, le deuxième apporterait son ouverture sociale et troisième ses compétences intellectuelles. Ce groupe d'amis fonctionna parfaitement pendant tout le Collège et Whitaker sortit de son isolement. Il conclut son récit de façon provocante: «Heureusement, à cette époque, il n'y avait ni psychiatre, ni psychologue à l'école, sans quoi j'aurais été examiné et peut-être traité et je n'aurais pas eu la chance de trouver la solution à mon problème.» (12)

Sa mère avait voulu devenir infirmière et n'avait pas pu faire d'études. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles il est devenu médecin. Il ne choisit cependant pas la psychiatrie mais devint gynécologue-obstétricien. Ce n'est qu'en 1938 qu'il s'orienta vers la psychiatrie.

La deuxième guerre mondiale va jouer un rôle déterminant dans son évolution. Beaucoup de médecins sont sous les drapeaux. Whitaker, qui n'a pas été mobilisé, va, très jeune, se trouver à un poste de direction, comme psychiatre résident administrateur d'un petit hôpital. Les possibilités de formation sont bien réduites. Non formé mais avec des responsabilités, il devra apprendre à se débrouiller tant bien que mal avec des patients psychotiques, sans rien connaître à la psychiatrie dynamique ou à la psychanalyse. Il utilise surtout des techniques de soins infirmiers, ce qui l'amènera à dire plus tard: «Mon développement comme psychothérapeute est associé à un manque de formation formelle en psychiatrie.» (12)

Il se forme ensuite en psychiatrie de l'enfant et travaille selon le mode traditionnel pour l'époque: il examine l'enfant alors que l'assistante sociale s'entretient avec la mère. Le père n'est jamais impliqué. Il découvre la thérapie par le jeu et une assistante sociale lui conseille de lire *La psychanalyse de l'enfant* de Mélanie Klein. A nouveau, il apprend «sur le tas», sans formateur. Cette fois, on lui demande en plus d'enseigner la psychothérapie aux étudiants en médecine de l'Université de Louisville. Il sera donc «forcé d'apprendre en enseignant». Avec des adolescents délinquants, il sera confronté aux problèmes de comportement.

De 1943 à 1945, il va travailler dans le Tennessee à Oak Ridge, la ville où on construit la bombe atomique. L'agglomération est ceinturée de barrières et les 17 000 ouvriers sont sous la pression constante de l'armée. Pour cette population, il n'y a qu'un staff de 7 psychiatres et ils doivent voir chacun 20 patients par jour. Il n'est donc pas question de consacrer beaucoup de temps à discuter les cas.

Au lieu de s'isoler pour gagner du temps, il décide – quel beau paradoxe – de travailler en co-thérapie avec John Warkentin, voyant les patients à deux pour pouvoir en parler ensemble. Progressivement, ils intègrent à ces entretiens d'autres membres de la famille et finissent par faire participer les enfants aux séances. Une première en thérapie familiale, si l'on excepte Nathan Ackermann.

C'est donc la nécessité de trouver un support pour affronter le stress psychologique de la situation et le désir de continuer à se former en apprenant avec les patients qui l'amène à inventer la technique de co-thérapie. Remarquons qu'il reprend une stratégie qui lui avait réussi une dizaine d'années auparavant, lorsqu'il était adolescent.

En co-thérapie, ils vont accepter des interactions agressives avec les patients et finir par les provoquer. Bras de force, coups de pieds ou même confrontations physiques sont utilisées. A la même époque également, Whitaker s'endort fréquemment au milieu de la séance et rêve de la relation qu'il a avec son patient. Au lieu de réprimer cet incident qui l'embarrasse, il va l'utiliser et partager sa rêverie avec le patient. Pendant ces années de guerre, ce jeune psychiatre sera donc forcé d'utiliser sa créativité pour résoudre les problèmes qui se posent à lui. Il réalise que, dans ce contact avec les patients, il évolue lui-même, passant d'une position plus maternelle à une position plus paternelle. Il découvre également que telle technique (donner le biberon à un psychotique par exemple), efficace à un moment donné, devient inutilisable par la suite, ou non transmissible, dans la mesure où elle est liée à un état particulier du thérapeute. Ce qui l'amène à dire que «chaque technique est un processus par lequel le thérapeute se développe lui-même en utilisant le patient comme intermédiaire» (12).

En 1946, il part avec Warkentin à Emory University à Atlanta pour y créer le département de Psychiatrie. En 1948, Thomas Malone les rejoint et apporte la dimension psychanalytique à leur travail. Le processus de formation des étudiants en médecine est soigneusement planifié, avec comme référence théorique principale la thérapie brève selon Rank. En première et deuxième année, les étudiants en médecine participent à une thérapie de groupe hebdomadaire avec un membre du staff. En deuxième année, le groupe devient le thérapeute collectif d'un patient. En troisième année pendant six semaines, chaque étudiant travaille deux après-midi par semaine comme un résident et voit trois patients. Ce modèle de formation montre le souci de Whitaker de former les thérapeutes par l'expérience plutôt que par la transmission de connaissances. Par ailleurs, «les étudiants étaient formés à prendre tout ce que le patient disait comme symboliquement important, mais aussi comme fait de réalité» (12). Cette façon de travailler sera présentée par Whitaker et Malone dans *The Roots of Psychotherapy* en 1953 (4).

Pendant cette même période de 1946 à 1955, son intérêt pour le traitement de la schizophrénie ne cesse de croître. Deux expériences originales méritent d'être mentionnées. Pour la première, il loue un appartement où il place un schizophrène en traitement avec un schizophrène «guéri» dont le rôle sera d'être à son service. Deux co-thérapeutes fonctionnent comme «co-parents» et s'attachent à réactiver un processus regressif chez le schizophrène. Le but est d'induire une régression à un véritable état infantile et de court-circuiter l'état pseudo-infantile du schizophrène. Ceci peut paraître du «déjà vu» actuellement mais il faut replacer cette tentative à la fin des années 40, à un moment où les neuroleptiques n'existaient pas et où la régression à visée thérapeutique et la communauté thérapeutique n'avaient pas encore été utilisées, pour en mesurer toute la valeur novatrice.

La seconde initiative date de 1948: avec Warkentin et Malone, il organise dix séminaires de quatre jours (environ deux fois par an) sur le traitement de la schizophrénie. Ils utilisent des pièces avec miroir sans tain, technique nouvelle pour l'époque et interviennent à tour de rôle pour des entretiens avec le patient ou sa famille. Ceci leur permet d'observer le ou les patients mais aussi de se superviser et de discuter leurs observations. Ils se forment donc mutuellement en confrontant leurs méthodes de travail. Cette façon de faire deviendra une des caractéristiques du travail des thérapeutes de famille.

En 1953, lors de la dixième rencontre du groupe, ils se réunissent à Sea Island, Georgia, et invitent Rosen, Taylor et Schefflen de Philadelphie ainsi que Bateson et Jackson de Palo Alto et Devereux, un anthropologue qui sera connu plus tard pour avoir développé l'ethnopsychiatrie. C'est ainsi qu'on peut, en quelque sorte, attribuer à Whitaker le mérite d'avoir réuni le premier congrès de thérapie familiale. La dernière de ces rencontres se tiendra à Sea Island du 15 au 17 octobre 1955 et la transcription complète de cette réunion sera publiée par Whitaker (1958).

En 1955, Whitaker, Warkentin et Malone quittent Emory et s'installent à Atlanta en privé, en cabinet de groupe, pour continuer à développer leur fructueuse collaboration. Whitaker les quittera en 1965 pour devenir professeur de psychiatrie à l'Université du Wisconsin à Madison, comme thérapeute familial exclusivement.

Il s'intéresse de plus en plus aux familles «saines», ce qui l'amène à s'intéresser au rôle des familles élargies et en particulier aux grands-parents. Sans doute son âge y est-il pour quelque chose. Après avoir invité les grands-parents aux séances, il finira par inclure d'autres membres de la famille élargie et même des voisins. Parfois il va même jusqu'à réunir trente-cinq à quarante personnes pour une session de week-end.

A la fin de sa vie, il fait lui-même partie des grands-parents de la thérapie familiale. Il voyage beaucoup avec sa femme, fait des séminaires et est actif dans le comité de rédaction de *Family Process* auquel il participe depuis sa fondation. Il est particulièrement préoccupé par le syndrome d'épuisement professionnel des thérapeutes et mène à leur intention avec sa femme des *cuddle-groups*, ce que l'on pourrait traduire littéralement par «groupes où l'on se blottit, se pelotonne, se soutient». Encore une fois sa grande générosité et son attention à la souffrance de l'autre!

Comme nous l'avons dit, il n'a pas formé d'école du fait de sa position antithéorique. Il est donc moins connu de ceux qui apprennent la thérapie dans les livres et travaillent essentiellement avec leur cerveau gauche. Il a cependant beaucoup influencé les thérapeutes que l'on nomme réactifs, c'est-à-dire qui travaillent essentiellement en réagissant à ce qui se passe dans la famille avec leurs émotions, leur créativité, leur spontanéité et même leur folie. Comme il fallait bien trouver un nom à cette forme de thérapie, il a fini par accepter de l'appeler «symbolique-expérientielle». Tout un programme.

Comme auteur, Carl Whitaker ne se laisse pas découvrir facilement. Il surprend souvent, irrite parfois, étonne toujours. Il faut le lire à petites doses, pour laisser sa pensée pénétrer, le reprendre souvent, pour s'en imprégner. Comment mieux finir cet hommage qu'en vous livrant quelques citations de Whitaker que j'ai glanées comme autant de perles précieuses.

Quelques citations

«Ma théorie c'est que toutes les théories sont mauvaises, excepté pour le joueur débutant qui peut en avoir besoin jusqu'à ce qu'il trouve le courage d'abandonner les théories et de se contenter de vivre. Parce qu'il est bien connu depuis des générations que n'importe quel asservissement, n'importe quel endoctrinement tend à devenir étouffant et constipant.» (8)

«Nous parlons si brillamment de la façon de parler et nous pensons si justement sur la façon de penser que nous sommes en danger de perdre notre liberté de parler ou de penser.» (8)

«Le patient dont le symptôme est supprimé – alors que l'effort qu'il fait pour intégrer les forces conflictuelles dans sa propre expérience de vie s'est arrêté – est dans la même situation que le patient qui meurt mais dont l'opération a été une réussite.» (8)

«Quand je travaillais avec des délinquants, j'ai réalisé progressivement que ma folie, mon infantilisme et même ma délinquance étaient profondément intriqués dans ce que je faisais. Je ne saurai jamais combien de délinquants ont volé des voitures parce que je prenais tellement mon pied en écoutant leurs histoires.» (19)

3. Napier A., Whitaker C.A. (1994): *Les problèmes du thérapeute de famille débutant*, In: D. Bloch (éd.), *Techniques de base en thérapie familiale*, Èrès, Toulouse (Trad. G. Ausloos, Y. Colas, A.M. Colas, Ed. orig. 1972), (pp. 167-186) 167-186.

Whitaker ne confondait jamais *craziness* et *insanity*: «Les *insane* sont ce que le Christ appelait les "sépulcres blanchis", ceux qui vont au travail tous les matins en costume de flanelle gris (...). Il est important d'être *crazy* (...). J'encourage les familles à être *crazy*. Mais le problème est de leur éviter d'être stupides. Si vous êtes stupides et *crazy*, vous finissez dans un hôpital psychiatrique; si vous êtes malin et *crazy*, vous finissez comme Picasso et vous faites une contribution au monde» (19).

«Votre confusion m'intéresse. Plus nous vivons avec, plus nous pouvons endurer le travail d'être humain dans ce monde *crazy*» (19)

«Notre intervention verbale a pour but d'envahir symboliquement les relations familiales en utilisant des métaphores, de l'humour, de la provocation, des associations libres, des phantasmes, des confrontations pour augmenter la confusion quant au type de compromis que la famille utilise pour résoudre les stress» (12)

«Quand le père disparaît, la mère devient le père, la fille devient la mère et le fils devient le père de la mère» (9)

«Quand divorcerez-vous de votre mari et épouserez-vous vos enfants?» (19)

«Je me sens comme si j'avais tué mon père; tous les survivants se sentent comme des assassins» (19)

«Peut-être que si vous arrêtez d'agir comme le père de votre femme, elle aura envie de coucher avec vous» (19)

«Laissez la famille prendre l'initiative» (19)

«Peut-être qu'ils ne sont pas près à changer» (19)

«*L'insight* suit l'expérience» (19)

«Mon approche de la thérapie est de mettre une structure et de dire ce que je pense» (19)

Carl Whitaker s'est éteint le 21 avril 1995, à l'âge de 83 ans, après un accident vasculaire cérébral en août 1993 qui l'avait laissé paralysé du côté gauche et cloué à un fauteuil roulant. Pendant cette longue et pénible maladie, même si son élocation était difficile, il garda jusqu'au bout cette vivacité d'esprit qui était une de ses caractéristiques majeures.

Guy Ausloos, M.D.
Clinique Jeunes Adultes, LHL
6070 Sherbrooke Est – bnr. 106
Montréal, QC
H1N 1C1 Canada

Originaux anglais:

4. Whitaker C.A., Malone, T.P. (1953): *The Roots of Psychotherapy*, Blakiston, New York.
5. Whitaker C.A. (Ed.) (1958): *Psychotherapy of Chronic Schizophrenic Patients*, Little-Brown, Boston.
6. Whitaker C.A. (1967): *The Growing Edge*, In: J. Haley, L. Hoffman (Eds.), *Techniques of Family Therapy*, Basic Books, New York.
7. Whitaker C.A. (1975): Psychotherapy of the Absurd: With a Special Emphasis on the Psychotherapy of Aggression, *Family process*, 14, 1-16.
8. Whitaker C.A. (1976): The Hindrance of Theory in Clinical Work, In: P.J. Guérin (Ed.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Gardner Press, New York, (pp. 154-164).
9. Whitaker C.A. (1976): A Family is a Four-dimensional Relationship, In: P.J. Guérin (Ed.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Gardner Press, New York, (pp. 182-192).
10. Whitaker C.A. (1978): Co-therapy of Chronic Schizophrenia, In: M. Berger (Ed.), *Beyond the Double-Bind*, Brunner/Mazel, New York.
11. Keith D.V., Whitaker C.A. (1980): Add craziness and stir: Psychotherapy with a psychotogenic Family, In: M. Andolfi, I. Zwilling (Eds.), *Dimensions of Family Therapy*, Guilford, New York, 139-160.
12. Whitaker C.A., Keith D.V. (1981): Symbolic-experiential Family Therapy, In: A.S. Gurman, D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*, Brunner/Mazel, New York, 187-224.
13. Neill J.R., Kniskern D.P. (1981): *Selected Writings of Carl Whitaker: The Growth of a Therapist*, Guilford, New York.
14. Neill J.R., Kniskern D.P. (1982): *From Psyche to System: The Evolving Therapy of Carl Whitaker*, New-York 1992, The Guilford Press.
15. Keith D.V., Whitaker C.A. (1985): Failure: our bold Companion, In: S.B. Coleman (Ed.): *Failures in Family Therapy*, Guilford, New York.
16. Whitaker C.A., Ryan M.C. (1989): *Midnight musings of a family therapist*, Norton, New York.
17. Roberto L.G. (1991): Symbolic-Experiential Family Therapy, In: A.S. Gurman, D.P. Kniskern, *Handbook of Family Therapy*, Vol. 2, Brunner/Mazel, New York, (pp. 444-476).
18. Whitaker C.A. et al. (1994): Simulation d'un entretien de thérapie familiale, In: M. Elkaim (ed.), *La thérapie familiale en changement*, Les empêcheurs de penser en rond, (pp. 15-52).
19. Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux (plusieurs interventions de Carl Whitaker lors des Congrès de Bruxelles).
20. *The Family Therapy Networker*, July – August 1995 (six articles de M.S. Wyly – D. Keith – E. Emery – P. Boss – S. Minuchin – A. Naper).
21. Résonances (une interview et un article de M. Elkaim).

BIBLIOGRAPHIE

Textes traduits:

1. Napier A., Whitaker C.A. (1980): *Le creuset familial*, Laffont, Paris (Trad. D. Hélie, éd. orig. 1978).
2. Whitaker C.A. et coll. (1980): *Le contre-transfert dans le traitement familial de la schizophrénie*, In: I. Boszormenyi-Nagy, J.L. Framo (Eds.): *Psychothérapies familiales*, PUF, Paris (Trad. G. Blumen, L. Muri, éd. orig. 1965).

RECSNONS

L'enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuels: la recherche de la vérité, sous la direction de Hubert Van Gijseghem. Editions du Méridien, ISBN 2-89415-093-8, 286 pages, 1992.

Une analyse de la table des matières de ce livre publié en 1992 au Canada montre que Hubert Van Gijseghem a construit ce recueil de textes en y incluant différents aspects qui chacun pris pour soi mérite que l'on y accorde une grande attention. Cela rend compte de la complexité qu'il y a à vouloir comprendre les enjeux dans le cas d'une allégation d'un abus sexuel. Le souci de l'auteur qui a dirigé ce livre est de protéger l'enfant en tenant compte du problème de la crédibilité de l'enfant, de définir des modalités d'investigation et d'évaluation, de voir dans quel contexte naissent les fausses allégations et en dernier lieu d'analyser les réponses que l'appareil judiciaire canadien a été amené à donner.

Hubert Van Gijseghem analyse dans un des premiers chapitres les particularités du témoignage de l'enfant qui a été victime d'abus sexuel. Pour ceux qui ne le savaient pas encore ou qui auraient tendance à l'oublier, on y apprendra que les enfants ont dans la grande majorité des cas la certitude de ne pas être crus (« On n'aient pas compte de la réalité enfant? »). Quelle que puisse être la noblesse des objectifs poursuivis (vouloir sauver, aider, « réparer » et protéger le plus faible, vouloir punir l'abuseur), la démarche des intervenants (toutes professions confondues des « éduc » aux « psy » en passant par les magistrats et les avocats dans le cadre de la procédure judiciaire), est en soi très souvent créatrice d'un contexte de confusion chez l'enfant. (Ainsi par exemple, « le processus judiciaire risque d'affecter fortement la qualité du témoignage de l'enfant »). Il faut aussi songer, outre les facteurs affectifs, aux facteurs cognitifs (la suggestibilité, les particularités de la mémoire de l'enfant). Il y a donc beaucoup d'impasses dans lesquelles il est possible de se fourvoyer, mais il y a aussi l'expérience que certains ont acquise au courant des dernières années et qui valent la peine d'être répétées. L'auteur défend la position qu'il est important de « recueillir correctement l'information pertinente de l'enfant » et que pour cela il faut disposer de personnes formées à apprécier à leur juste valeur les témoignages de l'enfant. Sur ce dernier point, il faudra lire attentivement l'article de John C. Yuille sur « L'entrevue de l'enfant dans un contexte d'investigation et d'évaluation systématique de sa déclaration ». Il y est entre autre question de « l'analyse de la validité des déclarations » que l'enfant a faites. Elaborée par Undeutsch, il y a plus de 40 ans, cette approche a été modifiée et adaptée à plusieurs reprises aux Etats-Unis, en Allemagne et au Canada. La grille d'analyse se fonde sur une hypothèse qui veut que la description de vrais souvenirs diffère qualitativement de celle de souvenirs fictifs ou suggérés. Cette technique est

INFORMATIONS

CONGRÈS, SÉMINAIRES

largement utilisée en Allemagne et un groupe d'intervenants et de juristes luxembourgeois a eu l'occasion d'y être initié dans le cadre d'une formation organisée l'année passée par la Fondation Kannerschlass Suessem avec deux psychologues allemands (Ulrike Grossmann-Henkels, Uwe Völkenning). Cette technique consiste à repérer 19 critères dans les déclarations que l'enfant a faites et qui doivent aider à donner une évaluation de la crédibilité non pas de l'enfant, mais de la description des événements dont il est question. L'utilisation de cette technique est suffisamment difficile (une initiation ou quelques lectures ne suffisent pas) pour qu'on puisse exiger que son utilisateur ait une solide expérience clinique et qu'il y ait été formé.

Une grande partie du livre est réservée à analyser les textes de loi canadiens sur la protection de la jeunesse dans les cas d'abus sexuel. Jacques Ulysse, avocat, y examine l'évolution de la définition de la notion d'abus sexuel. La définition la plus claire serait pour lui la suivante:

«Toute activité à caractère sexuel où un geste est posé par une personne dominante ou recherchant une stimulation sexuelle; où l'enfant ou l'adolescent est incité à participer par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité ou de force; alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime, ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle; ou que la victime est en situation de dépendance vis-à-vis (de) cette personne; qu'il y ait ou non évidence de lésion, de traumatisme physique, peu importe le sexe des personnes impliquées».

Nous retiendrons que la jurisprudence canadienne en la matière a retenu un certain nombre de conditions qui si elles sont réalisées amènent le juge à apprécier que le témoignage de l'enfant peut lui porter préjudice et il peut donc décider de le dispenser de témoigner. Parmi d'autres, on y retrouve les motifs suivants:

- «– le fait de témoigner agraverait l'état affectif déjà perturbé (*de l'enfant*);
- les effets sur un processus thérapeutique déjà entrepris;
- l'anxiété eu égard aux conséquences sur les relations futures (*de l'enfant*) avec un parent.»

Les juges canadiens ont de plus en plus souvent évité d'obliger l'enfant à venir témoigner. Cela rejoint la position prise en Allemagne où il appartient alors aux experts de rendre compte des déclarations des enfants.

Et l'auteur d'insister dans ces conclusions que malgré tous les efforts, «le domaine du droit des jeunes fait office de parent pauvre dans le système judiciaire (canadien), (...)».

SÉMINAIRE MENSUEL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE: Cordonné par le Dr J.F. Le Goff un soir par mois de 20 h 30 à 22 h 30 à Paris.
Informations: I.F.E.C., 21, av. Marechal F. 93130 Noisy-le-Sec ou Dr J.F. Le Goff, tél. 48 36 22 22.

PREMIER COLLOQUE INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE: Organisé par Pr. Ph. Mazet, Pr. S. Lebovici, Dr M.R. Moro, Dr A.L. Simonot, Monaco, 18, 19, 20 janvier 1996.
Informations: Comité d'organisation: Brigitte Pugnière, Marcelline Gabel, 61, avenue de la Mer, F-06360 Eze-Sur-Mer. Tél. 93 01 57 04, Fax 93 01 56 11.

CONGRÈS EUROPÉEN: «Schizophrénies, épidémiologie et réhabilitation», organisé par l'Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique avec le concours de la GFEP, WARP, Saarlorlux, ABP, CCOMS Paris, Faculté de médecine de Lille, Lille, 25-26-27 janvier 1996.
Informations: Secrétariat du congrès: Laurence Vanwalleghem, Centre Médico-Psychologique, 286, rue Kléber, 59155 Faches Thumesnil. Tél. 20 62 07 28, Fax 20 96 32 10.

COLLOQUE: «On trompe un enfant», organisé par la Société française de Thérapie familiale psychanalytique et la Société de Thérapie familiale psychanalytique d'Ile-de-France, 27-28 janvier 1996, Paris.
Informations: S.T.F.P.I.F., 17, rue Boulard, F-75014 Paris. Tél. 43 20 81 45.

CONGRÈS: «Entre jeune et famille, entre famille et société, entre mythe et norme, quel espace de liberté pour l'intervenant mandaté?», le 10 février 1996, à Bruxelles avec Stefano Cirillo (Milan), Edith Tilmans-Ostyn (Bruxelles), Robert Neuburger (Paris).
Informations: SAIRSO (Centre d'Orientation Educative), rue Meyerbeer 145, 1180 Bruxelles, Tél. (02) 344 17 09, Fax (02) 344 77 94.

5^e JOURNÉES ROMANDES DE THÉRAPIE FAMILIALE 1996: «Complémentarités», 8-9 mars 1996, Dorigny (université), Lausanne.
Informations: Centre d'Etude de la Famille, CH-1008 Prilly, Cery, tél. (41) 21 64 36 401. (Le programme officiel avec formulaire d'inscription sera disponible dès automne 95).

COLLOQUE: «Le nouveau Centre d'Etude de la Famille de Milan» – les 15 & 16 mars 1996 à Paris, avec Stefano Cirillo, Anna-Maria Sorrentino & Matteo Selvini – avec la participation de Mara Selvini Palazzoli.
Informations: I.D'E.S., B.P. 11, F-72590 Chartrettes. Tél. (1) 64 87 10 13, Fax (1) 60 66 39 46.

Gilbert Pregno