

# THERAPIE FAMILIALE

*Revue  
Internationale  
d'Associations  
Francophones*

JEU SYMÉTRIQUE, JEU PSYCHOTIQUE

•

CARTES INSTITUTIONNELLES

•

HIÉRARCHIE ET CIRCULARITÉ

•

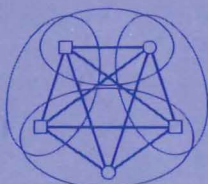
LE SYMPTÔME EN THÉRAPIE FAMILIALE

•

LOGIQUE DES CONTRAIRES, LOGIQUE DES PROXIMITÉS

•

TRANSACTIONS RIGIDES ET CHANGEMENT



---

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

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

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

*Rédaction:* Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson  
Centre de psychologie médicale  
C.H.U.V.  
CH-1011 Lausanne

*Secrétaire de rédaction:* E. Terribilini

*Recension de livre:* B. Waternaux

*Administration et abonnements:* Editions Médecine et Hygiène  
Case postale 456  
CH-1211 Genève 4

*Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:*

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,  
Compte N° C2-622.803.0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

*Pour la France:*

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la B.U.O. (Banque de l'Union Occidentale à Paris) libellés en francs français.

*Prix de l'abonnement annuel:*

Abonnements individuels:

FS 60. – FF 264. – FB 1523. –

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 110. – FF 458. – FB 2750. –

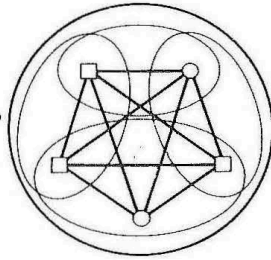
Numéro séparé:

FS 30. – FF 125. – FB 750. –

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

---

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1991 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.



# THÉRAPIE FAMILIALE

Vol. XII - 1991 - No 1

## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>Présentation</b> .....  | 1  |
| <b>G. PRATA: Du «jeu symétrique» du couple au «jeu psychotique» de la famille</b> .....  | 3  |
| <b>J.-C. BENOIT: Les cartes institutionnelles. Une figuration topologique des doubles liens</b> .....  | 17 |
| <b>E. FIV AZ-DEPEURSINGE: Hiérarchie et circularité dans le dialogue. L'apport d'une recherche sur la dyade</b> .....  | 29 |
| <b>R. PAUZÉ et P.A. COTNARIANU: L'évolution de la notion de symptôme en thé- familiale au cours des années 1980-1988.</b> .....  | 45 |
| <b>C. REYNAERT, P. JANNE, P. FONTAINE, K. WOERLINCK, A COLLIN et L. CASSIERS: Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Oison ou: comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités</b> ..... | 55 |
| <b>M. O. GOUBIER-BOULA et M. V ANNOTTI: Croissance et changement dans une famille à transactions rigides</b> .....   | 65 |
| <b>Notes de lecture</b> .....  | 81 |
| <b>Recension</b> .....   | 87 |
| <b>Notes de congrès</b> .....  | 89 |
| <b>Informations</b> .....  | 91 |

## CONTENTS

|  |    |
|--|----|
| <b>Presentation</b> .....  | 1  |
| <b>G. PRATA: From the «symmetric game» of the couple to the «psychotic game» of the family</b> .....   | 3  |
| <b>J.-C. BENOIT: Institutional maps. A topographical shaping of double binds</b> .....   | 17 |
| <b>E. FIV AZ-DEPEURSINGE: Hierarchy and circularity in dialogue. The contribution of a research on the dyad</b> .....  | 29 |
| <b>R. PAUZÉ and P.A. COTNARIANU: Evolution of the symptom concept in family therapy during the years 1980-1988</b> .....   | 45 |
| <b>C. REYNAERT, P. JANNE, P. FONTAINE, K. WOERLINCK, A COLLIN and L. CASSIERS: Towards a circular re-understanding of Olson's circumplex mode!:</b><br><b>where the logic of contraries is also a logic of proximities</b> ..... | 55 |
| <b>M.O GOUBIER-BOULA and M. VANNOTTI: Growth and change in family with rigid transaction.</b> .....  | 65 |
| <b>Reading notes.</b> .....  | 81 |
| <b>Recension</b> .....   | 87 |
| <b>Notes de congrès</b> .....  | 89 |
| <b>Informations</b> .....  | 91 |

## PRÉSENTATION

C'est sur une passionnante contribution à la recherche sur les jeux familiaux que s'ouvre ce numéro. Combien de « batailles » qui ne disent pas leurs noms se sont livrées les conjoints du couple dont G. Prata relate l'histoire naturelle? Cette « guerre », jamais déclarée, prime à l'insu des protagonistes sur toutes les autres relations. Lorsque les enfants sont inclus dans les différents « mouvements » de cette lutte sans fin, le « jeu symétrique » des parents se transforme en « jeu psychotique » de la famille. Riche de son expérience clinique, G. Prata énumère dix « coups » pratiqués dans ces jeux et qu'il s'agit pour le thérapeute de repérer.

La « carte institutionnelle » que décrit J.-Cl. Benoit est un instrument simple d'utilisation. Elle permet, pour chaque situation, aux « observateurs-participants » que nous sommes, de visualiser la « géométrie relationnelle » ainsi que les modifications survenant au cours des différentes étapes de l'évolution. Avec l'aide de cette carte, nous pouvons construire ce que nous comprenons des relations entre les membres de la famille et la ou les institutions impliquées. Mettre en évidence les isomorphismes relationnels ainsi que la diffusion « spatiale » des doubles liens des familles avec un membre psychotique, peut protéger les équipes soignantes d'interventions thérapeutiques inappropriées.

Se basant sur deux revues de langue française, R. Pauzé et P.-A. Cotnarianu se sont livrés à une enquête critique sur l'évolution de la notion de « symptôme » en thérapie familiale. Ils en examinent l'émergence, la fonction et le sens qui lui sont attribués et constatent la coexistence de deux modèles systémiques, le modèle homéostatique et le modèle évolutif. La modélisation du système observé sera dépendante du modèle théorique auquel se réfère le thérapeute: cybernétique de premier ou de second ordre. R. Pauzé dénonce les attitudes familialistes qui ne voient dans le symptôme que le signe d'un dysfonctionnement familial, oubliant la fonction et le sens qu'il peut avoir tant pour l'individu que pour les autres réseaux relationnels auxquels il participe.

Les notions de hiérarchie et de circularité sont-elles incompatibles? Se référant dans son argumentation à la microanalyse des interactions précoces entre bébé et parents, E. Fivaz répond clairement non à cette question, à condition toutefois que soit respectée la trame temporelle dans laquelle se déroulent les interactions. C'est dans la dimension temporelle des jeux d'influence réciproque et circulaire que se dessine l'organisation hiérarchique des relations, à chaque instant redéfinie par les échanges entretenus entre partenaires.

L'évaluation de la famille est chose difficile, à cheval entre la recherche de phénomènes dits objectifs et une construction plus subjective. Les instruments dont nous disposons pour ce faire utilisent pratiquement tous une description multi-axiale bipolaire, donc linéaire, avec toute la rigidité que cette démarche implique.

La recherche de Ch. Reynaert et co-auteurs les a conduits à développer, à partir du modèle circumplexe mais plane d'Olson, une reformulation spatiale, dite du «parapluie», permettant d'y introduire la circularité de la logique des contraires. Ce modèle offre la possibilité d'une évaluation plus dynamique des processus familiaux.

Dans le texte de M.-O. Goubier-Boula et de M. Vannotti il est question des problèmes que posent les familles dont l'organisation est perçue comme particulièrement rigide et/ou chaotique par les thérapeutes ainsi que de familles éclatées. Pour les auteurs, de telles familles tirent bénéfice de traitement au long cours. A l'aide du récit de l'un de ces traitements, ils illustrent leur position ainsi que le cadre théorique auquel ils se réfèrent.

*D.M.*

## DU «JEU SYMÉTRIQUE» DU COUPLE AU «JEU PSYCHOTIQUE» DE LA FAMILLE\*

Giuliana PRATA\*\*

**Résumé:** *Du «jeu symétrique» du couple au «jeu psychotique» de la famille.* — A partir de l'observation de l'histoire d'une famille, l'auteur attire l'attention sur un certain nombre de modalités interactionnelles fréquentes dans des familles à transactions psychotiques. La comparaison entre l'expérience clinique et l'histoire naturelle de telles familles permet d'éclairer la possible évolution du «jeu symétrique» de couple vers le «jeu psychotique» de la famille.

**Summary:** *From the «symmetric game» of the couple to the «psychotic game» of the family.* — In this article, the author, using the history of one particular family, draws attention to a number of interactional modalities recurring in families with psychotic transactions. Confronting clinical experience with informal observations of such families throws light on the possible evolution of the «symmetrical game» of the couple into the «psychotic game» of the family.

**Mots-clés:** Jeu symétrique — Jeu psychotique — Couple — Famille.

**Key words:** Symmetric game — Psychotic game — Couples — Family.

Quand une famille à enfant «psychotique» ou «autistique» vient en thérapie, elle tend à mettre l'accent sur les difficultés surgissant dans la famille *après* que l'enfant ait commencé à changer et à présenter ses conduites «pathologiques». Chacun apporte immédiatement une foule de détails sur ses difficultés. Malheureusement, ce verbiage n'est qu'un écran de fumée cachant des conflits apparus

---

\* Article publié par la Revista della Asociación española de Neuropsiquiatria VIII, 27, 1988, pages 369 à 379.

\*\* Médecin-directeur du Centro di Terapia familiare sistemica e di ricerca, Via G.-Frua 6, I-20146 Milano. — L'auteur souhaite remercier les membres de son équipe, le docteur Luisa Bigoni-Prata, Maria Vignato, Cinzia Raffin, Susana Frondizi Bullrich pour leur discussion critique de cet article.

avant les symptômes. Le thérapeute doit démasquer le «jeu» agi par la famille *auparavant* s'il veut comprendre et modifier le «jeu» *actuel*.

L'histoire de la famille Terri contribue à expliquer comment le «jeu symétrique» d'un jeune couple peut se transformer en «jeu psychotique» après la naissance des enfants.

Cette observation n'est pas due à ma pratique psychothérapique. Les Terri sont des connaissances qui, au fil des ans, m'ont parlé de leurs hauts et bas, d'abord comme fiancés, puis mari et femme, et enfin comme famille. Ils ne m'ont jamais demandé d'avis et je ne leur en ai jamais donné. Cette histoire me semble particulièrement intéressante car elle révèle une chose habituellement maintenue cachée pendant les séances thérapeutiques: je veux dire le mode relationnel du couple avant que l'enfant présente les symptômes.

Jusqu'à présent, ils n'ont pas tenté de me cacher ce qui se passait dans les coulisses et pas même maintenant, alors que leur fils a des conduites pathologiques évidentes. J'ai l'impression qu'ils continuent à me parler, soit avec irritation, soit avec satisfaction de la façon dont cela se passe entre eux. Mais comment pourrais-je m'attendre à un comportement totalement «spontané et sincère» de la part de tels joueurs invétérés? Si chacun m'a parlé de l'autre, c'est uniquement parce qu'ils savaient que je ne deviendrais pas leur psychothérapeute. Même ainsi, ni l'un ni l'autre n'a tenté de m'utiliser comme atout contre l'autre. Ils savaient parfaitement que dans un tel cas j'aurais immédiatement interrompu la relation. D'ailleurs, la distance entre Rome et Milan et le fait que nous nous téléphonions rarement m'ont empêchée d'être impliquée et de tomber dans leur piège dangereux.

Inès, âgée aujourd'hui de 36 ans, est une charmante et agréable jeune femme. Dans l'adolescence, elle eut de nombreux admirateurs et plus encore à l'Université. De bonne humeur, souriante, elle plaisantait avec les garçons, sans toutefois jamais tomber amoureuse d'aucun d'entre eux, disant bien haut que seules les études l'intéressaient. Etudiante très douée et brillante, elle acquiert son diplôme de médecin avec mention très bien.

Marzio, 38 ans, est un homme distingué, issu d'une famille aisée. Toutefois, il semble avoir été un enfant difficile, si bien que sa sœur fut «la chérie» de ses parents. Après son mariage avec Inès, ses contacts avec sa famille d'origine se sont beaucoup restreints.

Durant les premières années d'université, Marzio ignore Inès. Il travaillait aussi peu que possible, courait les filles, fréquentait les soirées et, considéré comme le Don Juan de son année, il eut d'innombrables amours. Durant les dix-huit derniers mois, la très belle Inès, qui ne l'avait jamais gratifié d'un seul regard, devint pour lui d'un attrait irrésistible. Il la poursuit sans relâche et se montre obsédé par elle à longueur de journée, ce que ses amis autour de lui ne manquent pas de remarquer. Mais plus intensément il la courtise et meilleures sont les notes obtenues pour l'impressionner, plus Inès va dire qu'il n'est pas un homme sérieux, ni fiable, qu'il se trompait bien s'il pensait que son «truc» d'étudiant modèle allait l'impressionner, elle. Elle n'est pas folle et n'aura *jamais* confiance en lui. Les camarades de Marzio commencent à se moquer de son acharnement à poursuivre ainsi Inès dont il ne reçoit en retour que des coups d'œil apitoyés. Dès qu'elle a son diplôme, Inès part aux Etats-Unis pour un an d'études. Marzio est terriblement troublé. Il choisit

la pédiatrie et tente de se plonger dans l'étude, surtout pour convaincre Inès qu'il prend son travail au sérieux. Chaque jour, il écrit des lettres passionnées, pressantes et de plus en plus désespérées. Inès ne lui envoie que des cartes postales de temps en temps : son travail est stimulant et l'équipe est conviviale et internationale, dit-elle. Son anglais s'améliore. Fait-elle des « progrès » dans d'autres domaines, demande Marzio ? Quels sont ses amis ? Avec qui sort-elle ? Tous les coups de sonde de Marzio et ses questions indiscrettes restent sans réponse. Inès échappait totalement à son contrôle. Lorsqu'elle débarque à Naples, elle a changé, plus belle et surtout maquillée et élégante. Les jeans et les baskets font partie du passé. Ils se querellent immédiatement. Sur le trajet vers Rome, ils font la paix et Marzio promet de contrôler sa jalousie. Inès n'a aucun lien sentimental. De plus, l'idée de vivre avec sa mère et sa sœur aînée lui est devenue intolérable après un an de totale liberté à l'étranger, et elle accepte de sortir régulièrement avec Marzio et finalement, six mois plus tard, de se marier. Durant cette période, elle est agréée en psychiatrie et travaille dans un hôpital psychiatrique public. Marzio travaille lui aussi en hôpital, ayant acquis sa spécialité pédiatrique.

Trois mois après le mariage, Inès est enceinte de Flavia qui se révélera une enfant charmante et décidée. Trois ans plus tard, Inès est à nouveau enceinte. Sans le lui avoir dit, Marzio s'est présenté au concours de médecin-chef de secteur de santé dans une petite ville à trois heures de voiture de la capitale. Quand débute sa prise de fonction, Inès est furieuse et refuse de le suivre. Elle est enceinte de huit mois et ne veut pas donner naissance au bébé dans ce nouveau logis, parmi des inconnus. Si Marzio devait insister pour ce départ, elle irait vivre chez sa mère. Entre-temps, sa sœur s'est mariée et a emménagé à l'étage au-dessus. Marzio ne s'attendait absolument pas à la réaction d'Inès. Elle l'avait convaincu qu'elle ne pouvait vivre avec sa mère ou avec sa sœur. Elle avait toujours refusé catégoriquement qu'elles s'occupent de Flavia, à tel point qu'une part importante des salaires du couple allait à une garde pour l'enfant. Et soudainement, maintenant qu'elle était obligée de choisir entre son mari et sa mère, elle optait sans équivoque pour celle-ci. Marzio, complètement perdu et furieux, dut faire bonne figure et rejoindre seul son nouveau poste.

Certes, il n'y avait que peu de locations disponibles, mais le choix de Marzio s'est porté sur un logement vraiment très éloigné du centre. Pour le consulter, ses patients doivent emprunter une vieille voie ferrée désaffectée ou faire un long détour par une route mal entretenue.

Dans la petite ville, le nouveau médecin-chef devient rapidement un personnage important. Il est distingué et inspire confiance. Des femmes tentent de le séduire, mais il montre clairement qu'il n'y a rien à faire. En tant que médecin-chef, il est toujours d'astreinte, ce qui signifie qu'il ne peut rejoindre Rome que rarement. Inès échappe une nouvelle fois à son contrôle. Heureusement, elle est enceinte, avec Flavia auprès d'elle. Sa mère et sa sœur gardent un œil sur elle et, en outre, elles désapprouvent sa décision de vivre séparée de son mari. Après un temps, celui-ci cesse d'être jaloux de sa belle-mère et de sa belle-sœur, qui semblent maintenant de son côté, jouant les « chiens de garde », ce qui lui convient tout à fait. Un garçon naît. On le prénomme Federico. Flavia ne se montre pas jalouse de lui. Inès est une mère parfaite, certainement plus aimante à l'égard de ses enfants



que de son mari qui doit continuer à mendier ses faveurs. Elle déclare sa ferme intention de reprendre son travail. Elle jouit d'une excellente estime professionnelle et n'a pas le moindre désir d'arrêter sa carrière pour faire plaisir à son mari.

Marzio lui téléphone six fois par jour. Pour Inès, c'est la preuve formelle qu'il n'a pas confiance en elle, qu'il est possessif, jaloux et dominateur. Aurait-elle eu la plus légère intention de le rejoindre à O., son comportement à lui l'aurait sûrement poussée à changer son état d'esprit. Pour ses vacances, Marzio rentre à Rome. C'était en juillet. Ils essaient de s'organiser de leur mieux dans une chaleur étouffante. Chaque matin, Marzio conduit les enfants à la plage et, durant les week-ends, ils y retournent tous ensemble. Lorsque viennent les vacances d'Inès, celle-ci rejoint O. avec mari et enfants. C'est une femme extraordinairement active et efficace. En quelques jours, elle passe au blanc les murs, peint la terrasse et les volets, transformant ainsi l'antré de Marzio en un logis coquet. Le cabinet médical lui aussi perd son aspect misérable. Il est évident pour chacun que cette transformation est le travail d'Inès et les gens du lieu la voient sous un nouveau jour. Avant son arrivée, chacun plaignait «ce pauvre médecin qui devait faire tout par lui-même». Et maintenant, l'affabilité et la simplicité d'Inès la rendent tout à fait populaire. La conclusion inattendue et très irritante pour Marzio est que les gens du cru cessent de parler de «la femme du médecin», elle était devenue simplement «Inès» pour eux!

Elle passe souvent chez ses voisins, gens simples et amicaux avec qui elle est dans les meilleurs termes. Elle commence à les inviter à l'heure de la fermeture du cabinet. Avec quelques autres personnes, dans l'air frais de la terrasse, ils passent la soirée à siroter des granitas et des glaces maison. Les voisins amènent habituellement leurs enfants, si bien qu'il y a tout un va-et-vient entre la rue et la terrasse. Marzio est d'une humeur noire. Tous ces gens envahissant son foyer, tous ces bavardages, tous ces tutoiements, voilà qui l'irrite au plus haut point. Sous le prétexte d'étudier, il s'enferme dans son cabinet médical, regardant les mouches voler. Flavia, pour sa part, devient si proche d'une voisine, du même âge que sa mère, qu'Inès finira par se rendre aux demandes de Marzio et laissera Flavia avec lui lorsqu'elle s'en retourne à Rome. Flavia était exceptionnellement autonome. Elle s'habillait et mangeait seule et faisait tout ce qu'elle devait sans surveillance particulière. La voisine accepta avec empressement de s'occuper d'elle. Elle la mènera au jardin d'enfants avec son fils. Que cela lui plaise ou non, Marzio doit s'entendre avec la voisine, sinon Inès déciderait de ramener Flavia à Rome. Pour Marzio, garder Flavia auprès de lui est la première étape pour obliger sa femme à garder un contact permanent avec lui.

Ainsi, quand le travail le lui permet, Inès va passer ses week-ends à O. Tout le reste continue comme avant, avec les scènes de jalousie et les appels téléphoniques du mari et les longs silences de l'épouse. Cependant, Marzio a l'impression d'avoir fait des progrès : Inès ne parle plus de O. comme d'un «endroit horrible». Lorsque Federico a deux ans, Inès déclare qu'elle est fatiguée de vivre avec sa mère et qu'elle a décidé de louer un appartement à l'étage au-dessus. Marzio considère ceci comme une insupportable provocation et refuse son accord. Quand Inès le menace de divorce (pas pour la première fois), il accepte, tout en ne voyant qu'une seule raison à ce changement : Inès veut faire ce qui lui plaît. A ses appels téléphoniques

diurnes, il ajoute des appels nocturnes qu'Inès trouve exaspérants. Ils finissent par convenir qu'Inès l'appellera chaque fois qu'elle sortira de la maison, même pour conduire l'enfant chez le marchand de glaces. Marzio n'osant l'empêcher de sortir avec des amies féminines et des collègues, devient de plus en plus amer et agressif. Quand il apparaît avec son visage renfrogné, la plus agréable soirée se transforme en veillée mortuaire. Inès se met à l'appeler «le nuage noir», surnom adopté avec enthousiasme par chacun. Marzio se sent de plus en plus isolé et rejeté. Pour marquer plus de distance, mais aussi pour être à même de survenir à la maison sans prévenir, il s'inscrit à des cours de l'école dentaire.

De plus en plus souvent, Inès refuse les rapports sexuels et prend Federico dans son lit. Ceci se produit aussi bien à Rome qu'à O. Une telle tension existe dans le couple qu'Inès, afin de respirer un peu et de retrouver la paix, accepte l'idée de Marzio d'acquérir un terrain à O. et d'y construire une petite maison. Il va sans dire qu'il choisit un site à trois kilomètres de leur résidence.

Comme cela arrive souvent dans les familles dont un enfant est psychotique, le mari (c'est habituellement lui) essaie d'éloigner tous les amis du conjoint plus sociable (dans notre cas l'épouse) par jalousie et par sentiment d'exclusion (4). Bien sûr, Inès comprend parfaitement ce que son mari est en train de manigancer, mais elle peut se contenter de hausser les épaules : à cette époque-là, elle connaît tout le monde alentour, elle est psychiatre, travaille dans une excellente clinique et sa réputation en tant que médecin n'est certes pas inférieure à celle de son mari. Qui plus est, elle a la réputation d'être infiniment plus sociable et affable que lui. Elle prétendait, à l'intention de Marzio, que trois kilomètres c'était bien peu de chose pour quelqu'un qui pouvait se déplacer en voiture dans une petite ville. Il va sans dire que Marzio a les meilleures raisons pour choisir ce nouveau site à bâtir : situé dans la zone la plus saine et ensoleillée, proche de l'école et voisine de splendides ruines romaines. Trop voisine en réalité car il se fait que les plans de la maison, acceptés et enregistrés, sont rejetés par la commission des beaux-arts, alors même que les travaux ont déjà commencé. Un canal de drainage a été découvert dans un coin de l'aire de construction et ceci suggère l'existence d'autres vestiges de maisons romaines. Tandis que Marzio court de bureau en bureau comme un possédé, Inès éprouve un profond soulagement. Elle bénit la commission des beaux-arts du fond du cœur pour ce moment de répit. Elle m'a confié qu'elle avait mis assez d'argent de côté pour convaincre Marzio qu'elle aussi tenait à construire sa maison. Cependant, son intention était en réalité de faire habiter mari et enfants dans la nouvelle maison dès que celle-ci serait terminée et meublée, tandis qu'elle-même les quitterait pour vivre de son côté à Rome. Un collègue à qui ils avaient montré les plans de la maison avait demandé en riant : «Pourquoi diable avez-vous besoin de deux étages ? Pour qu'Inès aille dormir en haut et toi, Marzio, en bas ?» A quoi Marzio avait rétorqué «Et pourquoi pas ?» sur un ton si agressif que le collègue en était resté sans voix.

Federico a maintenant trois ans : c'est un enfant très agité, qui ne se calme que dans les bras de sa mère et jamais longtemps. Pour le faire tenir un peu tranquille, ils lui ont acheté un jeune chien et il a essayé immédiatement de l'étrangler. La pauvre bête est désormais attachée au-dehors et ne cesse de gémir ce qui rend chacun encore plus nerveux. Pendant la procession de Pâques à O., Federico a éteint son

cierge sur le postérieur des femmes marchant devant lui. Il est petit et personne, à part Inès, ne voit de mal à cela. Quelqu'un, chaque fois, lui rallume son cierge et apaise ses pleurs. Et ainsi Federico continue à brandir son cierge pendant la procession. Après la tentative de strangulation du chiot — qui pouvait se justifier par le fait que c'était le premier contact de Federico avec un chiot, ou encore par le fait qu'il n'était pas conscient du mal qu'il pouvait lui faire, etc. — l'histoire du cierge est la première «conduite inhabituelle» qu'Inès note chez son fils (5). Marzio, lui, marchait devant avec Flavia dans le cortège et n'a rien vu du tout. A partir de cet événement, Federico commence à importuner chaque femme en plaçant ses mains entre ses seins ou dans sa culotte. L'amener en visite ou recevoir des amies féminines devient hautement délicat. Sa mère et Martha, la voisine, sont les seules femmes vis-à-vis de qui Federico s'interdit ces gestes. Il importune ainsi toute autre femme, y compris sa grand-mère et sa tante et pleurniche dès qu'elles essaient de l'arrêter. Son langage régresse et il lui arrive même de se taper itérativement la tête. Inès est de plus en plus préoccupée, en tant que mère et aussi en tant que psychiatre. Derrière son dos, la plupart de ses connaissances disent qu'il est maintenant temps qu'elle trouve un thérapeute pour son fils. Elle le conduit une fois chez un psychologue qui dit que l'enfant souffre essentiellement d'un manque d'affection maternelle. Inès change alors ses plans secrets. Une fois la construction de leur fameuse maison — qui par ailleurs s'éternise — achevée, elle retournera à Rome «dans l'intérêt de son fils» en trouvant un poste dans une ville proche. A ce moment-là, Flavia a six ans et Federico quatre.

## Commentaires

J'ai parlé du jeu symétrique du couple marié, un «jeu» dans lequel Marzio et Inès sont impliqués depuis leur toute première rencontre.

Il est difficile, sinon impossible, de décider lequel des deux a *délibérément* fait le premier pas dans l'affrontement avec l'autre. Il est certain par contre qu'ils n'ont jamais tenté ensuite de s'extraire de leur «jeu». Au contraire, chacun accroît sa mise, ce qui les conduit à une escalade symétrique sans faire de quartier ni l'un ni l'autre (2). Sur la base des données que je possède, le caractère des protagonistes et mon expérience, je vais hasarder une explication quant au moment où ce «jeu symétrique» du couple s'est transformé en «jeu psychotique» de la famille.

Quand Flavia approchait de trois ans, elle était surveillée par la garde d'enfants et ceci sans problème. Inès dit qu'elle-même se sentait presque «libre». A peine âgée de trois ans, Flavia est envoyée à l'école maternelle. Alors, Inès peut se consacrer entièrement une nouvelle fois à sa carrière. Elle parle alors surtout de ses projets professionnels et se montre de moins en moins «présente» dans la relation avec Marzio. En bref, Inès semble être en train de le désinvestir. A ce moment, elle découvre qu'elle est à nouveau enceinte, une grossesse imprévue et «inattendue»: «Marzio l'a piégée.»

En fait, tandis qu'il faut nécessairement être deux pour faire un enfant, il suffit d'une personne — Inès — pour un avortement. Elle n'était freinée ni par des scrupules religieux, ni par des obstacles concrets. Ainsi, pourquoi n'a-t-elle pas immé-

diatement choisi cette solution? Sur la base des événements antérieurs, nous postulons qu'elle n'avait pas l'intention d'interrompre le «jeu» et que son «désinvestissement» était plutôt un mouvement de relance de celui-ci.

Les liens entre les deux joueurs impliqués dans un jeu symétrique peuvent être terriblement forts, à voir combien est difficile pour chacun de quitter le champ ou d'entreprendre le processus de désescalade.

Dans le cas des Terri, essayons maintenant d'acquérir une vue «interne» des mouvements conduisant au «jeu psychotique».

Dans les familles à transaction psychotique, rien *n'est* — mais tout *semble être* — manifeste (2, 5, 6, 7). Ainsi, il semble que la «non présence d'Inès dans la relation» fait sentir à Marzio le besoin d'éloigner sa femme loin de la capitale afin de l'amener sur son «territoire», pour mieux la garder sous son contrôle.

Inès, qui a déjà dit avoir été «piégée» par Marzio, explique que lorsqu'elle a appris la réussite de Marzio dans son «concours secret de médecin-chef à O.», elle s'est trouvée «pleine d'une fureur vengeresse». Pour échapper au contrôle de Marzio, pour le priver de sa victoire, elle est même prête à retourner chez sa mère.

Marzio a observé les réactions d'Inès, à *ses propres «mouvements»*. La grossesse, que chacun a «jouée» en fonction de ses propres buts, semble tourner en faveur d'Inès. Mais le dernier mot n'a pas été dit! Imaginons la rage et les sentiments vindicatifs de Marzio obligé d'aller seul à O. Avalant sa colère, il ne peut que penser au match retour. Ainsi, met-il en projet l'idée de construire une maison. S'il parvient à convaincre Inès à cette idée, alors il l'aura enchaînée avec des liens économiques. Et Inès, avec une docilité inattendue, accepte apparemment d'être ainsi ligotée. Mais les gens des Beaux-Arts s'en mêlent, les cartes sont à nouveau brassées et il y a une nouvelle donne.

Voyons maintenant du côté des enfants. Avec la seconde grossesse d'Inès, Flavia apparaît devenir une «carte» sans grand intérêt. Ses parents l'aiment très naturellement, elle est sensible et affectueuse, ne cause aucun problème. Elle semble avoir la caractéristique de refuser de s'allier avec l'un de ses parents contre l'autre. Quand le moment vient pour elle d'aller à l'école, elle demande à vivre à O. Par ce choix, Flavia semble opter pour Marzio. Mais sa présence de fait dans la maison de son père ne signifie pas nécessairement qu'elle se place affectivement et même tactiquement de son côté.

Flavia apparaissait pour son âge comme une enfant très indépendante et possédant une bonne confiance en soi. Elle se comporte comme si elle avait échappé au «jeu» familial, ou comme si elle jouait à d'autres «jeux» avec d'autres personnes. Cependant, elle aurait pu simplement être en attente du bon moment où rejoindre la table de jeu familial. Le jeu était encore en cours et personne n'aurait pu dire s'il n'allait pas devenir suffisamment excitant et acharné pour l'impliquer. Ainsi, Flavia est soit à l'école, soit avec Martha, jouant ou se disputant avec le fils de celle-ci, son camarade de classe. Elle traverse le palier et ne revient au logis que pour dormir. Quand son père a le temps, ce qui n'arrive pas très souvent, il l'appelle et, ensemble, ils regardent la télévision. Quand sa mère et Federico reviennent à O., Flavia reste avec eux. Sa mère est si occupée à la maison que Martha doit la rejoindre et l'aider, tandis que Flavia et son petit camarade surveillent Federico.

Voilà pour Flavia. Quant à Federico, le «jeu» de ses parents avec lui — et son «jeu» avec eux — semblent une affaire plus complexe.

Selon moi, lorsqu'un couple en jeu symétrique décide de mettre un second enfant au monde, les conjoints ont de la peine à évaluer l'importance intrinsèque de ce «mouvement» (coup); ils ne pensent qu'au rôle que le bébé pourrait jouer dans leur «jeu» avant même sa naissance, et comment chacun pourrait l'utiliser pour immobiliser le partenaire, le menacer, le culpabiliser, le disqualifier et plus tard clouer l'enfant devenu adolescent, prêt à s'envoler et les quitter, à la table de jeu, l'emportant ainsi sur les parents ou la parenté, etc. Pendant ce temps, complètement absorbés par ces «considérations tactiques», ils négligent un fait très important. Je ne veux pas dire que ces couples sont si psychotiques qu'ils s'écartent de la réalité. Il s'agit seulement du fait que l'excès d'engagement dans le «jeu» et leur stratégie spécifique les empêchent de réaliser qu'un enfant est bien plus encombrant qu'un piano à queue, qu'il bouge et joue de son propre chef, sans tenir compte ou même à l'encontre des désirs des parents.

C'est alors que les surprises commencent.

Dans le cas des Terri, dès que Federico commence à présenter des symptômes, certains des «mouvements» parentaux deviennent des «mouvements» plus ou moins forcés.

Federico peut déduire à partir des effets immédiats de ses symptômes, qu'il a acquis un grand pouvoir et qu'il est désormais celui qui fixe les règles. Il en résulte qu'il ne montre aucune intention d'abandonner le «jeu». Nous savons que Federico a été conçu quand le «jeu symétrique» entre Inès et Marzio avait atteint des niveaux d'une intensité sans précédent, le contrôle filant entre les doigts de Marzio, la menace de divorce d'Inès se précisant. Comme cela arrive toujours quand un enfant commence à présenter des symptômes, cette menace, quoique plus implicite, se fait plus grave. Plus implicite, car nul ne la profère clairement dorénavant et plus grave car elle comporte un nouveau message: «Ce n'est que parce que Federico est dans cet état que nous ne pouvons divorcer et que nous devons rester ensemble afin de ne pas faire souffrir plus encore ce pauvre enfant.» Une partie de ce message est adressée à Federico et correspond en fait à une invitation à ne pas changer. Federico la perçoit, l'accepte et continue à présenter ses symptômes. C'est comme s'il croyait être celui qui décide si oui ou non ses parents restent ensemble.

A l'évidence, l'enfant n'a pas l'intention de renoncer à ce qu'il pense être «son pouvoir» (5). En fait, d'une certaine façon, Federico a été «utilisé» par ses deux parents avant même sa naissance. Par exemple, Inès l'utilisait comme excuse pour rester à Rome durant sa grossesse. Plus tard, Marzio l'utilisait pour contrôler Inès. Mais Federico, bientôt, va commencer à protester et à prendre sa revanche.

Au début, Federico n'était qu'un enfant turbulent et difficile. Nous pouvons faire l'hypothèse que durant cette phase il se mettait à «protester» car il ne se sentait pas aimé mais plutôt utilisé comme un instrument. Puis, quand sa protestation échoue à produire le moindre changement dans l'attitude de ses parents envers lui, Federico recourt à des «symptômes». Dans la réalité, cependant, chacun de ces «mouvements» se trouve rapidement inclus dans «le jeu psychotique» de la

famille. Il en résulte que Federico recourt à un type de mouvement encore «plus fort», celui de «l'attouchement érotique».

Comment pouvons-nous interpréter ce symptôme? Quoi que je n'aie pas de preuve incontestable, je pense toutefois que Federico peut avoir perçu les gestes d'approche sexuelle de Marzio vis-à-vis d'Inès, chaque fois repoussés et disqualifiés. «L'érotisme» de Federico peut être un message détourné que lui, à la différence de son père, n'abandonnait pas et ne jetait pas l'éponge. Ceci peut expliquer pourquoi il persiste malgré les réprimandes de sa mère ou de ses «victimes». Il se montre capable de passer sa journée à essayer de «toucher» l'une des amies d'Inès avec une intolérable ténacité. Il va sans dire que l'amie hésite à le gifler, car il n'est pas son enfant et Inès, tout en le réprimandant, ne prend jamais non plus de mesures radicales. En conséquence, malgré leur attachement pour Inès, ses amies désormais réfléchissent à deux fois avant d'accepter ses invitations. Federico est passé de la protestation à la revanche (3, 6). En fait, son comportement empêche Inès de jouer sa carte «charme»: ses amies ont appris à l'éviter et son attrait est entamé par la présence d'un enfant aussi désagréable.

Quant à Marzio, il va s'enfermer avec un bon livre et laisse Inès se débrouiller avec Federico. Comme il n'est jamais là et ne voit rien de ce qui se passe, il est facile pour lui de banaliser les troubles créés par le comportement de son fils. Tout ceci a pour effet d'exaspérer un peu plus Inès. Cependant, elle n'abandonne pas le «jeu», au contraire elle transforme les symptômes de Federico: d'un «coup» (mouvement) joué contre elle dans le «jeu», ils deviennent un «coup» contre Marzio.

Marzio se réjouit de ce que les symptômes de Federico imposent à Inès de la rejoindre à O. Et Inès, de fait, doit regagner O., mais non pas à la demande de Marzio. Marzio n'a pas gagné le «jeu». Inès ne vient pas à O. par amour pour Marzio ou Federico. Elle vient là simplement au nom d'une entité abstraite — «les symptômes de Federico» — quelque chose qui lui permet de continuer son «jeu» avec Marzio au plus près.

Inès accepte le contrôle de Marzio à travers Federico, sa mère et sa sœur. Elle l'accepte pour la raison que si Marzio a dû recruter d'autres contrôleurs, c'est que le «désinvestissement» se révèle un mouvement «efficace» qui ravive le «jeu», le radicalise et accroît le nombre des joueurs. Lorsqu'elle est au foyer, chacun peut croire qu'il est en train de la contrôler. Mais une personne qui doit être contrôlée et qui s'y soumet volontairement est-elle réellement une personne «contrôlée»? Les contrôleurs finissent par être contrôlés par la personne qu'ils pensent contrôler.

Nul ne peut contrôler Inès quand elle est au travail. Au foyer, elle exaspère chacun en prétendant que son esprit est occupé ailleurs. Elle va vers une fenêtre et jette des regards au-dehors comme une prisonnière. Elle compose un numéro de téléphone et raccroche dès que Marzio ouvre la porte; elle ne répond pas à certains appels téléphoniques, etc. Rompue qu'elle est au «jeu», elle invente de nouveaux «coups» prouvant par là qu'elle échappe au contrôle. Marzio est un joueur tout aussi confirmé mais moins rusé. Ses «coups» sont plus évidents et plus risqués, car il est habituellement le «perdant» dans la relation conjugale. En outre, je pense que ses tentatives pour gagner la position haute le font aussi tenter de gagner à lui Federico et de l'induire contre Inès (6).

Dans la famille Terri, le «jeu d'instigation» à travers l'enfant «pathologique», si fréquent dans les familles jouant un «jeu psychotique», n'est pas évident. J'ai néanmoins fait l'hypothèse que Marzio conduit un «jeu d'instigation» avec Federico car apparemment les symptômes de l'enfant l'aident indirectement à contrôler Inès et à lui imposer des contraintes de vie considérables. Federico, adhérant aux règles du «jeu familial», ne se heurte pas à sa mère directement, ni ouvertement. Il commence à importuner sa grand-mère et sa tante, et par extension toutes les femmes gravitant autour de sa mère à Rome. Il crée aussi des problèmes à O., mais reste attentif aux femmes de Rome. Ainsi, à O., il n'a jamais poursuivi la voisine.

La personne la plus «torturée» par son comportement semble être Inès. L'enfant «touche» toute femme qui s'aventure à entrer en contact avec elle: ainsi les amies d'Inès, ses connaissances et ses collègues. Ceci énerve Inès qui sait que, dans son dos, la plupart d'entre elles font toutes sortes de commentaires déplaisants.

Etant donné que Federico vit avec sa mère, Marzio pourrait au pire être accusé d'être un «père absent». Mais s'il est «absent», c'est alors de la faute d'Inès.

En bref, le symptôme de Federico est devenu l'instrument qui permet à Marzio et à Inès de ne pas définir leur relation.

Nous avons vu que Federico, de son côté, a commencé à croire au pouvoir que lui confèrent apparemment ses symptômes. Il pensait manipuler ses parents, alors qu'en réalité ceux-ci exploitaient davantage ses symptômes. Convaincu de son pouvoir, Federico continue à «jouer» ses symptômes contre sa mère, constituant ainsi une alliance tactique temporaire avec son père. En réalité, quand un «jeu psychotique» est en cours, toutes les actions et réactions des joueurs sont autant de «mouvements» stratégiques dans un «jeu», dont nous ne pouvons déduire la portée qu'à travers leurs effets pragmatiques. Il en est ainsi aussi pour les alliances tactiques jamais définies dans un groupe familial.

Ayant suivi pendant une dizaine d'années le conflit des Terri, nous connaissons les principaux «mouvements» et «contre-mouvements» pratiqués habituellement chez eux.

A première vue, sur la base des informations dont nous disposons, ce cas semble assez clair et ainsi aisé à résoudre. Cependant, je crains que cela ne soit pas le cas.

Dans l'hypothèse qu'Inès s'installe finalement à O., nous pouvons postuler que le conflit entre elle et Marzio *semble* être résolu, alors qu'en fait il *ne l'est pas*. Il subsistera, caché et camouflé. N'apparaîtront au-dehors que les troubles de comportement de Federico et l'immense patience de ses parents, ainsi que leurs efforts pour l'aider.

Si je peux me permettre cette expression, je dirais que la famille Terri passera simplement d'une «guerre offensive» à une «guerre de position». Cette dernière est moins aiguë mais plus usante et peut durer une longue période, avec ou sans escarmouches occasionnelles.

Je vais maintenant me risquer à formuler des hypothèses quant à l'itinéraire thérapeutique de Federico. Nous savons que déjà un psychologue a été mis «hors combat». Sans aucun doute, d'autres spécialistes seront consultés et finiront de

semblable façon. De mon point de vue, les Terri, grâce au combat féroce qui les soude, semblent partis pour une carrière de « chasseurs de têtes » parmi les psychiatres.

Il existe encore un autre élément défavorable à ne pas oublier : Marzio est médecin et Inès psychiatre. S'ils consultent un nouveau psychologue (1), nous pouvons imaginer combien il lui sera difficile de faire face à un couple de médecins, et à ce couple-là en particulier. Supposons alors que les Terri s'adressent, la fois suivante, à un psychiatre. Dans une telle situation, je sais par expérience personnelle combien il est difficile de conduire une thérapie auprès de collègues. Il est vrai que les psychiatres peuvent avoir recours à tout un arsenal de techniques spécifiques<sup>1</sup>, mais le fait demeure qu'il est difficile de lever cet obstacle. Selon moi, Marzio et Inès, divisés comme ils le sont, sont capables de faire front commun pour simplement saboter, ou au moins neutraliser, l'intervention de tout thérapeute futur et ainsi de collectionner l'un après l'autre leurs « scalp ». Pendant dix ans, trop d'amertume a déjà été semée, tous les coups ont été joués et ont causé autant de blessures à l'autre et à sa fierté, ceci en tout respect des règles de leur vendetta. De plus, dix ans suffisent à construire un contexte d'apprentissage à la fois pour les parents et les enfants, trop intriqué pour être aisément modifié.

Peut-être les Terri ont-ils même pensé à une thérapie familiale, mais j'en doute fort. De fait, pour cela, ils devraient admettre qu'ils sont une famille si malade que seul un collègue est en mesure de les aider à casser le « jeu » meurtrier dans lequel chacun est maintenant impliqué si douloureusement, mais dans lequel il n'y a ni gagnants, ni perdants.

Alors qu'il est plus facile de toucher le fond dans d'autres « jeux », se sentant par conséquent bloqué, de chercher une issue à tout prix, chacun toujours nourrit l'espoir, dans les familles à « jeu psychotique », que, grâce au « coup » suivant, avec chaque nouvelle coalition (alliance), il va être possible d'atteindre la position haute.

## Réflexion conclusive

A ce point de ma recherche, je peux dire que, pour les couples engagés dans des « jeux symétriques » et les familles dans des « jeux psychotiques », les « coups » disponibles sont en nombre limité. Cependant, les façons dont ces « coups » sont joués peuvent être infinies, dépendent de la phase historique, du contexte d'apprentissage, des valeurs morales et de l'imagination des joueurs. Cette diversité peut créer des écrans de fumée qui peuvent mettre le thérapeute hors piste. C'est pourquoi je m'efforce de me remémorer les « coups de base » et de les rechercher même lors des tentatives de camouflage les plus sophistiquées ou extravagantes de la famille.

Par « coups ou mouvements de base », je désigne les mouvements les plus habi-

---

<sup>1</sup> J'ai l'intention de consacrer un prochain article à ces techniques.



tuels, trop habituels pour être fortuits! Les mouvements que je souhaite souligner sont les suivants:

1. La fuite (habitude de dérobade).
2. Simulacre d'une absence relationnelle vis-à-vis du partenaire.
3. Jalousie possessive.
4. Contrôle.
5. Menaces de séparation.
6. Implication de la famille d'origine et surtout de l'un de ses membres dans le «jeu» familial.
7. Une alliance tactique de l'un des conjoints avec un membre de la belle-famille pour contrôler le partenaire.
8. Jeu d'instigation.
9. Une tendance à changer de lieu.
10. Une tendance à vivre à proximité de l'une des familles d'origine.

Quand une famille donne lieu à un premier diagnostic de «psychose» ou «d'autisme» ou encore de «schizophrénie» ou lorsque nous observons ce type de «jeu» au cours d'une séance, nous devons nous efforcer de découvrir si cette famille a eu recours aux «coups» cités plus haut dans son histoire passée ou en cours.

Il va sans dire qu'un «jeu psychotique» n'a pas d'apparence formelle bien tranchée. Chaque coup, chaque alliance est au service du «jeu» et par conséquent d'une véritable «tactique». Le «jeu psychotique» peut par conséquent s'être amplifié ou réduit en fonction du moment et de la stratégie.

*Giuliana Prata*  
6, via G.-Frua  
I-20146 Milano

Traduction: J.-Cl. Benoit en collaboration avec D. Masson

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Frondizi Bullrich S. (1986): «Las trampas de la escalada simétrica en la terapia familiar», *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatria*, vol. 6, pp. 535-542.
2. Haley J. (1981): «Vers une théorie des systèmes pathologiques» (pp. 60-82). In: Watzlawick P., Weakland J., *Sur l'interaction*, Ed. Le Seuil, Paris.
3. Prata G. (1988): *A systemic jolt into «family games» — The new method*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki.
4. Russel B. (1938): *Power — A new social analysis*, Ed. Unwin Books, Londres.
5. Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. et Prata G. (1980): *Paradoxe et contre-paradoxe*, Ed. E.S.F., Paris.

6. Selvini-Palazzoli M. and Prata G. (1983): «A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families». In: Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching M., *Psychosocial intervention in schizophrenia — An international view*, Ed. Springer Verlag, Berlin.
7. Selvini-Palazzoli M. (1983): «Gioco istigatorio e sintomo psicotico», *Terapia Familiar y comunitaria*, Lisboa.
8. Selvini-Palazzoli M. (1986): «Towards a general model of psychotic family games», *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, n° 4, pp. 339-349.
9. Sluzki C. and Veron E. (1971): «The double bind as a universal pathogenic situation», *Family Process*, 10, pp. 397-417.



## LES CARTES INSTITUTIONNELLES

### *Une figuration topologique des doubles liens*

J.C. BENOIT\*

«Les paradoxes (et les pathologies) du processus systémique naissent précisément du fait que la constance et la survie d'un système plus vaste sont maintenus par des changements dans les sous-systèmes constitutifs.»

[...] «Les idées écologiques implicites dans nos projets sont plus importantes que les projets eux-mêmes, et il serait stupide de sacrifier ces idées sur l'autel du pragmatisme. Il ne sera pas payant à long terme de 'vendre' les projets avec des arguments superficiels *ad hominem* qui cacheront ou contrediront l'intuition plus profonde.»

Grégory Bateson, *Vers une écologie de l'esprit*, 1980, Le Seuil, Paris, t. II, pp. 94 et 264.

**Résumé:** *Les cartes institutionnelles. Une figuration topologique des doubles liens.* — Une analyse topologique permet de mieux percevoir la nature actuelle d'une crise dans laquelle des intervenants systémiques se sentent impliqués, en particulier dans les situations de la pratique institutionnelle. La confusion des intervenants est souvent due soit à la méconnaissance de doubles liens, soit à la perception insuffisante d'une évolution, soit à cette incertitude elle-même. La figuration «vue d'en haut» du champ institutionnel peut utiliser les symboles des cartes familiales de Bowen et quelques autres formes simples.

**Summary:** *Institutional maps. A topographical shaping of double binds.* — Topographical analysis gives better views about the present stage of a crisis in which an institutional team is caught. The therapist's confusion is induced frequently: 1) or by double binds; 2) or by uncertainty about progress; 3) finally, by that uncertainty itself. «From about» shaping may give an idea of the institutional field, by use of symbols from Bowen family maps and with some others very simple forms.

**Mots-clés:** Carte — Institution — Double lien — Figuration — Champ.

**Key words:** Map — Institution — Double bind — Shaping — Field.

---

\* Centre Hospitalier Spécialisé Paul Guiraud, F-94806 Villejuif-Cedex.

Les psychiatres accoutumés à une pratique institutionnelle savent que la diffusion des doubles liens des familles à patient psychotique prend un caractère topographique. La zone soignante où sera confinée, dès que nécessaire, la pathologie mentale comporte des formes relationnelles très spatialisées. La «sectorisation» des soins psychiatriques a d'ailleurs été assurée en France et dans d'autres pays en fonction de cet «impératif». La plupart des services sociaux ou judiciaires concernés par la déviance tendent à la même organisation géo-démographique de leurs responsabilités.

Cette influence de l'espace vécu dans la famille à patient psychotique s'observe aisément lors des rencontres familio-systémiques : à l'entrée dans la séance, chacun prend sa place, sans grande hésitation, intervenants compris.

Les découvertes batésוניennes à l'hôpital psychiatrique de Palo Alto, au début des années cinquante, ont bien illustré cette rigidité hyperhoméostatique des espaces de communication à l'entour des patients schizophrènes. Il s'agit des relations en double lien (1).

L'évolution rapide, très manifeste aujourd'hui, vers des institutions plus souples — au moins en apparence — et ouvertes dans la cité, induit à l'affinement de telles recherches, lesquelles s'étendront probablement sans difficulté aux domaines institutionnels concernant la déviance.

La notion de *carte institutionnelle* naît très naturellement des œuvres des pionniers des thérapies familiales : triangles interactionnels, en particulier avec J. Haley, création des «symboles» du génogramme par Bowen et son école, avec des «cartes familiales», expression utilisée également par Minuchin et l'école structurale avec leurs figurations originales.

Dans plusieurs textes, j'ai souligné l'intérêt d'une «vision d'en haut», permettant en particulier de figurer un *champ institutionnel* comme sur une vraie carte, à propos surtout du travail familio-systémique en psychiatrie adulte (2). J'ai incité également Paule Lebbe-Berrier à utiliser cette figuration du territoire à propos d'observations où elle montre l'invasion si fréquente du génogramme familial par des intervenants sociaux, judiciaires et médicaux, nombreux et discordants (4).

Les cartes institutionnelles consistent en des représentations d'un plan où se déroulent des interactions entre un patient désigné, sa famille et des institutions, elles-mêmes d'ailleurs désignées (double désignation).

L'individu intervenant qui trace cette carte se trouve donc tant au-dedans qu'au-dessus (participant-observateur). Ainsi, au même titre que le patient désigné a une place centrale sur la carte familiale bowenienne, de même le ou les intervenants impliqués dans l'élaboration de la carte institutionnelle possèdent-ils une position «privilegiée».

## I. Triangles, doubles liens et topologie institutionnelle

Dans l'admirable biographie de Bateson réalisée par David Lipset aux dernières années de la vie du savant, on trouve une photographie, datant probablement de 1952 ou 1953, où nous font face quatre membres sur cinq du projet de recherche «The paradoxes of abstraction in communication»: Fry, Weakland, Bateson,

Haley (5). Devant eux, un magnétophone; derrière eux, un tableau noir présente les deux schémas ci-dessous.

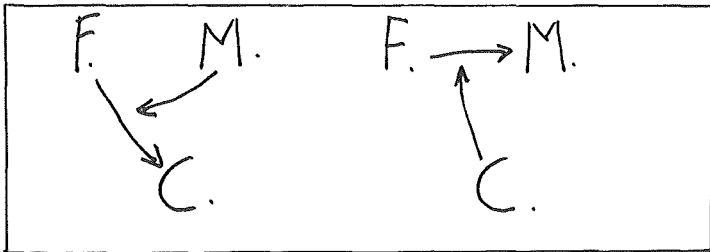


Figure 1: Interférences dans une triade familiale, présentées sur un tableau vertical (Father, Mother, Child)

Ces schémas indiquent clairement des modèles d'interférence relationnelle familiale: la mère vis-à-vis de la relation père-enfant, et l'enfant vis-à-vis de la relation parentale. En bonne logique, un troisième schéma viendrait compléter l'ensemble: l'interférence du père dans la relation mère-enfant.

Une composante supplémentaire peut aussi être envisagée. En effet, la présentation verticale du schéma indique «naturellement» une disposition *hiérarchique* de ce triangle, ou triade fondamentale. Pourquoi ne pas utiliser une «vision d'en-haut», du dessus du champ?

Certes, Th. Caplow a développé largement les conséquences du fait que: «La triade se trouve être le seul groupe social dans lequel le nombre de combinaisons est égal au nombre des éléments.» Maintenant, si nous observons d'en-haut la triade ou le triangle, nous constatons une seconde donnée fondamentale: *chaque participant est observateur et éventuellement intervenant par rapport à la relation des deux autres*:

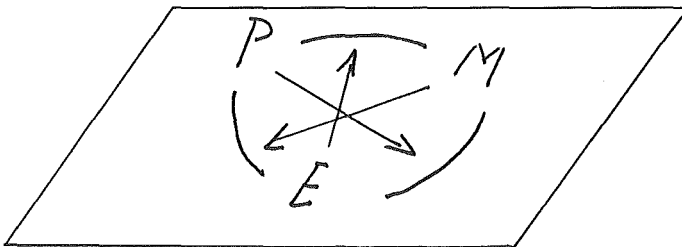


Figure II: Relations et interférences dans une triade familiale, représentées sur un champ «vu d'en-haut».

Ainsi la force communicationnelle des triangles acquiert une figuration aisée et nous pouvons essayer une extension hypothétique — et hypothétisante dans son emploi clinique, dirait M. Selvini — du modèle du double lien. Nous pouvons utiliser dans ce but les symboles classiques des cartes familiales boweniennes (6).

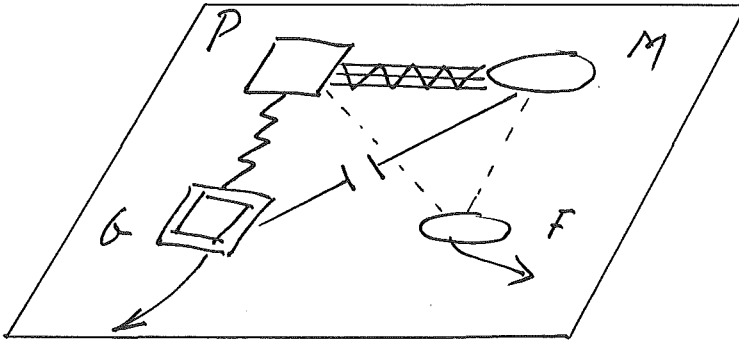
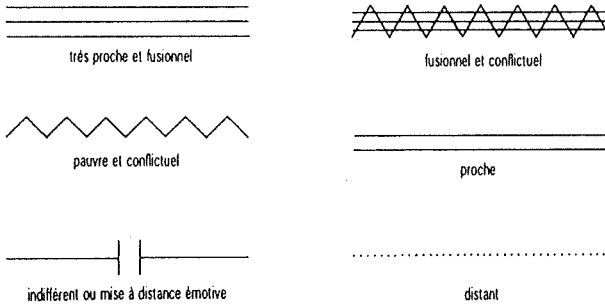


Figure 3: Modèle hypothétique d'une crise familiale grave. Les relations sont figurées avec des symboles utilisés dans les «cartes familiales» de Bowen. Une évaluation détaillée des relations montre leur complexité autour d'un double lien conjugal-parental.



Nous représentons ici une grave crise familiale, susceptible d'accompagner l'apparition d'un état psychotique initial chez un sujet jeune.

Nous indiquerons: 1°) un lien «fusionnel et conflictuel» entre les parents; 2°) dans cet exemple, au hasard: une relation «pauvre et conflictuelle» entre le père et le fils; 3°) et simultanément une «mise à distance émotionnelle» (*cut-off*) entre la mère et le fils. Dans cet exemple hypothétique, le fils est menacé du départ (ou pseudo-départ) vers une institution. On peut noter que la sœur acquiert au même moment une différenciation franche (autonomie d'une forme ou d'une autre, par exemple mariage) avec une simple distanciation vis-à-vis du noyau restant, fait parfois observé.

Le lien *fusionnel et conflictuel* entre les parents — équivalent d'un *double lien* — tendra à s'apaiser s'il peut se transmettre par exemple à l'institution où va être placé le jeune psychotique. De même, l'ambivalence du couple parental se reflétera dans celle du patient, instigateur éventuel de telles relations parmi ses soignants.

Quoiqu'il en soit de ce schéma, la situation créée concerne d'emblée une institution, ici psychiatrique. La perspective systémique substitue à la pratique diagnostique courante cette vision de la complexité. De ce fait, elle doit inciter les soignants à une *confrontation* à la crise familiale, dès que possible, afin d'affronter clairement ses doubles liens.

Cette confrontation, dans mon expérience clinique, se réalise au mieux avec l'organisation d'entretiens collectifs familio-systémiques. La règle est de recevoir toutes les interférences familiales en présence du patient, en pleine loyauté à son égard. Le corollaire n'est pas moins important : *requérir avant tout l'aide du patient dans l'organisation de ces rencontres*. Ce second principe nous protégera de la démesure (*ubris*) représentée par une tentative hasardeuse de thérapie familiale proprement dite.

Ayant accepté la fonction et la carrière d'intervenant au nom de la Société dans les zones d'aliénation ou de déviance, nous tenterons nous-mêmes de sortir de cette impasse grâce aux ressources que le patient trouvera en soi pour une négociation — assistée par nous — avec les siens, ou certains des siens. Nous saurons aussi que les personnalités fragiles dont nous avons la charge ont appris à se réfugier dans leurs symptômes dès que la loyauté baisse dans l'institution, ce qui survient assez souvent malgré tout notre sens du collectif.

## II. Elaboration des cartes institutionnelles

L'intérêt des représentations topologiques des crises réside souvent dans la formalisation, *par étapes*, du processus évolutif. Cette pratique accoutume aussi à penser en formes relationnelles, lorsqu'il faut se maintenir actif dans un système thérapeutique très complexe. De plus, ici, comme très souvent en psychothérapie, la confrontation à une figuration négative — menaçante ou dévalorisante — peut faciliter une meilleure *anticipation* des étapes positives à venir. Il s'agit-là d'un principe paradoxal et stimulant.

Dans le cas de Jean-Mathieu, 17 ans, un psychiatre d'enfants sollicite mon aide en tant que responsable de secteur psychiatrique adulte. Lui-même assure des soins surtout psychologiques dans un grand Externat pédagogique pour enfants et pré-adolescents en difficulté. Il constate une évolution psychotique chez Jean-Mathieu depuis un an. Ce garçon, qui vit auprès de ses parents, fréquente les jours ouvrables cette institution depuis l'âge de 8 ans. Il suit également une psychothérapie dans un Centre médico-psychologique. Des problèmes sont donc apparus, dans l'un et l'autre cadre : anxiété et arrêt des acquisitions, bizarreries, lenteur des conduites, insuffisante participation aux groupes de l'Externat, appauvrissement de la relation psychothérapique au Centre. Le collègue a dû prescrire un neuroleptique et il pense que le diagnostic de psychose se pose dorénavant. La directrice de l'Externat pose la question du départ de Jean-Mathieu vers un établissement plus approprié. La directrice du Centre et la psychothérapeute partagent cette opinion.

Un rendez-vous est fixé à Jean-Mathieu et ses parents au dispensaire de secteur adulte. Nous les recevons, une infirmière co-thérapeute et moi. D'aspect immature, longiligne et plutôt petit, maniéré, n'achevant pas ses phrases ambiguës, le visage marqué d'un sourire stéréotypé, Jean-Mathieu ouvre de grands yeux inquiets et mobiles sur ce nouveau cadre de rencontre. Les parents, assez figés, semblent cacher leur angoisse sous une fausse euphorie. Ils décrivent une situation... remontant à la naissance. Prématurité, fragilité, retards d'acquisition, difficultés d'intégration. Toutefois, pour eux, Jean-Mathieu s'est parfaitement adapté aux deux ins-



titutions qu'il fréquente. Certes, le psychiatre a dû donner des médicaments. Mais la bonne volonté de Jean-Mathieu mérite la poursuite d'une aide institutionnelle. Le père souligne ses capacités physiques: Jean-Mathieu joue beaucoup au ping-pong... Une sœur aînée, encore à la maison, va bien. Une grand-mère paternelle est à proximité.

Bref, voici un autisme se confirmant à l'adolescence et une famille qui demande la poursuite d'une institutionnalisation de bonne qualité. Et voici une équipe psychiatrique adulte embarrassée, car ces moyens idéaux lui font défaut.

Voici la carte de la situation décrite, au stade où chacun se trouve encore bien à sa place :

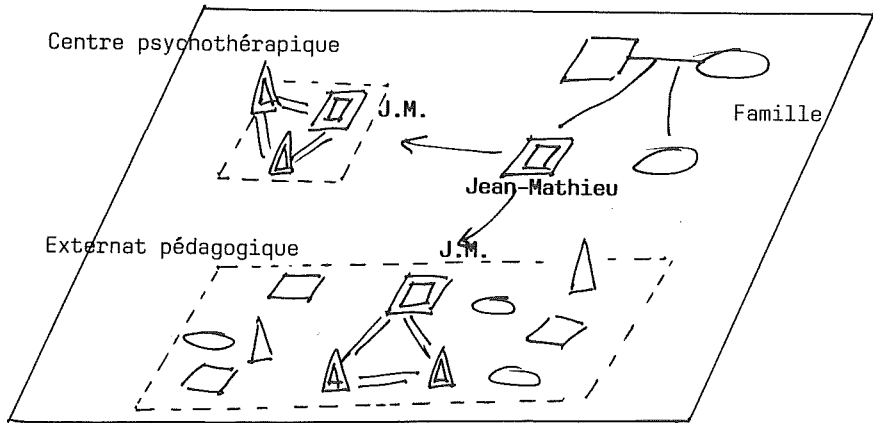


Figure 4: Carte institutionnelle: état stable. Les relations sont positives et paisibles pendant plusieurs années.

Ici nous ajoutons aux symboles boweniens des triangles aigus verticaux signalant les intervenants désignés, et les autres. Les institutions à temps partiel sont indiqués par des carrés à limites en pointillés. Les flèches indiquent les fréquentations institutionnelles du patient. Nous constatons un *état stable idéal*. Sans aucun doute, ce parfait équilibre a-t-il dû jouer un rôle positif dans la prévention d'un trouble mental plus grave chez le patient.

Quoi qu'il en soit, depuis un an le système craque. Nous décidons, à la fin de ce premier entretien, une rencontre collective à l'Externat.

Celle-ci se réalise au bout de quelques semaines. A l'arrivée, nous rencontrons le psychiatre puis la directrice de l'Externat. Celle-ci se montre très naturellement décidée à participer à l'entretien collectif. La disposition du groupe dans la pièce se réalise en un instant (Fig. 5).

Au cours de la séance, nous relevons les faits suivants :

1. Jean-Mathieu paraît mal à l'aise: il veut partir avant la fin puis, l'heure venue, semble hésiter. Ses propos sont flous. Il recherche le regard de sa mère.

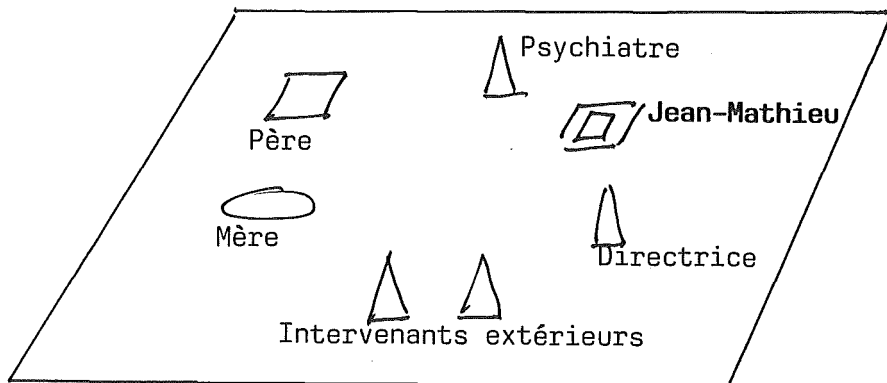


Figure 5 : Entretien collectif familio-systémique à l'Externat pédagogique. Places prises spontanément par les participants.

2. Le psychiatre montre une proximité assez constante à son égard. Il évoque la bonne adaptation du patient à son atelier de musicothérapie.
3. La directrice souligne la longue durée de la présence du jeune dans l'établissement : elle le connaît depuis l'âge de 8 ans. D'après elle, il supporte de plus en plus mal les autres, en particulier les filles.
4. La mère dit qu'il faudrait que Jean-Mathieu fasse encore quelques progrès dans un centre, autre, mais d'égale qualité. Elle lui trouvera ensuite un emploi de jardinier à la mairie où elle travaille.
5. Le père demande que l'on guérisse son fils.
6. Je suis gêné par l'absence de participation de Jean-Mathieu à l'entretien et l'infirmière essaie de solliciter celui-ci, avec peu de succès.

Il me faut émettre un avis final dans l'entretien. Je précise les points suivants devant le groupe :

- La directrice est en train de faire un travail de deuil vis-à-vis de Jean-Mathieu.
- Le collègue a posé un diagnostic psychiatrique très sérieux.
- La situation est complexe.
- En conclusion, chacun va chercher de son côté des adresses d'institutions adaptées au cas de Jean-Mathieu, pour un avenir proche. Nous nous retrouverons dans trois semaines, au même lieu.

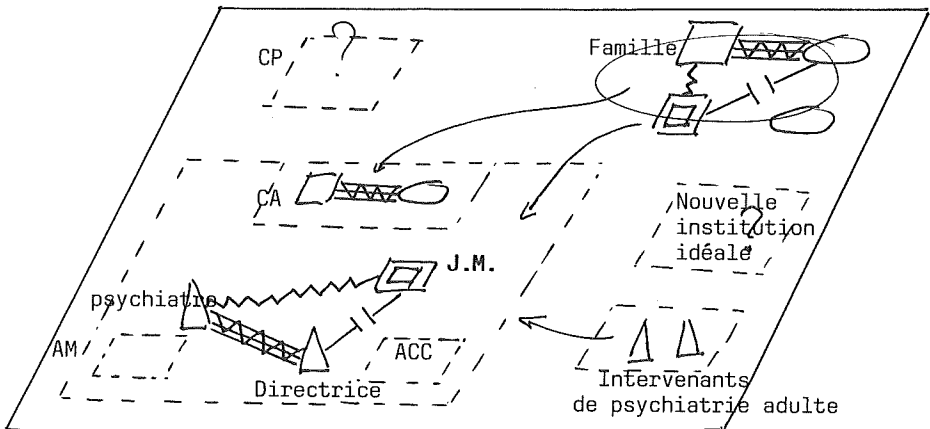
Nous nous séparons. Le collègue et la directrice souhaitent vivement nous faire visiter l'Externat. Nous sommes pressés. En quelques minutes, nous recueillons les informations suivantes :

- Le collègue exprime son regret qu'une place possible dans un hôpital de jour qu'il connaissait n'ait pas pu se libérer. Ceci, dit-il tel que, lui aurait permis de

«se débarrasser du cas»... Ce que je perçois comme une forte agressivité latente vis-à-vis de Jean-Mathieu.

- La directrice nous fait visiter deux grands ateliers; l'un pour les garçons, de travail du bois, avec des machines impressionnantes; l'autre, tout en rose, pour les filles, avec un emplacement cuisine et une partie couture. C'est ce dernier que fréquente Jean-Mathieu... Ce que j'assimile à un «cut-off».
- La directrice signale enfin que les parents se sont faits élire au Conseil d'administration de l'établissement et qu'elle les supporte assez mal, avec leurs grands yeux et leurs sourires anxieux, au premier rang de cette assemblée. Ce qui m'apparaît comme l'introduction des doubles liens familiaux dans l'externat.

Ces informations, reçues en post-séance, nous aident à faire la carte lucide suivante, où la transposition des doubles liens familiaux dans l'institution se montre très probable.



CP: centre psychothérapique    CA: Conseil d'administration    AM: atelier de musicothérapie    ACC: atelier de cuisine couture

Figure 6: Carte institutionnelle: crise collective. A l'approche de la majorité de l'adolescent, la panique familiale pénètre l'institution qui fait appel à un secours extérieur. Les influences extérieures envahissent l'Externat pédagogique.

Nos hypothèses concernent les aspects difficiles suivants:

1. Une crise générale se développe autour de Jean-Mathieu à l'approche de sa majorité.
2. Le centre de psychothérapie est désormais hors du champ.
3. Les parents ont introduit leurs doubles liens dans l'institution, à la fois directement au Conseil d'administration et, plus subtilement, dans les relations entre le psychiatre et la directrice. Derrière une pseudo-empathie pour le jeune, le

psychiatre se laisse entraîner par son agressivité à l'égard de ce patient qui compromet son statut psychothérapeutique local. La directrice, de la même façon, veut mettre fin à cette prise en charge dès que possible, certaine qu'elle est d'échouer dans l'intégration professionnelle du jeune. Soumis à la pression confusionnante des parents, tous deux se montrent actuellement incapables de mettre au point, en commun, le projet d'éviction/transmission de Jean-Mathieu.

La carte institutionnelle apporte-t-elle autre chose qu'une lecture? La tâche utile qu'elle propose à notre équipe de psychiatrie adulte semble claire: tenter de garder la position de consultants de la crise, jusqu'à ce que les relations se clarifient entre les participants *actuellement* concernés, *notre équipe incluse*. Nous devons rester sur la carte tant qu'elle nous concerne. Consultants-participants...

### III. La supervision par les cartes institutionnelles

Selon le Petit Robert, «la topologie a d'abord été appelée *géométrie de situation* ou *analysis situs*». Ceci coïncide avec notre propos. Les responsables institutionnels ont certes un rôle capital, aider leurs collaborateurs à prendre un certain recul afin de mieux juger les situations difficiles. Cette supervision intra-institutionnelle nécessite l'entrée dans la confusion des doubles liens, vécue à la base praticienne et transmise dans l'institution par les patients et leurs familles. Quelques supervisions à l'extérieur m'ont aidé à mettre au point cette méthodologie. Car: *ailleurs, c'est la même chose... avec ces différences qui font mieux voir*.

Un collaborateur psychiatre (D<sup>r</sup> X), au dispensaire du secteur, me sollicite. Il souhaite que j'assure, éventuellement, un soutien psychothérapeutique à la mère d'une de ses malades. Cette mère interfère trop activement dans sa relation thérapeutique avec sa fille. Nous nous connaissons tous bien, en effet. Nous partageons tous les quatre le même champ institutionnel depuis cinq ans.

Voici un bref résumé de ce passé. Le frère de Sabine, médecin, a fait la première démarche. L'histoire familiale, fort complexe, a d'emblée intéressé le docteur X, qui termine à cette date sa formation systémique. Après le décès du père, nettement plus âgé que la mère, celle-ci rejoint la région parisienne avec Sabine, 35 ans, célibataire. Malgré une longue psychanalyse, Sabine est restée au foyer parental et présente depuis deux ans des troubles psychotiques. Le frère, installé à Paris, lui trouve un emploi, que Sabine occupe encore aujourd'hui. Une forme de thérapie familiale nous a unis tous les cinq, pendant dix-huit mois. Puis les choses ont suivi leur aspect variable. Tantôt traitée par son frère, en urgence, tantôt assidue à ses rendez-vous duels auprès du docteur X, Sabine paraît à la fois solide et fragile. Parfois, son état la conduit à l'hôpital, pour des durées brèves qu'elle finit par gérer elle-même, sans dramatisation. Sa mère, avec laquelle elle vit, joue un rôle permanent. Depuis quelques semaines, celle-ci exerce donc des pressions sur le docteur X. Elle essaie de m'atteindre au téléphone. Puis je la retrouve dans la salle d'attente du service. Je lui refuse le contact avec un maximum de politesse.

Voici la carte institutionnelle telle que je la perçois quand le docteur X m'interpelle.

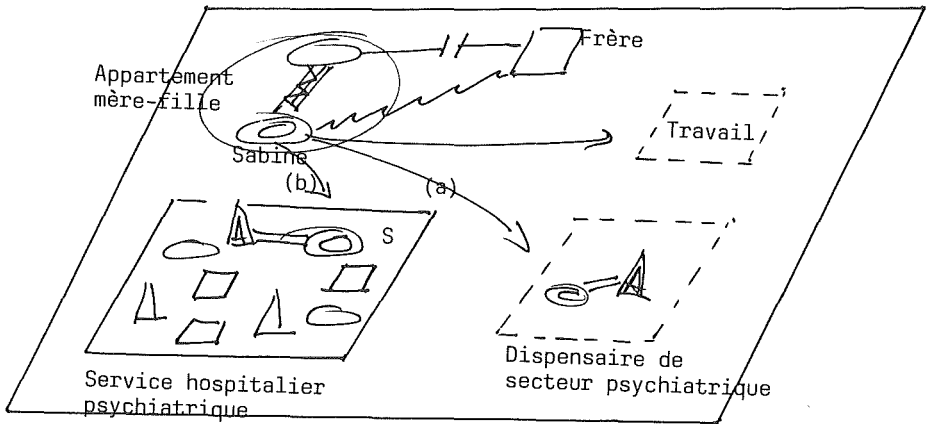


Figure 7: Les lieux relationnels de Sabine. Tensions, oscillations, «rechutes». A noter que l'institution à temps complet est dessinée en traits pleins pour rappeler sa tâche de contrôle permanent.

Cette carte indique ce que je sais de Sabine, de ses liens personnels et de ses relations institutionnelles sur notre champ commun.

Elle vit avec sa mère. Le frère a pris de la distance, n'intervenant que par à-coups, probablement à la demande de la mère. Sabine reçoit au dispensaire un traitement de neuroleptiques retard. Le docteur X la suit là (a). Elle assure son travail. Parfois, elle interrompt les soins. Ceci peut aboutir à une hospitalisation (b). Sabine s'entend bien avec ses thérapeutes.

L'hypothèse plausible de doubles liens entre elle et sa mère, d'une mise à distance émotive mère-fils, et d'un conflit sœur-frère se trouve figurée sur la carte. A noter que malgré ces années de rencontre... nous manquons *totalemment* d'informations concernant la vie personnelle du frère. Quelque peu intrusif, mais hors d'atteinte!

Une question m'est posée: vais-je prendre en charge la mère de Sabine? Cela est contraire à mes principes. Toutefois, le pire n'étant jamais certain, je poursuis mon entretien avec mon collaborateur, le docteur X, c'est-à-dire «la pêche aux informations». Au fil des échanges, soudain le docteur X me donne cette information, stupéfiante pour moi: *Sabine vit seule maintenant*, dans un appartement peu éloigné de celui de la mère. Alors nous pouvons tracer, avec le docteur X, la carte institutionnelle ci-après (Fig. 8).

Les pressions en cours de la mère de Sabine pourraient, en fait, accompagner un pas décisif de la cure. Déjà libérée de la tutelle de son frère, Sabine se montre capable de se séparer matériellement de sa mère. Les relations positives avec ses thérapeutes constituent le centre du système thérapeutique qui la concerne. Dans l'étape actuelle, les thérapeutes doivent se garder de compliquer les choses, en particulier éviter d'offrir une fausse aide à sa mère. Malgré la tension qui subsiste entre mère et fille, une négociation devient possible entre elles, et ceci en particulier

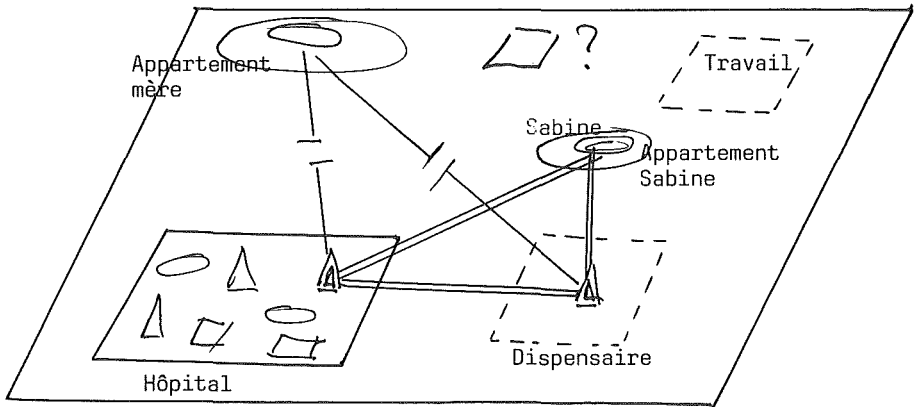


Figure 8: Pseudo-crise. Les tentatives d'interférence de la mère sont bloquées par les thérapeutes. Il s'agit d'une étape de la différenciation.

depuis que Sabine a su se créer un toit personnel. Peut-être serait-il utile d'explorer auprès de Sabine son désir d'une mise au point collective, avec ses thérapeutes et sa mère.

Nos investissements passés, récents et présents à son égard, nous assurent d'un certain capital, qui nous permet de prendre certains risques. Toute étape de différenciation de Sabine s'accompagne inévitablement de rentissements et de sollicitations dans l'ensemble du système thérapeutique créé en cinq années avec elle et les siens. L'appui psychothérapeutique du docteur X lui reste assuré, tel est le centre de système thérapeutique. Créer une relation latérale avec la mère, dans l'institution, sur notre territoire, ressemblerait à un retour en arrière. Allons plutôt un peu vers l'avant.

## Conclusion

Les doubles liens propres aux «relations fusionnelles et conflictuelles» et à leurs conséquences dans l'environnement thérapeutique ont donc pour nocivité capitale de recréer la même ambivalence, la même incertitude, la même confusion parmi les intervenants institutionnels. Les idées précises et les sentiments clairs disparaissent. Ceci aboutit à un surcroît de gestes thérapeutiques erronés. Dans certains cas difficiles, on voit des intervenants systémiciens se laisser noyer dans des génogrammes hypertrophiques, ou tenter des passages à l'acte intrusifs dans les familles.

Compte tenu de l'effort supplémentaire que représente l'action systémique et de ses résultats souvent bien meilleurs que ceux des pratiques classiques, il est utile, à mon sens, de trouver dans les cartes institutionnelles une aide précieuse sur le terrain.

Par exemple, nous aurons parfois la surprise de constater qu'en réalité le patient a quitté notre champ d'action et qu'il est en train de poursuivre ses soins ailleurs, sans une démarche précise des nouveaux intervenants à notre égard. De même, nous prêterons plus d'attention aux arrivées sur notre territoire, en tentant d'emblée un clair «état des lieux» sur lesquels nous allons être entraînés.

Ces exemples, en conclusion, rappellent simplement qu'il sera toujours question, pour nous et notre équipe, de clarté ou de confusion dans les statuts et les relations, c'est-à-dire de confirmation ou de disconfirmation dans les champs de plus en plus complexes des institutions sociales, médico-sociales ou psychiatriques qui se multiplient dans nos espaces hyper-urbanisés.

*Docteur J.C. Benoit*  
Centre Hospitalier Spécialisé Paul Guiraud  
54, av. de la République  
F-94806 Villejuif-Cedex

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1972) (1980): *Vers une écologie de l'esprit*, II, Le Seuil, Paris.
2. Benoit J.C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y. et Kannas S. (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, E.S.F., Paris.
3. Caplow T. (1968) (1982): *Deux contre un*, E.S.F., Paris.
4. Lebbe-Berrier P. (1988): *Pouvoir et créativité du travailleur social*, E.S.F., Paris.
5. Lipset D. (1980): *Gregory Bateson, the legacy of a scientist*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
6. Mc Goldrick M. et Gerson R. (1985) (1990): *Génogrammes et entretien familial*, E.S.F., Paris.

# HIÉRARCHIE ET CIRCULARITÉ DANS LE DIALOGUE

## *L'apport d'une recherche sur la dyade*<sup>1</sup>

Elisabeth FIVAZ-DEPEURSINGE<sup>2,3</sup>

**Résumé:** *Hiérarchie et circularité dans le dialogue. L'apport d'une recherche sur la dyade.* — L'auteur soutient la thèse du paradigme évolutionniste selon laquelle on peut représenter des jeux d'influences circulaires dans des organisations hiérarchiques à condition de suivre la *trame temporelle* des échanges. Elle se réfère à la validation expérimentale de ce modèle par l'étude micro-analytique du dialogue entre parent et bébé. D'où il ressort que la communication est une coordination continue entre les partenaires et que c'est de cette activité même qu'émergent les agencements hiérarchiques, agencements constamment renégociés, voire *recontextualisés*. L'apport de la recherche micro-analytique en communication est proposé pour relier explicitement les concepts très abstraits de la systémique aux descriptions cliniques.

**Summary:** *Hierarchy and circularity in dialogue. The contribution of a research on the dyad.* — The author documents the hypothesis of the *evolutionist paradigm* according to which one may represent circular influences within a hierarchy by following the *temporal web of exchanges*. She refers to the experimental validation of this model by the micro-analysis of dialogue between parent and infant. The results show that communication evolves out of a continuous coordination between partners and that it is out of this very activity that hierarchical constructions emerge, constructions that are constantly renegotiated, or even recontextualised. The contribution of the micro-analytical research is proposed as a much needed way to articulate the highly abstract concepts of systems theory with clinical descriptions.

**Mots-clés:** Communication — Approche systémique — Interaction parent-nourrisson — Encadrement — Micro-analyse.

**Key words:** Communication — Systems approach — Infant-parent interaction — Framing — Micro-analysis.

Peut-on concilier hiérarchie et circularité? Dans cet article, j'aimerais montrer qu'il est possible de se représenter un jeu d'influences circulaires entre les niveaux

<sup>1</sup> Les recherches décrites dans le texte sont conduites avec l'aide du Fonds National de la Recherche Scientifique, subsides n<sup>os</sup> 3.890-0.85, 3.932-0.87.

<sup>2</sup> Dr Psych., Privat-Doctent et Agrégée, Centre d'Etude de la Famille (dir. Prof. L. Kaufmann), Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Hôpital de Cery (dir. Prof. H. Dufour), CH-1008 Prilly.

<sup>3</sup> Y. de Roten et P. Scheidegger, psychologues, ont relu cet article et fait les schémas. Je les en remercie.



hiérarchiques de la communication en suivant la *trame temporelle* qu'y dessinent les échanges. Cette procédure s'inspire de deux directions de recherche conjointes, développées au Centre d'Etude de la Famille. L'une, théorique, basée sur la modélisation, est formalisée dans le *paradigme évolutionniste*. L'autre, expérimentale, est issue de la *micro-analyse* du dialogue entre parent et bébé. Notre effort de recherche vise entre autres à combler un vide particulièrement sensible existant dans le domaine de la thérapie familiale; à savoir l'absence d'articulations explicites entre les conceptions très abstraites de la systémique et les applications cliniques. J'aimerais montrer que malgré sa difficulté, une telle entreprise enrichit aussi bien nos connaissances cliniques que théoriques.

Pratiquement, je me limiterai à un résumé des points théoriques nécessaires pour discuter de hiérarchie et circularité ainsi qu'à des exemples tirés de nos recherches sur la dyade. Pour rendre plus accessibles des langages peu utilisés en clinique, je progresserai en alternant entre l'illustration, la formalisation et la méthode d'application.

## Introduction

S'il est un concept (ou une métaphore) qui fait autorité dans les champs si étroitement liés que sont la communication et la thérapie familiale, c'est celui de hiérarchie. En effet, on conçoit la communication comme une organisation à niveaux multiples de contenus emboîtés dans des contextes (2, 38). Quant au groupe familial, on le décrit aussi comme hiérarchisé, notamment par générations. Par exemple, on utilise les frontières intergénérationnelles comme critère du fonctionnement familial (27, 19, 31) ou pour repérer loyautés invisibles et parentification (3).

Pourtant la réflexion épistémologique s'est écartée de la notion de hiérarchie; en effet, tout en concédant l'utilité de cette description pour la pratique, certains auteurs l'ont exclue de leur théorie au nom de la circularité (24). Ainsi soutient-on dans les modèles éco-systémiques que hiérarchie et circularité sont incompatibles; la circularité n'admettrait que la réciprocité des influences (23), celle-ci étant apparemment confondue avec l'égalité. Tandis que dans les modèles pragmatiques ou stratégiques, où l'on accorde une grande importance au pouvoir, on place la hiérarchie au premier plan — mais alors on la confond avec les influences qui vont du haut en bas des organisations.

Plusieurs solutions ont été envisagées. Tout d'abord, il y a lieu de distinguer entre *hiérarchie de pouvoir* et *hiérarchie descriptive* (18). Alors que dans la première, les termes de supérieur et d'inférieur connotent effectivement des relations de supériorité et d'infériorité, dans la seconde ils ne font que marquer des différences de niveau structurel.

Ensuite, on peut plaider avec B. Keeney pour un rapport *dialectique* entre linéarité et circularité (24); dans ce sens, on peut parler respectivement de la famille comme *organisation* (hiérarchie) et de la famille comme *totalité* dont les éléments s'influencent tous mutuellement (réciprocité des influences). Mais si cette position a l'avantage d'introduire une dynamique entre les deux perspectives, elle ne précise

pas de quel processus relèverait cette dernière. Je soutiendrai qu'elle relève de la dimension du *temps*.

On remarquera à juste titre que le temps faisait partie intégrante de la théorie de G. Bateson sur la communication. Mais si perspicaces qu'aient été les membres du *collège invisible* (40), les modèles aussi bien que les méthodes appropriées leur ont manqué pour l'intégrer.

En matière de *modèles*, on s'est tout d'abord référé à un modèle qui précisément ne contenait pas le temps, celui des types logiques. *A posteriori*, des arguments fondés permettent de remettre cette référence en cause. C'est aux auteurs de la théorie psycho-linguistique du *Coordinated Management of Meaning* (abrégé CMM dans la littérature) qu'il revient d'avoir montré que ce choix a conduit à une conception prédéterministe des contextes (4). Seule la réintroduction du temps, arguent-ils, est à même de modifier cette conception erronée au profit d'une théorie *réflexive* de la communication dans laquelle s'exercent des influences multidirectionnelles, sinon égales. Dans la même veine, le thérapeute familial K. Tomm affirme que c'est la dimension temporelle qui fait la différence entre hiérarchie *fermée* et hiérarchie *ouverte* (35, 36; voir aussi 6, 8, 21). Enfin, nous verrons que les auteurs du paradigme évolutionniste arrivent aux mêmes conclusions, mais par une voie différente, celle de la modélisation (13, 15).

En matière de *méthodes*, inclure la dimension temporelle s'est révélé difficile et bien des problèmes restent aujourd'hui irrésolus (30). Toujours est-il que négliger cette dimension intrinsèque de la communication ne paie pas. En témoignent entre autres les nombreux échecs des recherches sur le double-lien (4). Aussi estime-t-on que seuls les instruments qui rendent compte de la disposition *séquentielle* des éléments de la communication feront justice à sa complexité. Actuellement, c'est la micro-analyse qui est considérée comme l'instrument le plus approprié: dite aussi méthode structurale, elle consiste à représenter la structure et les processus de l'échange sur la base d'une micro-description systématique et aussi exhaustive que possible. Mais si la méthode est prometteuse, elle est à l'évidence très lourde — et par conséquent rarement utilisée (28).

C'est ici qu'intervient la référence à l'*interaction parent-nourrisson*. Etant moins complexe que la communication en thérapie familiale, ce domaine a donné lieu à des développements méthodologiques et théoriques remarquables. Et il nous intéresse au premier chef car le problème hiérarchie/réciprocité des influences s'y pose impérativement. En effet, comment concilier la hiérarchie qu'implique nécessairement l'asymétrie de contrôle entre l'adulte et le nourrisson avec l'influence certaine que confèrent au bébé ses compétences précoces (33)?

Ici s'affrontent à nouveau deux conceptions de la hiérarchie, l'une linéaire, l'autre circulaire.

## **Hiérarchie linéaire, hiérarchie circulaire: la différence**

Deux exemples, l'un concernant l'organisation communicationnelle, l'autre, l'organisation sociale, illustreront la différence entre hiérarchie linéaire et hiérarchie circulaire.

**Premier exemple:** Les progrès de la micro-analyse dans le domaine de l'interaction précoce ont permis entre autres de cerner de plus près une notion qui fait précisément pendant à celle de la hiérarchie intergénérationnelle en thérapie familiale, celle de *framing*, ou encadrement. En bref, le *framing* a été proposé par A. Fogel (16) à partir de l'observation suivante: sachant que le flux interactionnel se déroule en épisodes entrecoupés de pauses, il a constaté qu'au cours du dialogue précoce, les épisodes d'orientation du regard de la mère vers son enfant sont plus longs que ceux de l'enfant vers elle; de plus, ils les emboîtent de telle manière que chaque fois que le bébé s'orientera vers sa mère, il retrouvera le contact œil à œil (se reporter à la Figure 1 pour un schéma de ce type de structure). Selon l'auteur, cette relation rend compte des emboîtements multiples des échanges entre mère et nourrisson et à ce titre elle en constitue une propriété générale. Sa valeur heuristique pour le développement fait aujourd'hui autorité (22, 33). Mais la question qui nous intéresse est la suivante: l'ordre ainsi défini entre l'adulte et le bébé est-il pré-déterminé (hiérarchie linéaire) ou n'est-il que probable (hiérarchie circulaire)? L'enjeu épistémologique est évident; car opter pour l'une ou l'autre conception revient à choisir entre une théorie environmentaliste par opposition à une théorie constructiviste de la communication et du développement; ou encore, dans les termes de Von Foerster (17), ce choix revient à nous définir comme des machines triales par opposition à des systèmes auto-organisateurs.

**Deuxième exemple:** Classiquement, on considère que les grands systèmes sociaux, tels les institutions scolaires ou professionnelles, forment le contexte de la famille (26). Récemment, on a d'ailleurs été jusqu'à proposer l'hypothèse

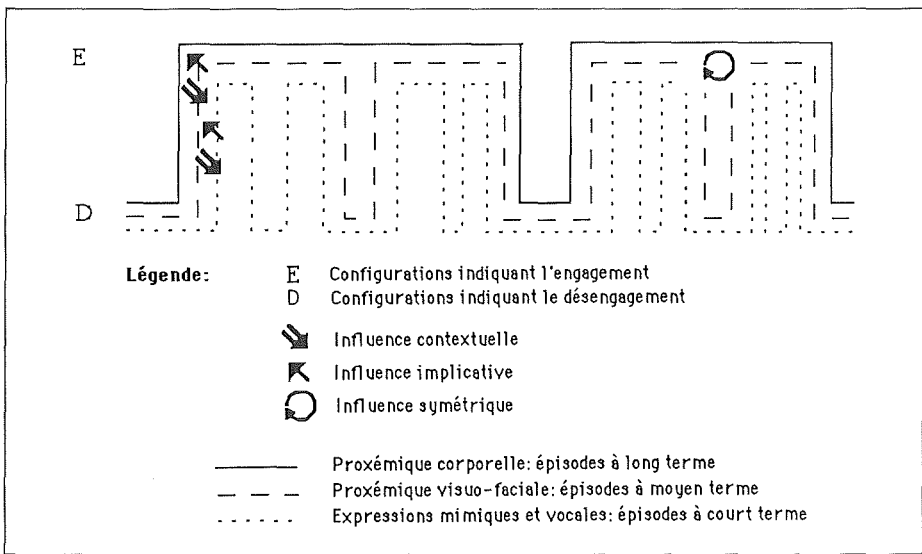


Figure 1: Structure hiérarchique de la communication.

inverse, à savoir que l'ordre social est défini par nos co-constructions langagières (1). Mais ces hypothèses opposées sont cependant équivalentes du point de vue qui nous intéresse ici : elles définissent un ordre *a priori* qui fait des organisations formées par les grands systèmes sociaux et la famille, ou par le langage et l'ordre social, des *hiérarchies linéaires*, dans lesquelles on ne s'attache pratiquement à décrire qu'une direction d'influence, de haut en bas. Une procédure erronée qui paraît aller de soi lorsqu'on invoque l'importance des contextes pour attribuer des significations aux contenus. Pourtant, cette procédure n'est pas à même de rendre compte des influences qui s'exercent aussi dans les autres directions, notamment de bas en haut, ou encore horizontalement, entre éléments de même niveau. Si c'est plutôt en termes *probabilistes* qu'il faut raisonner pour décrire ce jeu d'influences on sera conduit, méthodologiquement parlant, à évaluer de *cas en cas* à quel niveau de l'organisation se situent les différents systèmes.

En dernière analyse, les conceptions de l'ordre social et de la communication qu'impliquent la hiérarchie circulaire relativement à la hiérarchie linéaire sont donc radicalement différentes :

- au lieu d'être prédéterminés, les contextes *émergent* au fur et à mesure que se déroulent les échanges ; certes, on ne niera pas que la marge de liberté pour choisir un contexte est réduite par de nombreuses contraintes (allant des conventions culturelles et sociales aux limites imposées par la psychologie et la biologie) ;
- si, au lieu d'être unidirectionnelles, les influences entre niveaux sont multidirectionnelles, *l'agencement entre niveaux peut être réordonné* : par exemple un sous-système placé en bas de l'organisation est susceptible de se déplacer à un niveau supérieur de l'organisation.

C'est par le terme de *recontextualisation* que je décrirai le processus par lequel un renversement hiérarchique peut se produire. Mais se pose tout d'abord la question de savoir comment nous distinguons un contexte d'un contenu.

## Les critères des relations hiérarchiques

Dès lors que les influences ne sont pas intrinsèques aux situations, aux modalités ou encore aux partenaires, quels critères adopter pour séparer un contexte d'un contenu, un niveau hiérarchiquement supérieur d'un niveau inférieur ?

Selon le CMM, un certain degré de *réflexivité* étant inhérent à la communication, il faut envisager une gamme d'influences allant de l'égalité (réflexivité maximale) à l'inégalité (réflexivité minimale) ; leurs intensités peuvent changer *au cours du temps* et elles s'exercent dans toutes les directions. La procédure pour reconnaître les relations hiérarchiques est pragmatique et, tout en tenant compte de la durée, elle mêle critères symboliques et critères temporels (voir 4).

La formalisation que nous proposons ici est proche de celle du CMM, mais elle conduit à distinguer plus nettement les directions d'influence (dimension temporelle) de leur nature (dimension spatiale/symbolique) pour aboutir au-delà de la

pragmatique à des critères opérationnels. Il faut relever que le CMM a été principalement validé sur des données verbales, donc très complexes, tandis que la validation du paradigme évolutionniste a jusqu'ici été conduite sur des données non-verbales, dont la mesure est plus aisée. Prenons l'exemple des dialogues relationnels avant de décrire la formalisation et de leur appliquer la méthode.

**Les dialogues relationnels:** Lorsque deux personnes s'engagent dans un dialogue, elles se le communiquent par de nombreuses modalités dont certaines vont fonctionner essentiellement pour établir et maintenir le cadre (contexte) et d'autres plus particulièrement pour partager des affects (contenu).

Imaginons par exemple un homme et une femme qui se rencontrent dans une soirée. Après les salutations rituelles, leur interaction prend un tour intime. Ils s'isolent de l'extérieur, oubliant les autres. Tout d'abord, ils bavarderont et échangeront des mimiques, les mots étant surtout prétextes à musique vocale. Ensuite, ils danseront.

C'est un échange essentiellement affectif, dans lequel les modalités non-verbales dominent. Dans le langage de l'interaction, ce dialogue relationnel prend deux formes successives, le dialogue *expressif (mimiques et voix)* et le dialogue *tonique* (danse), mais les modalités non-verbales en jeu sont les mêmes : la proxémique corporelle et visuo-faciale — c'est-à-dire les orientations et les distances entre les corps et les visages qui indiquent ce qu'on appelle en éthologie la *disponibilité à l'interaction* (32) — et les expressions mimiques et vocales.

Pour simplifier, on supposera que les conduites des partenaires se renvoient l'une à l'autre dans une synchronie et une harmonie parfaites — éventualité improbable, car on sait qu'une grande partie des échanges est consacrée à coordonner les interactions et plus précisément à en corriger les erreurs inévitables (*miscoordination*, 37); mais ainsi pourrons-nous laisser de côté le jeu d'influences entre partenaires, soit l'*organisation interindividuelle*, pour n'envisager que le jeu d'influences entre les différentes modalités d'échanges qu'ils activent, soit l'*organisation intermodale*. Or, ce qui nous intéresse ici est que l'organisation intermodale sera transformée d'une version à l'autre.

Dans la version *expressive* du dialogue, ce sont les proxémiques corporelle et faciale qui définissent le contexte, tandis que les signaux vocaux et mimiques transmettent les contenus affectifs. Pratiquement, les partenaires placent leurs corps en vis-à-vis et à distance intime (25, 20) et ils maintiennent cette proxémique corporelle *à long terme*, aussi longtemps que durera l'échange, d'éventuels réajustements posturaux marquant les pauses principales du dialogue (29). La proxémique faciale converge avec celle des corps, mais les épisodes d'engagement marqués par l'orientation en face et le contact visuel sont moins longs, *à moyen terme*, entrecoupés plus fréquemment par de brefs détournements de la tête ou des yeux (pauses). Enfin, les expressions affectives s'accordent et les épisodes qui marquent cet échange mimico-vocal sont *à court terme*, les pauses très brèves et nombreuses.

En revanche, dans le dialogue *tonique*, ce sont le regard, la voix ou la mimique qui vont former le contexte de niveau supérieur en lieu et place de la proxémique corporelle — et c'est la proxémique corporelle qui servira à exprimer les affects, en lieu et place de la voix ou de la mimique.

Enfin, il se peut aussi que plusieurs modalités se relaient pour assurer le contexte. Par exemple, tour à tour, ce sont le regard, puis la voix, qui sont maintenant à long terme relativement aux mouvements du corps.

Le simple fait que ces deux versions du dialogue, qui tout en mettant en jeu les mêmes modalités, ont une organisation différente, révèle immédiatement que les fonctions de contexte et de transmission des affects ne sont pas inhérentes à ces modalités. Par conséquent, il faut trouver ailleurs que dans les modalités elles-mêmes les critères pour discerner les contextes des contenus dans tel dialogue. Évidemment, dans la vie pratique et au-delà des conventions, notre perception nous renseigne — la plupart du temps sans passer par notre conscience (32). Mais il reste nécessaire de définir des critères pour opérationnaliser ces connaissances. La formalisation qui suit en fournit le fondement.

**Formalisation:** Sur la base de travaux de modélisation par la thermodynamique, dont il est fait état ailleurs (voir 15), le *paradigme évolutionniste* propose des critères temporels à cet effet. Il définit explicitement la position d'un niveau dans une organisation en fonction de ses *constantes de temps*, c'est-à-dire par une mesure qui rend compte des durées caractéristiques des épisodes d'un niveau relativement à un autre. Plus les constantes de temps d'un niveau sont longues, plus le niveau est élevé dans la hiérarchie; plus elles sont brèves, plus il est bas.

Dans un système complexe contenant plusieurs sous-systèmes, comme la communication, les influences peuvent relier les niveaux verticalement et horizontalement. Si les influences sont orientées verticalement, les termes *contextuelle et implicative*<sup>1</sup> se réfèrent respectivement aux directions du haut en bas et du bas en haut entre sous-systèmes; si les influences sont orientées horizontalement, le terme *symétrique* se réfère aux directions qui relient des sous-systèmes de même niveau.

Après avoir caractérisé l'orientation des influences par les dimensions temporelles, l'étape suivante consiste à évaluer leur *nature*, c'est-à-dire le type de configuration ou de signification qui est transmis par une influence donnée. Cette nature doit être évaluée en relation à la fonction particulière que les parties remplissent et par le moyen de mesures appropriées. Par exemple, dans le dialogue non-verbal, la nature d'une influence peut être évaluée par la direction du regard, vers le partenaire (signification d'engagement) ou loin de lui (signification de désengagement).

Ainsi obtient-on deux paramètres indépendants: un paramètre temporel, qui définit l'orientation des influences entre les différents niveaux et un paramètre spatial/symbolique, qui définit sa nature. Nous verrons dans la partie méthodologique que la combinaison entre les valeurs de ces deux paramètres permet de définir des modes transactionnels.

L'analyse temporo-spatiale est appliquée aussi bien au système dans sa totalité qu'aux sous-systèmes pertinents.

**Méthode d'application:** Pour appliquer ce modèle à l'exemple du dialogue relationnel, on commencera donc par évaluer les constantes de temps des différentes

---

<sup>1</sup> Ces termes sont empruntés au CMM (4).

modalités de manière à repérer les directions des influences entre elles. Que cela signifie-t-il pratiquement? Comme on l'a vu plus haut, la communication se déroule en *épisodes* alternant plus ou moins régulièrement avec des *pauses* (par exemple épisodes de contact visuel entrecoupés de brèves orientations ailleurs). Ayant fait la statistique des constantes de temps de ces épisodes<sup>1</sup>, on comparera ces mesures entre les différentes modalités pour situer leur niveau dans l'organisation hiérarchique.

Le schéma de la Figure 1 représente la structure de la version *expressive* du dialogue décrite ci-dessus. On y perçoit immédiatement que les épisodes de proxémique corporelle sont longs (constantes de temps les plus longues) et qu'ils emboîtent les épisodes de proxémique visuo-faciale, lesquels tout en étant moins longs emboîtent à leur tour les épisodes mimiques et vocaux, lesquels sont les plus brefs. Selon cette logique, c'est donc la proxémique corporelle qui *contextualise* la proxémique visuo-faciale, laquelle d'une part exerce en retour une influence *implicative* sur la proxémique corporelle et d'autre part, *contextualise* à son tour les modalités mimique et vocale. De même celles-ci exercent une influence implicative sur le niveau qui leur est directement supérieur, et ainsi de suite.

En revanche, dans la version du dialogue *tonique*, ce sont au contraire les épisodes de regard ou encore de la voix ou de la mimique qui étant les plus longs *contextualisent* la modalité de proxémique corporelle, dont les épisodes plus brefs exercent l'influence *implicative* sur leur contexte. Au schéma de la Figure 1, il faudrait faire correspondre la proxémique visuo-faciale au trait continu et la proxémique corporelle au trait discontinu.

Enfin, lorsque diverses modalités se relaient pour assurer le contexte, les constantes de temps de leurs épisodes sont du même ordre de grandeur et leurs influences mutuelles sont donc dites *symétriques*. Cette relation est représentée à la Figure 1 par l'influence *réflexive* qu'exercent les uns sur les autres les différents épisodes d'une même modalité. Cet aspect de la communication touche à la question de l'auto-référence, mais cela n'est pas notre propos: tout en étant étroitement lié à la hiérarchie, ce sujet est trop vaste pour être traité dans cet article (se reporter à la référence 15 pour son élaboration théorique dans le paradigme évolutionniste et aux références 9 et 10 pour des validations expérimentales).

S'agissant à nouveau de la direction des influences, notons encore que tous ces agencements temporels impliquent des *coordinations entre les niveaux adjacents*. A supposer par exemple que la proxémique visuo-faciale contextualise les expressions mimiques et que les deuxièmes exercent en retour une influence implicative sur la première. Cela signifie qu'il existe une régulation dans les deux directions, dont atteste l'*emboîtement* même des épisodes de niveau inférieur dans les épisodes du niveau supérieur.

En ce qui concerne la *nature* des influences, les versions envisagées ci-dessus illustrent un dialogue *consensuel*, dans lequel les messages de tous les niveaux sont congruents et convergent principalement vers l'engagement: par exemple, l'orien-

---

<sup>1</sup> Par exemple, en mesurant la durée moyenne des épisodes, leur nombre, leur étendue de variation (voir 14).

tation des corps et des faces en vis-à-vis, à distance intime, converge avec le contact visuel et avec des expressions mimiques et vocales positives et accordées.

Mais, et il faut y insister, à directions d'influences identiques, la nature des messages peut aussi *diverger*. Il est aussi possible que la proxémique corporelle indique à long terme la disponibilité à l'interaction, tandis que la proxémique visuo-faciale montre, mais à plus bref terme, le refus d'engagement: ainsi la modalité qui contextualise l'interaction sollicite-t-elle l'engagement, tandis que la modalité de niveau inférieur sollicite le désengagement (on illustrera ce cas plus bas). Autrement dit, de par leur divergence, la nature des influences contextuelle et implicative traduit un *conflit*<sup>1</sup>.

L'illustration ci-dessus nous permet maintenant d'enchaîner sur un type d'interaction plus complexe, l'interaction d'encadrement, qui a fait l'objet d'une étude micro-analytique.

## Les interactions d'encadrement: une hiérarchie circulaire

Jusqu'ici nous avons appliqué la formalisation du jeu d'influence à un cas simple, celui des interactions entre des pairs qui s'engagent à égalité dans un dialogue consensuel. Mais, comme on l'a déjà fait remarquer, dès lors que les partenaires ne s'engagent pas à égalité, il est nécessaire de rendre compte aussi bien de l'organisation interindividuelle qu'intermodale.

Ainsi en est-il des interactions d'encadrement entre *parent et enfant*. En raison de l'immaturation de l'enfant, le but de l'échange est non seulement relationnel, mais aussi développemental: tout en restant co-participants, le parent et l'enfant remplissent en plus des fonctions complémentaires, le premier au titre de sous-système *encadrant* et le deuxième au titre de sous-système *en développement*.

Les résultats d'une recherche sur le dialogue précoce démontrent le jeu d'influence qui s'exerce dans ces interactions d'encadrement. Après avoir donné les indications indispensables sur cette étude (pour plus de détails, se reporter aux références 9, 14), je relaterai quelques résultats pertinents à la question de la hiérarchie.

**Etude du dialogue précoce:** Le plan expérimental de l'étude comprend seize familles: huit familles cliniques (dont la mère a décompensé après la naissance) et huit familles non-cliniques (pas de décompensation), appariées pour des variables

---

<sup>1</sup> Il y aurait aussi lieu de distinguer encore le dialogue conflictuel du *dialogue paradoxal*, dans lequel des influences de nature divergente contextualisent *simultanément* l'interaction. Ce développement dépasserait le cadre du présent travail, mais il est présenté ailleurs (9, 10). En bref, si dans le dialogue conflictuel aussi bien que dans le dialogue paradoxal, il y a divergence de nature, dans le premier, la divergence n'est pas observée au niveau du contexte le plus élevé: il faut être d'accord pour soutenir un conflit. Tandis que dans le deuxième, la divergence est observée dès le niveau supérieur, autrement dit, les directions d'influences ne permettent pas de définir quelle modalité contextualise quelle autre: l'auto-référence (direction symétrique des influences) se combine avec la nature divergente des significations en un nœud caractéristique, celui du *paradoxe*.



socio-professionnelles des parents et pour l'âge des enfants. L'observation fait partie intégrante d'une situation clinique (12). Le moment venu, on demande à l'adulte de prendre son bébé en face de lui et d'essayer de l'engager dans le dialogue (une activité spontanée dès le premier trimestre de la vie). Les bébés (trois catégories d'âge: 5-7, 6-8, 9-13 semaines) jouent successivement avec trois partenaires (mère, père, étrangère).

La *méthode* utilisée dans cette recherche est la micro-analyse (9, 11). Ayant mesuré les constantes de temps des épisodes des différentes configurations par modalité et par partenaire (se reporter aux paragraphes sur la formalisation et la méthode), on a analysé ces résultats par dyade, par famille et par sous-groupes (appartenance clinique/non-clinique, type de partenaire adulte, âge du bébé) pour discerner aussi bien l'organisation interindividuelle qu'intermodale.

Les *résultats* ont été interprétés en référence à trois modes transactionnels de base: le consensus, le conflit et le paradoxe. On peut en schématiser l'expression dialogique de la manière suivante: dans le *consensus*, les partenaires s'accordent sur le but de leur échange et leurs conduites convergent vers l'engagement réciproque; dans le *conflit*, ils s'accordent pour interagir, mais divergent quant au contenu: l'un propose l'engagement, l'autre le refuse ou en propose une autre forme; dans le *paradoxe*, des signaux sont enchevêtrés de telle manière qu'on ne distingue pas de contextualisation vers l'engagement ou vers le désengagement. Les deux sont enchevêtrés.

Les schémas de la Figure 2 illustrent des cas de figure pour les modes que nous allons discuter, les modes consensuel et conflictuel.

Parmi les résultats, quelques éléments sont particulièrement pertinents à la hiérarchie, touchant à son importance d'une part, et d'autre part, aux questions de l'émergence des contextes et de la circularité entre niveaux hiérarchiques.

a) **Importance de la hiérarchie.** Remarquons en premier lieu que les résultats confirment l'importance d'un ordre hiérarchique pour le bon fonctionnement du dialogue, que celui-ci soit consensuel ou conflictuel: c'est dans une organisation clairement hiérarchisée, aussi bien entre modalités qu'entre partenaires, qu'émerge le consensus et que se négocie le conflit (alors que le mode paradoxal est justement caractérisé par l'absence d'ordre hiérarchique).

Ainsi certains agencements *intermodaux* sont-ils hautement probables, si toutefois l'on tient compte de l'âge du bébé, du type de partenaire (parent ou étrangère) ou de l'appartenance (clinique ou non-clinique). Par exemple, dans la totalité des interactions consensuelles entre les bébés les plus jeunes et leurs parents, la modalité de proxémique corporelle emboîte la proxémique visuo-faciale, laquelle à son tour emboîte les modalités expressives. Du point de vue des *partenaires*, c'est évidemment l'adulte qui assure essentiellement le contrôle de la proxémique corporelle, tandis qu'il partage plus également avec l'enfant le contrôle de la proxémique visuo-faciale et des modalités expressives. En effet, le bébé de cet âge ne contrôle pas encore sa musculature corporelle; dans la mesure où le *holding* organisé par le parent est approprié, il contrôle l'orientation de sa face et bien entendu de son regard, de même que ses mimiques et vocalises.

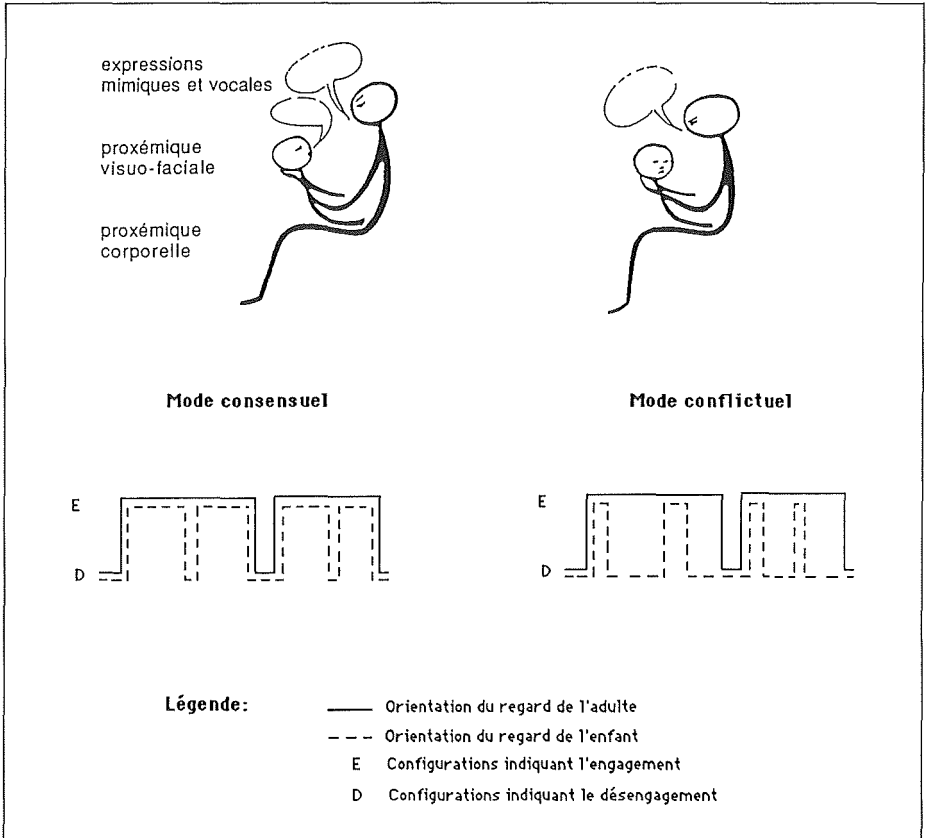


Figure 2: Modes consensuel et conflictuel dans le dialogue adulte et bébé.

b) **Hierarchie circulaire.** Mais si l'importance de la hiérarchie est confirmée, cela ne signifie pas pour autant que l'agencement entre les niveaux est entièrement prédéterminé et immuable, même au sein du mode consensuel. Voici deux cas de figure à l'appui de la circularité, l'un illustrant la *modulation du contexte* par les niveaux de contenu, l'autre la *recontextualisation*.

- Un parent constate à un moment donné que l'attention visuelle de son enfant décroît: les pauses marquées par les détournements du regard s'allongent et les rotations de la tête s'amplifient. Pour maintenir son offre dialogique tout en tenant compte de l'état du bébé, il peut *s'ajuster* en nuancant son *holding*, par exemple en augmentant légèrement la distance entre son torse et celui de l'enfant; il est probable qu'il diminue aussi l'intensité de ses stimulations expressives (vocalises, mimiques); l'ensemble de ces modifications communique au bébé le message

suivant : « J'attendrai que tu te réorientes spontanément vers moi pour me signaler que tu es prêt à te réengager. »

Ce cas de figure atteste de la constante modulation des contextes par les contenus, et ceci même au sein du mode consensuel : l'influence contextuelle exercée au niveau du *holding*, et essentiellement assurée par l'adulte, est constamment *informée*, et réajustée la cas échéant, par l'influence implicative exercée au niveau visuo-facial par le bébé.

- Après un épisode expressif analogue à l'interaction ci-dessus, une fillette de treize semaines (elle est la plus âgée du groupe) signale à son père qu'elle ne veut plus rester assise : elle détourne son torse et son regard ; après avoir réajusté plusieurs fois le *holding* pour essayer de réinstaurer le dialogue expressif, le père accède à la contre-offre de sa fille, la soutient jusqu'à la station debout et ils s'engagent dans le dialogue tonique : ils ne se quittent pas des yeux ; la petite fille danse en pliant les genoux ; pendant qu'elle pause, son père lui répond par des vocalises ; puis elle reprend sa danse.

Ce cas de figure atteste en premier lieu de la possibilité de recontextualisation au cours des interactions entre les partenaires : à un moment donné, le dialogue expressif se transforme en dialogue tonique ; en d'autres termes, la proxémique corporelle passe au niveau de contenu (épisodes brefs), tandis que le contact visuel passe au niveau de contexte (épisodes longs). En deuxième lieu, il atteste de l'influence implicative du bébé sur l'adulte : c'est *à l'instar de l'enfant* que la nouvelle organisation émerge ; pendant un moment, l'influence exercée par l'enfant, auparavant convergente avec celle de l'adulte, devient *divergente* et ce suffisamment longtemps et clairement pour que le parent accède à un changement de format. Cependant, l'enfant à elle seule n'aurait pas pu réaliser ce changement. Le père a pallié son manque de contrôle en se prêtant à exécuter le changement pour l'enfant. Enfin, si le changement de format ne met pas en jeu le niveau le plus élevé de l'organisation, à savoir l'accord pour un dialogue consensuel, il en modifie néanmoins l'agencement hiérarchique. En fin de compte, et il vaut la peine de le relever, *la recontextualisation implique un conflit momentané*, dans le sens d'une divergence de nature entre des influences momentanément de même niveau hiérarchique<sup>1</sup>. La divergence se résout en un nouvel agencement consenti par les partenaires.

**En définitive**, les deux processus décrits ci-dessus mettent à jour une dynamique circulaire entre les niveaux de l'organisation intermodale et interindividuelle et ceci au sein même du mode consensuel.

Dans la modulation du contexte, le jeu d'influence concerne l'organisation en place (morphostase consensuelle au sens de E. Wertheim, 39), tandis que dans la recontextualisation, le jeu d'influence entre les niveaux est renversé (morpho-

---

<sup>1</sup> Notons encore que la négociation en jeu a d'autres incidences. En effet, tous les parents ne se permettent pas un changement de format. Cela dépend de l'interprétation qu'ils se donnent de la consigne reçue de l'observateur.

genèse, *ibid.*). Cependant la différence est relative au point de vue que l'on adoptera pour faire cette analyse. Par exemple, en se plaçant plus bas dans l'organisation, on pourrait aussi bien appeler recontextualisation les réajustements opérés par l'adulte à l'instar des cycles d'attention de l'enfant. Par conséquent, le point essentiel c'est la dynamique par laquelle chaque intervention des partenaires, quelle soit sa nature et sa direction, *redéfinit* à chaque instant les relations hiérarchiques entre modalités et partenaires.

## Conclusion

La thèse que j'ai soutenue est celle du paradigme évolutionniste, selon lequel on peut représenter des jeux d'influences circulaires dans des organisations hiérarchiques à la condition de suivre la trame temporelle des échanges.

Au plan empirique, je me suis référée à la validation expérimentale de ce modèle par l'étude du dialogue entre parent et bébé. Elle fournit plusieurs éléments essentiels à l'appui de la hiérarchie circulaire. En premier lieu, la possibilité de dialoguer est tributaire non seulement d'une organisation hiérarchique claire, mais aussi du cadre organisé par le parent et de l'activité du bébé. A cet égard, on peut parler d'une hiérarchie dans la complémentarité. En deuxième lieu, c'est pas à pas, épisode par épisode, que les partenaires négocient leur engagement mutuel : en effet, les partenaires sont constamment actifs, soit pour confirmer l'agencement de leur organisation, soit pour le modifier ; ils peuvent y introduire des variations relatives à un but identique, voire négocier un changement plus large qui modifie plus ou moins radicalement ce but. Autrement dit, il s'agit d'une *hiérarchie constamment renégociée, voire recontextualisée*, grâce aux influences réciproques sinon égales entre les différents niveaux de l'organisation.

La *méthode* requiert que l'on distingue les directions des influences (contextuelle, implicative, symétrique), telles qu'indiquées par les constantes de temps des épisodes des différents niveaux, de leurs natures (convergente, divergente), telles qu'indiquées par les configurations spatiales ou symboliques.

On en vient ainsi à concevoir la communication comme une dynamique résultant de l'activité de coordination continue entre les partenaires. De cette activité même émergent les agencements successifs entre niveaux ; mais agencements dont la forme hiérarchique *garantit* l'ordre nécessaire à la transmission de significations.

Par conséquent, tenir compte de la dimension intrinsèque de la communication qu'est le temps transforme la conception de la hiérarchie. Au lieu d'apparaître comme linéaire, elle naît du jeu d'influences circulaires entre les niveaux.

Les implications de tels résultats sont nombreuses. Au plan théorique par exemple, ils autorisent à considérer que des systèmes hiérarchiques sont susceptibles d'*engendrer leurs propres changements* (auto-organisation), alors qu'on ne saurait trouver que des changements d'origine externe sans la dimension temporelle. L'application de la méthode proposée devrait aussi permettre de sortir de la conception unilatérale des *relations entre individu et famille*, selon laquelle la deuxième formerait toujours le contexte de la première. On peut dès lors concevoir la gamme entière des influences possibles entre individu et groupe.

La littérature actuelle nous offre d'autres champs d'application. Citons pour exemple la théorie développementale du sens de soi élaborée récemment par D. Stern, selon laquelle c'est aussi le *temps* qui relie l'interaction, telle qu'observée, à l'interaction, telle que vécue (33, 34). Un nouveau point de départ pour la question des relations entre interaction et représentation.

Enfin, si l'analyse de la dyade n'est qu'un premier pas vers une description développementale de la communication familiale, elle peut servir d'heuristique pour les interactions d'encadrement dans des unités sociales plus grandes. L'équipe de recherche du CEF s'attache maintenant à l'appliquer à la triade père-mère-bébé (5) et au groupe thérapeutique (7). Nous espérons en dégager un modèle qui étayera nos interventions thérapeutiques avec le groupe familial.

*D<sup>r</sup> Elisabeth Fivaz-Depeursinge*  
Centre d'Etude de la Famille  
Département de Psychiatrie Adulte  
Hôpital de Cery  
CH-1008 Prilly

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Anderson H. and Goolishian H. (1988): «Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory», *Family Process*, 27, 4, pp. 371-393.
2. Bateson G. (1981): «Communication». In: *La nouvelle communication*, Y. Winkin (Ed.), Paris, Seuil, pp. 116-144.
3. Borszormeny-Nagy I. and Spark G.M. (1973): *Invisible loyalties*, New York, Hagerstown & Row.
4. Cronen V.E., Johnson K.M. and Lannamann J.W. (1982): «Paradoxes, double binds, and reflexive loops: an alternative theoretical perspective», *Family Process*, 21, pp. 91-112.
5. Corboz A., Forni P. et Fivaz E. (1989): «Le jeu à trois entre père, mère et bébé: une méthode d'analyse des interactions visuelles triadiques», *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 37 (1), pp. 23-33.
6. Dell P. und Goolishian H.A. (1981): «Ordnung durch Fluktuation: eine evolutionäre Epistemologie für menschliche Systeme», *Familiendynamik*, 6/2, pp. 104-122.
7. Doudin P.A., Rusconi-Serpa S. et De Sousa Sancho A.C. (1990): «Engagement d'un groupe d'une séance de thérapie familiale: Analyses structurale et statistique», *Revue Suisse de Psychologie*, pp. 108-122.
8. Elkaïm M., Goldbeter A. et Goldbeter E. (1980): «Analyse des transitions de comportement dans un système familial en termes de bifurcations», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 3, pp. 18-34.
9. Fivaz E. (1987): «Alliances et mésalliances dans le dialogue entre adulte et bébé. La communication précoce dans la famille, Neuchâtel/Paris, Delachaux & Niestlé.
10. Fivaz E. (1991): «Documenting a time-bound, circular view of hierarchies: a microanalysis of parent-infant dyadic interaction», *Family Process*, 20, 1, pp. 101-120.
11. Fivaz E. (1991): «Engagements affectifs, engagements corporels: le point de vue de l'observateur». In: *Le nourrisson et sa famille*, Lyon, Césura, pp. 13-29.
12. Fivaz E., Corboz A. et Favre W. (1988): «Une alliance entre recherche et thérapie», *Entrevues*, 14, pp. 33-43.
13. Fivaz E., Fivaz R. et Kaufmann L. (1983): «Accord, conflit et symptôme: un paradigme évolutionniste», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, pp. 91-110.

14. Fivaz E. et Guillemin J. (1987): «Les microprocessus dans le dialogue précoce. Stratégies de l'autonomie». *Psychiatrie de l'enfant*, 30/1, pp. 105-165.
15. Fivaz R. (1989): *L'ordre et la volupté. Essai sur la dynamique de l'esthétique dans les arts et dans les sciences*, Lausanne, Presses Polytechniques Romandes.
16. Fogel A. (1977): «Temporal organization in mother-infant face-to-face interaction». In: *Studies on mother-infant interaction*, H.R. Schaffer (Ed.), London, Acad. Press, pp. 119-152.
17. Foerster F.G. Von (1974): «Notes pour une épistémologie des objets vivants». In: *L'unité de l'homme*, E. Morin and M. Piatelli-Palmarini (Eds), Paris, Seuil, pp. 401-417.
18. Griffith J.L., Griffith M.E. and Slovik L.S. (1989): «Mind-Body Patterns of Symptoms Generation», *Family Process*, 28, pp. 137-152.
19. Haley J. (1967): «The family of the schizophrenic: a model system». In: *Communication, family and marriage*, D.D. Jackson (Ed.), Human Communication, Palo Alto Science and Behavior Books, pp. 151-170.
20. Hall E.T. (1971): «Proxémie comparée des cultures allemande, anglaise, française». In: *La dimension cachée*, Paris, Seuil, pp. 161-199.
21. Hoffman L. (1981): *Foundations of family therapy. A conceptual framework for systems change*, New York, Basic Books.
22. Kaye K. (1982): *The mental and social life of babies: how parents create persons*, Chicago, University Press.
23. Keeney B.P. and Sprenkle D.H. (1979): «Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis», *Family Process*, 18, pp. 117-129.
24. Keeney B.P. and Sprenkle D.H. (1982): «Ecosystemic epistemology: critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy», *Family Process*, 21, pp. 1-19.
25. Kendon A. (1977): «Spatial organization in social encounters: the F formation system». In: A. Kendon (Ed.), *Studies in the behavior of social interaction*, Indiana, Peter de Ridder, pp. 179-208.
26. Miller J.G. (1965): «Living system: basic concepts; structure and process: cross-level hypothesis», *Behavior Science*, 10, 193-237.
27. Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*, Cambridge, Massachusetts Harvard Univ. Press.
28. Pinsof W.M. (1981): «Family therapy process research». In: A.S. Gurman and D. Kniskern (Eds), *Handbook of family therapy*, New York, Brunner Mazel, pp. 699-741.
29. Schefflen A.E. (1983) «Méthode de l'histoire naturelle en psychothérapie: recherche sur la communication», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, 71-90.
30. Scherer K. and Ekman P. (1982): «Methodological Issues in Studying Nonverbal Behavior». In: K. Scherer and P. Ekman (Eds), *Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*, Cambridge University Press, pp. 1-44.
31. Selvini-Palazzoli M., Boscolo M. et Cecchin G. (1978): *Paradoxe et contre-paradoxe. Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique*, Paris.
32. Stern D.N. (1981): «The development of biologically determined signals of readiness to communicate which are language 'resistant'». In: *Language behavior in infancy and early childhood*, R.E. Stark (Ed.), Amsterdam, Elsevier, North-Holland, pp. 45-62.
33. Stern D.N. (1989): *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF.
34. Stern D.N. (1991): «Engagements subjectifs: le point de vue de l'enfant». In: *Le nourrisson et sa famille*, Lyon, Césura (pp. 30-44).
35. Tomm K. (1987): «Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist», *Family Process*, 26, pp. 3-13.
36. Tomm K. (1987): «Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing», *Family Process*, 26, pp. 167-183.

37. Tronick E. and Cohn J.F. (1989): «Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender difference in coordination and the occurrence of miscoordination», *Child Development*, 60, 85-92.
38. Watzlawick P., Beavin J. et Jackson D.D. (1980): *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
39. Wertheim E.S. (1975): «The science and typology of family systems. II: Further theoretical and practical considerations», *Family Process*, 14/3, pp. 285-309.
40. Winkin, Y. (Ed.) (1981): *La nouvelle communication*, Paris, Seuil.

## L'ÉVOLUTION DE LA NOTION DE SYMPTÔME EN THÉRAPIE FAMILIALE AU COURS DES ANNÉES 1980-1988

R. PAUZÉ\* et P.A. COTNARIANU

**Résumé:** *L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-1988.* — Cet article présente les résultats d'une recherche sur l'évolution de la notion de symptôme à partir des articles publiés dans les revues *Thérapie familiale* et *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* pour les années 1980-1988. Certaines différences dans les conceptions du symptôme sont expliquées en partie par le fait qu'il y a actuellement coexistence de deux modèles systématiques: un modèle homéostatique et un modèle évolutif.

**Summary:** *Evolution of the symptom concept in family therapy during the years 1980-1988.* — This paper presents the results of a study about the evolution of the concept of symptom in two reviews: *Thérapie familiale* and *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* for the years 1980-1988. Some differences in the conceptions of symptom are explained in part by the coexistence of two models: homeostatic and evolutive.

**Mots-clés:** Symptôme — Thérapie familiale.

**Key words:** Symptom — Family therapy.

«Le symptôme nous présente une voie royale  
pour lire le fonctionnement du système.»

Ausloos, 1983, p. 215

En 1986, les éditions ESF publient un livre de Barbara DeFranck-Lynch intitulé *Thérapie familiale structurale* dans lequel il est entre autre question de la fonction homéostatique du symptôme. Il y est écrit entre autre que «tout comportement familial, quitte à apparaître douloureux ou destructeur en surface, possède comme but la sauvegarde de l'équilibre et la survie du système» (p. 11). Plus loin, à la page 43, on peut lire ce qui suit: «Le comportement symptomatique est un mécanisme de survie et, en tant que tel, il représente une tentative positive d'autorégulation du système.» Enfin, à la page 89, il est fait mention que le thérapeute doit rester conscient du caractère positif du symptôme qui vise la survie familiale.

---

\* Faculté d'Education, Université de Sherbrooke, Canada.



Cette conception du symptôme véhiculée par un nombre important d'auteurs dans le domaine de la thérapie familiale sera remise en question une année plus tard, soit en 1987, dans un autre livre de la même maison d'édition écrit par Matteo Selvini, intitulé *Mara Selvini Palazzoli: histoire d'une recherche*. Ainsi, on peut lire à la page 38: «Il ne faut jamais oublier qu'un symptôme particulier n'est pas nécessairement lié avant tout à la famille. D'autres systèmes de niveau plus général ou de niveau équivalent, en relation avec l'individu concerné, peuvent également jouer un rôle décisif.» A la page suivante, l'auteur poursuit dans la même veine quand il écrit que «nous ne pouvons pas nous limiter exclusivement à la famille en lui attribuant n'importe quelle manifestation symptomatique, mais nous devons envisager l'individu comme point d'intersection de divers systèmes et sous-systèmes (...)». C'est surtout à la page 148 que sa critique sur l'usage fait des concepts d'homéostasie et de fonctionnement homéostatique est la plus acerbe quand il écrit: «Pareille théorie de la motivation me semble aujourd'hui décidément trop unilatérale, monotone et simpliste» (p. 148). Comment un lecteur qui en est à ses premiers contacts avec l'approche systémique peut-il arriver à se retrouver dans ce type de débat? Comment se fait-il aussi que des tenants d'une même approche en viennent à privilégier des points de vue si différents? Une certaine mise au point sur ce thème crucial du symptôme s'imposait.

## Cadre de la recherche

Nous avons donc entrepris de faire une étude sur l'évolution de la (des) conception(s) de la notion de symptôme en thérapie familiale systémique au cours des dernières années. Notre travail de recherche s'est orienté sur l'étude des articles publiés dans les revues *Thérapie familiale* et *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* pour les années 1980 à 1988. Ce choix de textes offrait selon nous un double avantage: nous permettre de connaître le point de vue d'un nombre important d'auteurs d'origines et d'orientations différentes tout en réduisant le temps de lecture nécessaire.

## Résultats

Dans les 36 numéros de la revue *Thérapie familiale* et les 9 numéros des *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, nous avons dénombré 364 articles soit 292 dans la première et 72 dans la seconde. Dans l'ensemble de ces articles, nous avons trouvé 139 citations ayant trait à la notion de symptôme. De ces 139 citations, 90 d'entre elles n'ont pas été retenues à cause de leur manque de précision. Quant aux 49 citations retenues, nous avons pu constater que certains auteurs mettaient l'emphase sur la question de l'émergence du symptôme, d'autres sur le sens et d'autres sur la fonction du symptôme pour la famille.

## Emergence du symptôme

Ainsi, en ce qui a trait à l'émergence du symptôme, la majorité des auteurs semblent s'entendre pour dire que l'apparition du symptôme résulte de la rupture de l'équilibre fonctionnel entre homéostasie et changement. Cette rupture d'équilibre serait attribuable soit à une rigidification des patterns interactionnels (prédominance des rétroactions négatives) soit à une amplification des boucles de rétroactions positives (emballement) suite à une perturbation provenant soit de l'intérieur ou de l'extérieur du système. Par exemple, Grasset (1988) écrit que «ce phénomène critique (le symptôme) est lié à une incapacité du système d'adapter ses règles de fonctionnement au besoin d'évolution ou plutôt de co-évolution de ses membres» (p. 12); dans le même ordre d'idée, Ausloos (1983) écrit «que le comportement symptomatique du patient-désigné résulte d'une incompatibilité entre ses finalités individuelles et les finalités du système familial» (p. 214).

## Sens du symptôme

On retrouve aussi une sorte d'unanimité entre les auteurs en ce qui a trait à la question du sens du symptôme. Par exemple, pour Serrano (1985) «maladie et souffrance sont à considérer en tant qu'informations significatives: maladie et souffrance deviennent des signes qui modifient la structure familiale (...)» (p. 375); de même pour Nicolo (1980), les symptômes «sont des représentations symboliques d'un conflit ou d'un problème: ils sont donc des signaux par lesquels un individu exprime un malaise» (p. 302); de leur côté, Barudy *et al.* (1987) vont avancer l'idée «que les symptômes peuvent être compris comme un appel, un cri qui reflète un besoin d'être protégé, un désir de rébellion, une exigence de changement» (p. 171); enfin, pour Keeney (1979), les symptômes devraient être considérés «comme des communications métaphoriques à propos de l'écologie des systèmes relationnels du patient (in: Hoffmann, 1983, p. 123). De façon générale, le symptôme est considéré comme une communication qui signale un malaise, une difficulté de régulation tant pour l'individu que pour le(s) système(s) dans lequel(s) il se manifeste.

## Fonction du symptôme

Les choses se compliquent quelque peu lorsque l'on aborde la question de la fonction du symptôme. Certains auteurs défendent l'idée que le symptôme a une fonction homéostatique alors que d'autres le conçoivent plutôt comme ayant une fonction de mise en crise pour le système familial.

### 1. *Fonction homéostatique*

Voici donc quelques exemples de définitions mettant l'emphase sur la fonction homéostatique ou régulatrice du symptôme. Eisenring (1983), par exemple, considère que le patient-désigné en arrive parfois à «devenir le véritable garant de l'unité familiale» (p. 224); dans le même ordre d'idées, Elkaïm (1979) parle du «symptôme comme un acte de protection pour le système familial» (p. 43); de même Tilmans-Ostyn et Kinoo (1984) conçoivent le symptôme du patient-désigné comme «une solution pour maintenir l'unité et l'équilibre fonctionnel, à ce

moment-là, de la famille» (p. 253); enfin, pour Barudy *et al.* (1987), «le symptôme est un signe de dysfonctionnalité où un ou plusieurs des membres de la famille sont désignés comme boucs émissaires, ayant pour mission de privilégier les finalités ou les mythes de la famille aux dépens des siennes propres. Tout cela dans le but de maintenir une certaine homéostasie du système familial» (p. 180).

Or, pour Ausloos (1983), «des formulations telles que: le comportement du patient désigné est utile au système» ou «par son symptôme, il protège...», sont en toute rigueur épistémologique fausses. Rien ne peut être utile ou inutile au système, qui ne peut qu'être. Ce n'est qu'en nous plaçant en position d'observateur et en attribuant des finalités au système que nous pouvons estimer en fonction de notre cadre de référence que tel ou tel comportement est utile ou inutile» (p. 213). Ce point de vue est d'ailleurs partagé par Keeney (1983): pour lui, «lorsque nous affirmons que le symptôme d'un enfant a pour fonction d'aider à maintenir les parents ensemble, nous nous référons au domaine phénoménal du système plus l'observateur. La fin, la fonction d'un symptôme, les interventions, les familles, les thérapeutes sont autant d'éléments attribués par l'observateur et qui n'ont pas leur lieu dans la totalité de l'organisation du système décrit. C'est une explication symbolique déduite de la relation entre l'observateur et l'observé» (p. 20). En d'autres termes, considérer le symptôme comme ayant une fonction homéostatique pour le système équivaldrait en quelque sorte à ce que Bateson appelle une explication dormitive, c'est-à-dire «une forme de non-sens épistémologique qui surgit lorsque nous tentons d'expliquer un système en lui attribuant des descriptions non adéquates à son domaine phénoménal et appartenant en fait à nos interactions avec ce système» (Keeney, 1983, p. 20). Or, pour Bateson (1984) «on ne peut éviter les explications dormitives que si l'on tient fermement à la priorité de la relation: l'opium ne contient pas de vertu dormitive et l'homme ne contient pas d'instinct agressif» (p. 139)... tout comme on ne peut pas dire que le symptôme-du-patient-désigné-dans-sa-famille contient une vertu homéostatique. Ce sont plutôt les thérapeutes qui lui attribueraient cette fonction, elle n'existerait pas en soi.

## 2. *Fonction de mise en crise*

Ainsi, pour Ausloos (1983), au lieu de parler de la fonction homéostatique du symptôme, il est préférable de dire que «le patient-désigné par son comportement étiqueté comme symptomatique amène la mise en place d'une structure dissipative qui, au travers ses fluctuations, devrait permettre au système de réaliser son équilibration» (p. 214). Autrement dit, le symptôme aurait plutôt une fonction de mise en crise. Onnis (1988) s'inscrit aussi dans cette perspective quand il écrit qu'une perturbation (comme par exemple l'apparition d'un symptôme) «en s'amplifiant suffisamment peut amener un système à emprunter la voie d'un changement d'état. On arrive donc à une phase critique qui, en terme technique, est appelée bifurcation: en ce point, le système peut évoluer vers des états stationnaires différents, imprévisibles *a priori*» (p. 78). Par contre, pour Onnis (1988), la crise induite par l'apparition du symptôme, par exemple, ne conduit pas toujours vers un changement d'état dans l'organisation d'un système; parfois cette crise amène le système à rigidifier davantage son fonctionnement favorisant ainsi la stigmatisation de la conduite symptomatique.

## Discussion

La première question qui s'est alors posée pour nous est la suivante: comment expliquer ce dualisme quant à la fonction du symptôme? C'est en lisant Elkaïm (1989) et Onnis (1988) que nous avons été amenés à réaliser que ce dualisme était la conséquence même de l'évolution de l'approche systémique... que cette confusion sur la fonction du symptôme serait en fait le symptôme de la coexistence de deux modèles systémiques: un modèle homéostatique et un modèle évolutif. La seconde question qui s'est alors posée est comment ces deux modèles en sont venus à co-exister?

### Premier et second mouvements de la cybernétique

**Début des années cinquante.** Une des idées qui a le plus marqué le champ de la thérapie familiale systémique est sans contredit celle de la fonction homéostatique du symptôme pour la famille. Dans son article «la question de l'homéostasie», Jackson (1957) a été un des premiers à défendre l'idée que la famille est un système homéostatique qui maintient son équilibre interne grâce à des phénomènes de feedback négatif et que le comportement symptomatique d'un de ses membres pouvait être considéré comme un mécanisme homéostatique qui a pour fonction de ramener le système perturbé à son équilibre. Nous étions à l'ère de la première cybernétique (celle de Ashby), «cybernétique qui étudiait exclusivement les machines douées d'une possibilité interne de corriger toute déviation de l'équilibre au travers de mécanismes de feedback négatif» (Onnis, 1988, pp. 76-77). Ainsi, comme le souligne Elkaïm (1980), «notre travail, qui en est un axé sur le changement, se déroulait dans un contexte théorique qui rendait essentiellement compte de la stabilité» (p. 7).

**1968** constitue une seconde étape dans l'évolution de la pensée systémique: on ne se demande plus seulement comment les systèmes arrivent à maintenir leur organisation mais aussi comment ils arrivent à la changer. Il y a d'abord la publication de *General System Theory* de Von Bertalanffy dans lequel il écrit que «la rétroaction et le contrôle homéostatique ne forment qu'une classe spéciale, même elle en est une grande partie, des systèmes auto-régulés et des phénomènes d'adaptation» (1968, trad. fr. 1980, p. 165). «En général, le schéma homéostatique ne s'applique pas: 1) aux ajustements dynamiques, à savoir les ajustements qui ne sont pas fondés sur des mécanismes fixes mais qui se placent dans un organisme fonctionnant comme un tout; 2) aux activités spontanées; 3) aux processus qui n'ont pas pour but de réduire les tensions, mais de les accroître; 4) enfin, aux processus de croissance, de développement, de création, etc. Il nous faut aussi dire que l'homéostasie est un principe explicatif inapproprié pour les activités humaines qui sont non utilitaires, c'est-à-dire qui ne servent pas les besoins premiers de conservation et de survivance et leurs effets secondaires» (p. 215). Bertalanffy (1968) nous met donc ici en garde contre l'utilisation non circonspecte de l'idée d'homéostasie dans les activités humaines. Au cours de cette même année, Maruyama (1968) va avancer l'idée que la dynamique de tout système vivant est caractérisée par deux

tendances nécessaires à sa survie : la morphostase et la morphogenèse. En d'autres termes, pour survivre un système ne doit pas seulement chercher à maintenir une stabilité (morphostase) mais aussi à évoluer vers de nouveaux niveaux de développement et de croissance (morphogenèse). L'homéostasie serait le résultat du jeu d'équilibre entre ces deux tendances. On est alors à l'ère du deuxième mouvement de la cybernétique.

Curieusement, ces mises en garde ne semblent pas avoir eu beaucoup d'impact sur la façon dont la majorité des auteurs ont continué à concevoir le symptôme. Même si un certain nombre d'auteurs tentent de tenir compte de cette nouvelle définition de l'homéostasie (par exemple, pour Onnis [1982], «le symptôme est en même temps et paradoxalement la manifestation d'une exigence de changement et un élément de la stabilisation d'un équilibre pathologique» [p. 39]), on n'a pas cessé pour autant d'associer symptôme et morphostase. Selvini (1987) explique l'usage excessif des concepts d'homéostasie et de fonctionnement homéostatique comme «l'effet de 'mode initial' avec en conséquence la tendance à en faire une application universelle» (p. 148). De plus, comme nous le dirait sans doute Bateson, «la fréquence d'utilisation d'une idée devient un facteur déterminant pour sa survie (...), la survie d'une idée fréquemment utilisée est encore accentuée du fait que le processus de formation d'habitudes tend à la soustraire du champ de l'examen critique» (Bateson, 1980, pp. 260-261).

1972 constitue une nouvelle étape dans l'évolution de la pensée systémique avec la publication des études sur la thermo-dynamique du non-équilibre par Prigogine. A ce sujet, Elkaïm (1980) dira lors d'un débat entre lui, Prigogine et ses collaborateurs, et Félix Guattari, que «les modèles systémiques que nous employons (...) rendent compte de ce qui se passe d'une manière assez simpliste (ce qui ne veut pas dire qu'elle soit fausse), qu'on pourrait résumer ainsi : le système familial est pris entre deux forces. Une force qui mène vers le changement (...) et une force qui tend à préserver l'équilibre interne» (p. 12). Cela nous «menait très rapidement à une vision réductrice» (p. 12).

A partir des écrits de Prigogine, on va commencer à s'intéresser aux comportements des systèmes à l'écart de l'équilibre, au fait que certaines fluctuations provoquées par des perturbations venant de l'extérieur ou de l'intérieur du système, en s'amplifiant suffisamment, peuvent amener le système dans la voie d'un changement d'état différent, imprévisible *a priori* (Elkaïm, 1989; Onnis, 1988). L'attention n'est alors plus portée sur comment un système familial maintient un certain équilibre mais plutôt comment il change, évolue, s'auto-organise. «Ainsi, certains passages à l'acte, l'aggravation de certains comportements symptomatiques ou d'une façon plus générale l'amplification de transactions dysfonctionnelles pouvaient maintenant être appréhendées comme autant d'indices précurseurs de changement» (Charbouillot *et al.*, 1989, p. 290).

Ce bref survol historique peut nous aider à comprendre comment des conceptions antagonistes sur la notion de symptôme en sont venues à coexister.

## **De la cybernétique de premier ordre à la cybernétique de deuxième ordre**

La fonction attribuée au symptôme est donc déterminée par le modèle auquel adhère le thérapeute. Celui-ci ne serait donc pas «l'observateur étranger, détaché et neutre» (Onnis, 1988, p. 79) que l'on croyait. De fait, selon Von Foerster (1973, in Sluzki, 1985), l'observateur participe toujours à la réalité qu'il observe ou comme l'écrit Onnis (1988) «une description du système ne peut jamais être une représentation entièrement «objective» de la réalité systémique puisqu'elle inclut aussi la partie subjective qui est la contribution du thérapeute à la construction» (p. 80). La réalité ne peut plus être conçue comme étant indépendante de l'observateur qui tente de la décrire. «Sans aller jusqu'à adopter les positions extrêmes de certains constructivistes qui proclament que la réalité ne peut être appréhendée, il est cependant indubitable que l'observateur contribue *largement* aux constructions de la réalité qu'il observe, du système avec lequel il interagit» (Onnis, 1988, p. 80).

Somme toute, la modélisation du système observé sera dépendante du modèle auquel se réfère le thérapeute (modèle homéostatique ou évolutif). Ainsi, certains thérapeutes verront le symptôme comme ayant une fonction homéostatique pour le système pendant que d'autres verront ce même symptôme comme ayant une fonction tout à fait contraire. Ainsi, du point de vue du constructivisme radical, il serait préférable de parler du symptôme comme ayant une fonction homéostatique ou de mise en crise non pour la famille mais plutôt pour le thérapeute qui rencontre la famille. D'autre part, la position co-constructiviste de Speed (1984) nous amènerait plutôt à dire que la fonction qui est attribuée au symptôme «est le fruit d'une négociation entre les 'préjugés' du thérapeute (son expérience, tout un arsenal d'hypothèses, les idées 'à la mode'...) et les informations de la famille» (in Selvini, 1987, p. 221).

## **De la systémique à la thérapie familiale aux attitudes familialistes**

L'évolution de l'approche systémique dans le domaine de la psychiatrie a sans contredit été favorisée par l'essor qu'a connu la thérapie familiale au cours des trente dernières années. Or, tout comme il y a eu utilisation excessive des concepts d'homéostasie et de fonctionnement homéostatique, il y a peut-être eu aussi sur-utilisation de la thérapie familiale dans l'abord des problèmes psychiatriques favorisant ainsi et de façon bien insidieuse certaines attitudes familialistes chez les thérapeutes d'orientation systémique.

De fait, la presque totalité des définitions répertoriées lors de notre recherche mettent en relation le comportement symptomatique du patient-désigné avec le fonctionnement du système familial auquel il appartient. Ce type de ponctuation n'est pas fausse mais peut-être un peu réductrice. Or, déjà en 1980, Elkaïm insistait pour dire «qu'un symptôme, comme la délinquance par exemple, pouvait quand il s'agissait d'un phénomène collectif, avoir une fonction au sein d'une communauté» (p. 6). De même, pour Selvini (1987), «une thérapie ne saurait progresser sans cartes susceptibles d'intégrer les différents niveaux systémiques: biologiques, individuels, familiaux et sociaux» (p. 22). On rejoint en quelque sorte le discours de la complexité tel que formulé par Onnis (1990). Pour lui, adopter une optique de complexité implique qu'il faille «explorer les corrélations circulaires et récur-

sives au sein de multiples niveaux en jeu, les 'intersections' entre ces différents niveaux et dans un certain sens les 'interfaces'» (p. 108). En somme, il n'est pas incorrect de parler de la fonction du symptôme pour la famille mais il ne faut jamais oublier que le symptôme peut avoir simultanément d'autres fonctions tant pour le patient-désigné que pour les réseaux relationnels non familiaux auxquels participe ce dernier.

## Conclusion

Les résultats de notre recherche et les réflexions qu'ils nous ont amenés à faire viennent confirmer à nouveau une idée qui nous tient à cœur depuis longtemps (voir Pauzé et Roy, 1987; Pauzé, 1986), c'est-à-dire l'idée selon laquelle toute formation en thérapie familiale devrait d'abord commencer par une formation centrée sur l'histoire et l'apprentissage des fondements de base de l'approche systémique, ses applications dans différents types de systèmes avant de se spécialiser dans l'intervention auprès des familles. D'ailleurs, à la dernière page de leur dernier livre, «La peur des anges», G. Bateson et M.C. Bateson (1989) jettent un dernier regard sur la thérapie familiale en ces termes-ci: «La monstruosité dans l'industrie de la thérapie familiale c'est qu'une partie de l'information a été perdue, une part essentielle de l'idée» (p. 276). Regard amer s'il en est! Ces derniers semblent nettement avoir été déçus par l'importance qu'a pu prendre la technologie de la thérapie familiale. Ils écrivent d'ailleurs à l'avant-dernière page de ce même livre: «Regarde l'horrible affaire de la thérapie familiale avec tous ces thérapeutes qui font des interventions paradoxales pour changer les individus ou les familles» (p. 275). En fait, c'est comme si, en cours de route, on avait perdu l'essence même de l'approche systémique i.e. l'étude de la conduite humaine dans une perspective interactionnelle et environnementale et non strictement familiale.

Robert Pauzé  
Faculté d'Éducation  
Université de Sherbrooke  
Sherbrooke, Qué.  
Canada. J1K 2R1

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. (1983): «Finalités individuelles, finalités familiales: ouvrir des choix», *Thérapie familiale*, vol. 4, n° 2, pp. 207-219.
2. Barudy J., Bonnier C. et Hayez J.M. (1987): «Les différents champs d'analyse et d'intervention systémique dans la maltraitance infantile», *Thérapie familiale*, vol. 8, n° 2, pp. 171-180.
3. Bateson G. (1980): *Vers une écologie de l'esprit*, vol. 2. Ed. Seuil, Paris.
4. Bateson G. (1984): *La nature et la pensée*, Ed. Seuil, Paris.
5. Bateson G. et Bateson M.C. (1989): *La peur des anges*, Ed. Seuil, Paris.
6. Bertalanffy L. Von (1980): *Théorie générale des systèmes*, Paris, Bordas.
7. Charbouillot B., Mangin J.F., Pauzé R. et Gagnon L. (1989): «Effets contre-intuitifs de la crise induite», *Thérapie familiale*, vol. 10, n° 4, pp. 289-296.
8. DeFranck-Lynch B. (1986): *Thérapie familiale structurale*, Ed. ESF, Paris.

9. Elkaïm M. (1979): «Une approche systémique de quelques cas d'anorexie mentale», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 1, pp. 43-51.
10. Elkaïm M. et al. (1980): «Ouvertures», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 3, pp. 7-17.
11. Elkaïm M. (1980): «Défamiliariser la thérapie familiale. De l'approche familiale à l'approche socio-politique», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 2, pp. 6-16.
12. Elkaïm M. (1989): *Si tu m'aimes ne m'aime pas*, Ed. Seuil, Paris.
13. Eisenring J.J. (1983): «Maladie, enfant, famille», *Thérapie familiale*, vol. 4, n° 3, pp. 221-228.
14. Hoffman L. (1983): «Vers une nouvelle épistémologie», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 7, pp. 121-127.
15. Grasset F. (1988): «Approche systémique et collaboration interdisciplinaire en hôpital psychiatrique», *Thérapie familiale*, vol. 9, n° 1, pp. 3-16.
16. Keeney B. (1983): «Que signifie une épistémologie de la thérapie familiale», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 7, pp. 9-23.
17. Jackson D. (1957): «The question of family homeostasis», *The psychiatric Quarterly*, Supplement, 31, pp. 79-90.
18. Maruyama M. (1968): «The second cybernetics: deviation-amplifying mutual causal processes». In: Buckley W. (Ed.), *Modern Systems Research for the behavioral scientist*, Aldine, Chicago.
19. Nicolò A.M. (1980): «L'emploi de la métaphore en thérapie familiale», *Thérapie familiale*, vol. 1, n° 4, pp. 301-324.
20. Onnis L. (1980): «La thérapie dans les institutions et dans les services territoriaux: utilités et limites», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 2, pp. 39-49.
21. Onnis L. (1988): «Crises et systèmes humains: influence de l'intervention thérapeutique sur la définition de l'évolution de la crise», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 8, pp. 73-82.
22. Onnis L. (1990): «Thérapie systémique et optique de la complexité», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 11, pp. 107-110.
23. Pauté R. (1986): «Lettre aux lecteurs», *Systèmes Humains*, vol. 2, n° 2, pp. 7-8.
24. Pauté R. et Roy L. (1987): «Agrégat ou système: indices d'analyse», *Traces de Faire*, n° 4.
25. Selvini M. (1987): *Mara Selvini Palazzoli: histoire d'une recherche*, Ed. ESF, Paris.
26. Serrano J.A. (1985): «L'enfant malade chronique et sa famille», *Thérapie familiale*, vol. 6, n° 4, pp. 375-390.
27. Sluzki C. (1985): «A minimal map of cybernetics», *Networker*, may-june, p. 26.
28. Speed B. (1984): «How really real is real», *Family Process*, vol. 23, pp. 511-520.
29. Tilmans-Ostyn E. et Kinoo Ph. (1984): «Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne», *Thérapie familiale*, vol. 5, n° 3, pp. 251-266.





## ÉLÉMENTS POUR UNE RECONSIDÉRATION CIRCULAIRE DU MODÈLE CIRCOMPLEXE DE OLSON OU: COMMENT LA LOGIQUE DES CONTRAIRES EST AUSSI UNE LOGIQUE DES PROXIMITÉS

C. REYNAERT, P. JANNE, P. FONTAINE, K. WOERLINCK, A. COLLIN  
et L. CASSIERS\*

**Résumé:** *Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou: comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités.* — L'évaluation sous forme de questionnaires de la dynamique familiale est désormais possible au moyen de modèles comme ceux de Beavers (1982), McMaster (Epstein *et al.*, 1978) et Olson (1973). Néanmoins le systémicien désireux d'appliquer ces méthodes d'évaluation du fonctionnement familial reste confronté à différentes questions: 1) N'est-ce point figer la famille que de la «photographier» de cette façon? 2) Les classifications multi-axiales auxquelles ces questionnaires donnent lieu sont habituellement bi-polaires et donc linéaires. Ne mettent-elles pas ainsi en opposition visuelle des catégories qui dans leurs formes extrêmes sont peut-être plus proches qu'il n'y paraît au premier abord? Le présent travail soutient une reformulation dans l'espace du modèle de Olson, en permettant une conceptualisation logique de types de fonctionnement familiaux extrêmes apparemment très opposés. Cette présentation correspondrait davantage aux contrastes et basculements observés dans la pratique clinique quotidienne.

**Summary:** *Towards a circular re-understanding of Olson's circumplex model: where the logic of contraries is also a logic of proximities.* — Assessing family dynamics by means of rating scales such as those issued from the Beaver's model (1982), the McMaster's one (Epstein *et al.*, 1978 or the Olson's one (1973) is now feasible. However, the family therapist which intends to use these assessment methods of family functioning is still worrying about several topics: 1) Aren't we stereotyping families with such «photographs»? 2) The multi-axial classifications extracted from these questionnaires, being usually bipolar, remain linear. Don't they give an apparent opposition between concept which perhaps are closer at second look? Concepts indeed, when extreme, appear as opposite at first look, but are perhaps actually nearer than it seems to be. The present paper supports a spatial re-understanding of Olson's circumplex model: the hypothesis is that extreme family patterns, opposite to all appearances, are in fact logically closely connected. The contrasts and changes observed in the daily clinical practice of this phenomenon.

**Mots-clés:** Linéaire — Circulaire — Fonctionnement familial — Evaluation.

**Key words:** Linear — Circular — Family functioning — Assessment.

---

\* Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, Unité de Médecine Psychosomatique, B-5180 Yvoir.

## I. Introduction

Les années qui précèdent ont vu éclore divers modèles ou échelles destinés à décrire le fonctionnement familial. Citons entre autres les modèles de Beavers (1982), McMaster (1978) et Olson (1973).

Ces démarches, plus ou moins heureuses, ont été commentées par Fontaine (1988) dans le «Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales systémiques» (Benoit *et al.*, 1988) auquel nous renvoyons le lecteur désireux de plus de détails.

Néanmoins, ce n'est pas sans une certaine réticence que le systémicien se prêtera à une évaluation du fonctionnement des familles, forcément réductrice, surtout lorsque faite par l'entremise de questionnaires de type «papier-crayon».

Examinons ce qui pourrait sous-tendre et soutenir cette réticence à l'usage de questionnaires dans le «setting» du travail avec les familles.

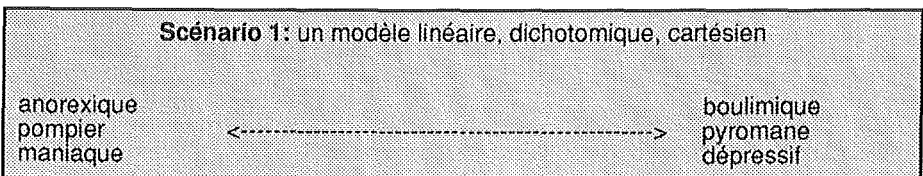
Trois grands piliers nous semblent soutenir cette réticence :

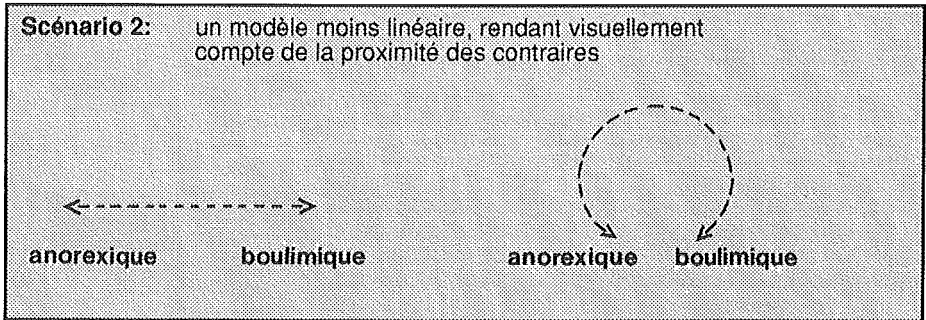
1. Il y a l'inquiétude de figer un processus en procédant à une évaluation temporelle ponctuelle (Ausloos, 1990).
2. Il y a le risque d'obtenir des «étiquettes» ou de créer une nouvelle nosographie au moyen de ces questionnaires.
3. Il y a l'inconvénient des systèmes classificatoires de formaliser des concepts de façon bipolaire, dualiste, cartésienne, en opposant deux contraires (passif-actif, souple-rigide, dépendant-indépendant, etc.).

Aujourd'hui, attardons-nous essentiellement à cette réticence du systémicien qui, par désir de maintenir une logique circulaire, interactionnelle, s'en voudrait de recourir à des systèmes dualistes et cartésiens consistant à opposer des extrêmes contraires. Extrêmes contraires dont confusément nous sentons tous qu'ils sont moins distants qu'il n'y paraît, ainsi qu'en témoigne la pratique clinique: le basculement de l'anorexie à la boulimie, de la manie à la dépression, du sadisme au masochisme ne sont que quelques exemples repris à la terminologie individuelle décrivant le fonctionnement intra-psychique traditionnel (Cassiers, 1989).

De même, le glissement soudain d'une organisation familiale rigide, très structurée, vers un fonctionnement chaotique (sans passer par un stade d'équilibre!) se retrouvera également dans l'évolution de nombre de familles. Ceci correspondrait alors, mais cette fois d'un point de vue systémique et non plus intra-psychique, à ce phénomène étrange selon lequel les contraires sont plus proches parfois l'un de l'autre que l'on ne l'imaginerait.

Une visualisation de cet infléchissement de pensée peut se faire dans la comparaison d'une ligne à celle d'une courbe, lorsqu'elles représentent des contraires logiques.





## II. Le modèle de Olson

### A. Présentation du modèle circomplexe (FACES III)

Le modèle circomplexe de Olson a pour principe d'évaluer deux dimensions principales: la cohésion et l'adaptabilité (capacité de changement). La cohésion se définit sur base des «liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres». L'adaptabilité sera «l'habileté du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante». Le modèle est conçu de telle façon que pour ces deux dimensions la «santé» familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le «séparé-relié» pour la cohésion et le «structuré-flexible» pour l'adaptabilité. La santé constituerait donc un «centre» intermédiaire, une forme de normalité par l'équilibre. Une représentation graphique de ce modèle est disponible (Fig. 1) où nous voyons l'axe «adaptabilité-changement» en ordonnée et en abscisse la dimension de «cohésion». Les quatre gradations de chaque dimension donnent lieu à une sectorisation en seize sous-types différents susceptibles de caractériser une famille. De plus, trois zones sont mises en exergue suivant le caractère équilibré, moyen ou extrême du fonctionnement évalué sur les deux axes.

Bien que deux formes existent à ce modèle (une hétéro-évaluation clinique destinée à être effectuée par des professionnels et une auto-évaluation effectuée par le patient et/ou le(s) membre(s) de la famille au moyen d'un questionnaire), nous nous attarderons essentiellement à cette dernière, connue également sous le terme FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), dans sa troisième version, qui date de 1985 et qui comporte vingt questions dont dix sont consacrées à l'évaluation de chacun des deux axes.

### B. Avantages et inconvénients inhérents au modèle de Olson

L'intérêt intrinsèque du FACES III consiste à permettre une évaluation rapide et sensible de deux axes fondamentaux du fonctionnement des systèmes conjugal et familial sans induire d'étiquetage nosographique intra-psychique de type «diagnostique»: ce qui est décrit est vraiment un style d'interaction et de structure au sein

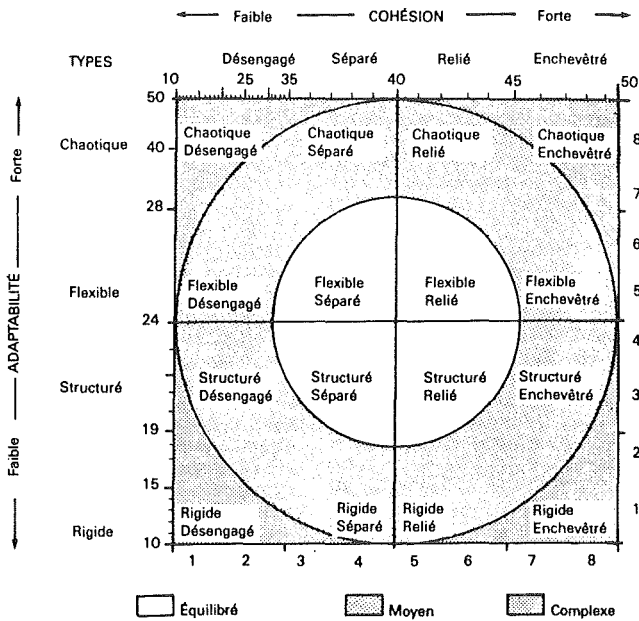


Figure 1: Le modèle circomplexe de Olson.

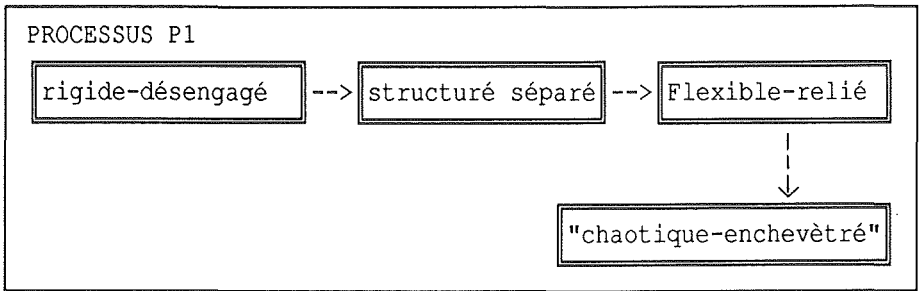
du système, comme le dénotent les «labels» des seize types de familles (Fig. 1). Olson et ses collègues (1973) ont de plus — par le caractère circomplexe de leur modèle — évité une catégorisation strictement linéaire telle qu'on la retrouve par exemple dans le modèle de Beavers-Timberlawn où manifestement une ligne unique glisse de l'état de pathologie à l'état de santé.

Cependant, bien que dans un louable effort ils aient voulu se démarquer d'un modèle linéaire, séquentiel et déterministe, ils n'ont pas pu éviter une typologie spatiale organisée de façon bipolaire, dualiste, c'est-à-dire organisée autour d'antagonismes conceptuels bipolaires et donc linéaires : bien que circomplexe, ce modèle reste bi-axial et donc doublement bi-polaire, doublement bi-linéaire. Deux axes restent deux droites et nous obtenons donc l'impression selon laquelle le système-plan représenté par le modèle (Fig. 1) est figé d'une façon structurelle telle que le glissement d'un extrême à l'autre se doit de transiter par les espaces intermédiaires centraux décrits (abusivement à notre sens) comme équilibrés et représentatifs de la santé. Ce dernier aspect mérite d'ailleurs toute une discussion, qui consiste à interroger ce que pourrait être une famille «saine» (Fontaine, 1985).

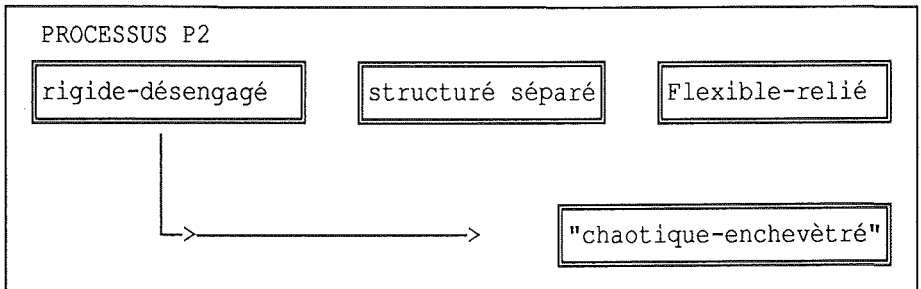
A notre sens, c'est essentiellement ce dernier fait, à savoir cette impression de «chemin unique obligé» allant d'un extrême à l'autre, qui conserve au modèle circomplexe le caractère désagréable d'une typologisation rigide. Nous imaginons aussi que cette présentation implique déjà toute une démarche à laquelle finalement peu de systémiciens pourraient se rallier de façon enthousiaste. Ceci d'autant que le travail clinique avec les familles n'est finalement que rarement indicatif de

pareils glissements aussi modérés, qui iraient d'un extrême vers un intermédiaire sain pour enfin atteindre l'autre extrême.

Le recours à la Théorie Générale des Systèmes nous permet de mieux conceptualiser ce «malaise» émanant du modèle circomplexe tel que Olson le propose. En effet, le modèle circomplexe, par sa non-circularité et son caractère doublement linéaire ne permet pas de rendre compte du principe d'équifinalité tel qu'énoncé par von Bertalanffy (1973). Selon ce principe, un même état d'équilibre peut s'obtenir dans le décours de différents processus. Par exemple, l'état équilibrale dit «chaotique-enchevêtré» pourrait dans un premier processus (P1) être le résultat d'un lent cheminement selon lequel la famille serait préalablement passée par les phases suivantes du processus P1 :



Mais ce même état équilibrale pourrait tout aussi bien, dans le décours d'un deuxième processus (P2), immédiatement succéder à l'état «rigide-désengagé», mais cette fois sans transiter par les phases «structuré-séparé» ni même «flexible-relié». Or le modèle tel que décrit dans un système plan ne rend pas compte de cette flexibilité processuelle qui pourtant se constate souvent dans la pratique.



### III. Le modèle de Reynaert, Janne et Fontaine dit «du parapluie»

C'est dans le décours du séminaire de l'Unité de Médecine Psychosomatique de l'Université Catholique de Louvain, que les auteurs en viennent à exprimer leurs points de vue sur le modèle de Olson. Fontaine, à qui nous devons l'adaptation

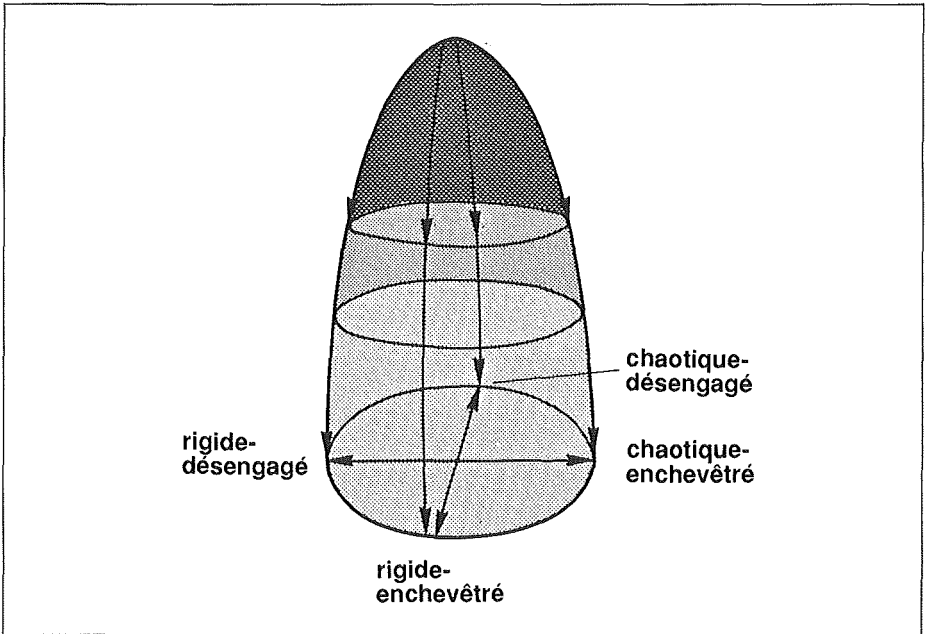


Figure 2: Le modèle du «dôme» qui permet de représenter les extrêmes comme plus proches l'un de l'autre que du milieu, considéré représenté un «normo-fonctionnement».

française du questionnaire FACES III de Olson, exprime les avantages et inconvénients du modèle en se référant également à celui de Beavers. C'est durant ce séminaire que nous nous rendons compte que les mêmes préoccupations nous animent: Fontaine et nous-même avons un désir commun consistant à vouloir progresser dans la représentation spatiale du modèle de Olson. De cette intersection a surgi l'idée d'une nouvelle construction, une résonance oserions-nous dire (Elkaïm, 1989, p. 153) consistant à créer le modèle du parapluie décrit plus loin.

Janne et Reynaert lui font part de l'idée d'un dôme (Fig. 2) qui permettrait de contourner le caractère désagréablement plane du modèle en lui donnant une forme tri-dimensionnelle qui représenterait mieux le basculement rapide des extrêmes l'un vers l'autre. Avec le modèle du dôme, la distance entre deux extrêmes est graphiquement et métriquement (en cm) plus courte que la distance existant entre ces deux extrêmes et le point central (lequel représente l'intermédiaire «sain» entre le chaos et la rigidité d'une part, et entre le désengagement et l'enchevêtrement d'autre part).

La synthèse émerge sous forme d'un premier «parapluie» (Fig. 3) et donne lieu à la réalisation d'un «poster» présenté aux deux réunions scientifiques suivantes:

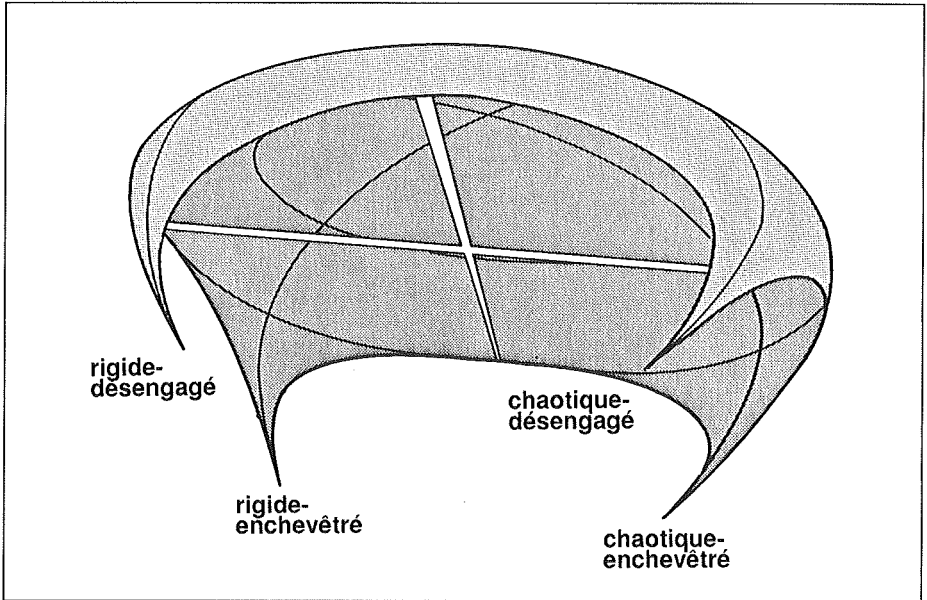


Figure 3: Le modèle dit du «parapluie» de Reynaert, Janne et Fontaine (première représentation).

- A. La journée scientifique annuelle de l'Unité de Recherches en Psychiatrie clinique et Psychothérapies (P.S.C.L.) dirigée par le professeur Cassiers et le docteur Seghers (26 mai 1989).
- B. La réunion annuelle de la Société Belge de Psychologie qui se déroule par coïncidence (?) le même jour.

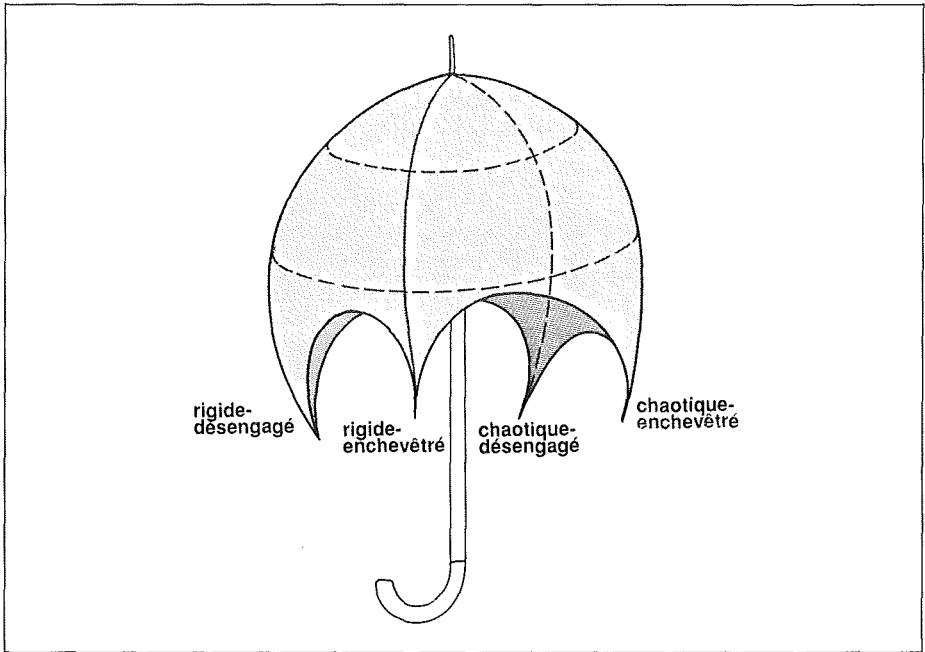
Finalement, à la suite des discussions qui ont lieu ce même jour autour du nouveau modèle, une forme «transitoirement définitive» (Fig. 4) est proposée, jusqu'à ce que de nouvelles améliorations permettent de la renouveler.

#### IV. Conclusions

Le caractère ludique inhérent à la recherche d'une bonne représentation du modèle ainsi qu'à son appellation de «parapluie» a largement contribué à la poursuite de la discussion et à la réalisation de cet article. Ce plaisir du jeu, en effet essentiel dans toute démarche intellectuelle, a fait qu'il nous a semblé doublement ludique et donc d'autant plus agréable de le retraduire au lecteur.

Il n'en reste pas moins que nous espérons qu'une pareille reformulation du modèle permettra dans le futur de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans les familles et de faire progresser la façon dont les thérapeutes méta-communiquent sur leur pratique.





*Figure 6* : La version finale du modèle, qui nous rappelle que tout modèle (ici le parapluie) n'est qu'un outil conceptuel aux mains du thérapeute pour progresser dans la compréhension des systèmes. Le fait qu'il s'agisse d'un parapluie permet que les baleines s'ouvrent et se ferment, et autorise donc un jeu dans la distance à laquelle les contraires se positionnent: une fois le parapluie presque fermé, les contraires seront proches, une fois le parapluie fort ouvert, ils seront distants.

Nous espérons également que cet effort de modélisation, par l'entremise du questionnaire de Olson, de l'observation selon laquelle «plus cela change plus c'est la même chose» et du phénomène selon lequel «les extrêmes se touchent» augmentera l'envie des praticiens de s'adonner à un travail d'évaluation de leurs familles et à celui qui consiste à auto-évaluer sa propre pratique thérapeutique avec les familles. Notons que l'usage du modèle circomplexe peut se faire de façon très dynamique, c'est-à-dire en réseau, auquel cas on demande à tous les membres de la famille de décrire le fonctionnement familial, ce qui donne une évaluation «multi-point(s) de vue» du fonctionnement familial. De même, le recours à une comparaison des descriptions effectuées à propos de la famille actuelle et à propos de ce que serait la famille «idéale» permet de comprendre de façon dynamique les tensions, qu'elles soient centrifuges et centripètes, qui peuvent exister.

Finalement, il serait souhaitable et enthousiasmant d'entreprendre de nouveaux travaux démontrant empiriquement cette circularité de la logique des contraires dans les processus familiaux. Un travail plus fouillé, où Fontaine met en relation le modèle de Olson et la «théorie des catastrophes» selon Thom (1976)

et Zeeman (1977) et en particulier le modèle de la «fronce» est actuellement en cours et sera repris dans un numéro spécial ultérieur consacré à la recherche en Thérapie Familiale.

C. Reynaert, P. Janne, P. Fontaine, K. Woerlinck, A. Collin, L. Cassiers  
Université Catholique de Louvain  
Cliniques Universitaires de Mont-Godinne  
Unité de Médecine Psychosomatique  
B-5530 Yvoir

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. (1990): «Temps des familles. Temps des thérapeutes», *Thérapie familiale*, 1, pp. 15-26.
2. Beavers W.Robert (1982): «Healthy, midrange and severely dysfunctionnal families». In: Walsch F., *Normal Family Processes*, New York, Guilford, pp. 45-60.
3. Cassiers L. (exposé du 13 avril 1989): «Journée d'étude P.S.C.L./UCL», Bruxelles, *Lorsque les contraires s'attirent...*
4. Elkaïm M. (1989): «Si tu m'aimes, ne m'aime pas», *Approche systémique et psychothérapie*, Seuil, Paris, p. 153.
5. Epstein N.B., Bishop D.S. and Levin S. (1978): «The McMaster Model of Family Functioning», *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, pp. 19-31.
6. Fontaine P.J. (1985): «Familles saines; Esquisse conceptuelle générale», *Thérapie familiale*, 6, 3, pp. 267-282.
7. Fontaine P.J. in: Benoit J.C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y. et Kannas S. (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, E.S.F., Paris, pp. 189-196.
8. McMaster: voir Epstein *et al.*
9. Olson D.H., Sprenkle D.H. and Russell C.S. (1973): «Circumplex model of marital and family systems, cohesion and adaptability dimensions, Family types, and clinical applications», *Family Process*, 12, pp. 179-188.
10. Thom R. (1976): «Crise et catastrophe». In: «La notion de crise», *Communications*, n° 25, Seuil, Paris, pp. 34-38.
11. von Bertalanffy L. (1973): *Théorie générale des systèmes*, Bordas, Paris (pour la traduction française).
12. Zeeman E.C. (1977): *Catastrophe theory. Selected papers, 1972-1977*, Addison-Wesley Publishing Company, London.



## CROISSANCE ET CHANGEMENT DANS UNE FAMILLE À TRANSACTIONS RIGIDES\*

Marie-Odile GOUBIER-BOULA\*\*, M. VANNOTTI\*\*\*

**Résumé:** *Croissance et changement dans une famille à transactions rigides.* — A travers la description fidèle et détaillée d'un traitement, l'auteur essaie de décrire la possibilité de croissance qui reste très lente et prudente d'un système familial à transactions rigides. Cette difficulté est liée aux risques et aux craintes de changement très élevés. Nous observons une stagnation relationnelle dans la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale difficile à franchir. Cette transformation va se réaliser très progressivement à travers le travail de ce patient adulte avec ses parents.

**Summary:** *Growth and change in family with rigid transaction.* — Through an exact and detailed description of a therapy, the autor to describe the possibilities of a very slow and prudent growth for a family system with rigid transaction. This difficulty is explained by the very high risks and fears of change. We observe a relational stagnation in personal, familial and social life, which is very difficult to get over. This transformation is going to realize itself very gradually in the work of this patient who is an adult yet, with his parents.

**Mots-clés:** Thérapie systémique — Morphogenèse — Transactions.

**Key words:** System therapy — Morphogenesis — Transactions.

### Introduction

Confrontés depuis 15 ans à des traitements de famille, suivis dans différents milieux (institution, centre de formation, clientèle privée), nous sommes arrivés à constater que certains de nos traitements se sont avérés des traitements au long cours et d'autres des thérapies brèves.

En réexaminant les 28 traitements au long cours (durée de traitement supérieure à une année, ayant impliqué plus de 10 séances chaque année), que nous avons répertoriés depuis 10 ans, il nous semble pouvoir discerner que ces traitements n'ont pas concerné uniquement les familles à transactions rigides.

---

\* Ce texte a été présenté aux II<sup>e</sup> journées romandes de thérapie systémique (1987).

\*\* Médecin-chef, secteur Guidance Infantile à l'Office médico-pédagogique de Neuchâte, rue de l'Ecluse 67, CH-2000 Neuchâtel. Formatrice et thérapeute de famille au CERFASY, Neuchâtel.

\*\*\* Médecin-chef, secteur Adolescent, Office médico-pédagogique, Neuchâtel. Formateur et thérapeute de famille au CERFASY, Neuchâtel.

L'intérêt de cette étude personnelle est de constater que *les familles à transactions chaotiques* (système d'alternances imprévisibles de chaos et de rigidité, selon la définition de M.O. Goubier-Boula et O. Réal, 1982) et *les familles à tendance éclatées ou divergentes* (G. Ausloos, 1981) ont pu présenter aussi un changement qui ne s'est manifesté qu'après un traitement au long cours (environ trois ans).

Nous ne pouvons pas répondre à la question de savoir si cela tient à la nature des transactions familiales ou aux caractéristiques des thérapeutes.

Nous pouvons supposer qu'il s'agit d'une rencontre des besoins de la famille avec l'engagement, la personnalité et les disponibilités des thérapeutes.

Nous nous sommes basés, pour évaluer les fonctionnements de ces systèmes familiaux sur des critères tirés de la littérature et transformés par notre expérience.

Ces critères ont été relevés par l'écoute systématique de tous les enregistrements des séances (audio ou vidéo). Nous avons tout d'abord apprécié subjectivement la qualité de la communication, de la manière suivante, en nous référant, pour les adjectifs choisis, aux travaux de Watzlavick et Selvini :

- claire, floue
- directe, indirecte (Palo Alto)
- qualifiante, dysqualifiante
- confirmante, dysconfirmante (Selvini)

Dans cette écoute, nous avons également essayé d'évaluer d'autres critères, tels que :

- l'élaboration des distances à travers l'observation des limites entre chaque membre des systèmes et les frontières du système familial avec son environnement;
- la capacité d'exprimer les affects et les conflits;
- la capacité de faire des nouveaux choix et d'élaborer des nouvelles alternatives, ce que nous appelons aussi le processus de décision.

Nous nous proposons, ici, d'illustrer notre travail, par la description d'un cas clinique, la mise en évidence des règles existantes dans la famille, la répartition des fonctions et des rôles. Plus particulièrement, nous avons cherché à comprendre comment ces règles peuvent changer et donner lieu à de nouvelles répartitions. Nous avons également étudié aussi quel rythme il convient d'avoir, pour que de nouvelles structures se mettent en place, dans les agencements quotidiens, permettant ce changement de règles. Autrement dit, notre démarche visait à ce que le système familial puisse développer sa capacité d'adaptation dans le temps et en fonction des finalités qui se modifient au cours de la vie.

Lemoigne (1977-1986) et Wilden (1983) parlent de l'organisation de nouvelles structures et différencient ainsi les phases morphostatiques et les phases morphogénétiques du processus évolutif dans les systèmes humains.

Nous considérons que ces changements étaient partiels mais significatifs. Partiels, dans le sens que se maintient le recours à des anciennes règles, ou tout au moins à une partie de celles-ci. Nous prendrons donc comme exemple parmi les 28 traitements étudiés, celui de Renaud qui a duré deux ans et demi. Renaud a pu reprendre une activité professionnelle satisfaisante et de bon niveau. Il développe un début de vie sociale plus autonome, proche de sa famille d'origine.

## 1. Prémises théoriques et stratégies du traitement

La description qui va suivre, d'un traitement avec une famille à transactions rigides, nécessite de rappeler au préalable les caractéristiques de ce type de fonctionnement. Il convient de souligner que symptômes et type de fonctionnement ne sont pas équivalents. Les symptômes constituent avant tout un langage précis à l'intérieur d'un système, dans un environnement donné.

Ainsi, un système, décrit comme rigide, maintient sa structure à travers une régulation homéostatique, par feed-back négatif, les tendances morphostatiques sont alors prévalentes. Nous observons un risque de fixation synchronique des événements qui prennent un caractère avant tout traumatique et dans cette perspective, les difficultés d'évolution morphogénétique sont importantes. De nouvelles règles et de nouvelles formes sont de plus en plus difficiles à réaliser. Ces règles deviennent uniformes et les métarègles ou lois sont trop définies comme inamovibles.

Les frontières avec l'extérieur s'accroissent et la sensibilité à l'environnement peut se réduire à un état proche de la mort. Nous l'avons constaté dans la fuite réelle ou délirante, collective et persécutoire de systèmes paranoïaques, dans lesquels les secousses somatoformes, plus ou moins graves et répétées, constituent une dernière soupape d'ouverture à l'extérieur par le biais des nombreux médecins consultés.

Conjointement, les distances interpersonnelles à l'intérieur de ces systèmes peuvent devenir de plus en plus courtes. Les liens sont alors intriqués, voire confus, les relations sont si peu définies qu'elles sont fusionnelles ou indifférenciées.

La mobilité des spirales évolutives, qui permet la succession des phases morphostatiques et des phases morphogénétiques est réduite, liée à la prédominance des tendances centripètes dans laquelle le système a tendance à se refermer de plus en plus sur lui-même. L'entropie, à l'intérieur de ce système, est alors élevée avec une tendance à la diminution des informations venant de l'extérieur. La stagnation relationnelle s'accompagne d'une diminution des échanges d'information et d'émotions à l'intérieur de la famille.

Nous travaillons, dans ces cas, toujours en co-thérapie pour ne pas être trop vite englobés dans le langage spécifique de la famille, ni enfermés dans ses limites trop restreintes.

Nous allons donc apporter des soins à l'examen du fonctionnement de la famille, à nos interactions avec chacun de ses membres, aux fonctions et aux rôles qu'ils vont nous laisser prendre, ainsi qu'à l'appréciation de nos réflexions et de nos émotions dans la séance. Nous enregistrons d'ailleurs, plus récemment, tous nos échanges, dans la perspective de travailler davantage sur notre propre possibilité à évoluer dans le système thérapeutique avec la famille considérée. Ces stratégies pourraient être développées dans un autre travail.

Nous insisterons, aujourd'hui, sur l'organisation de nos stratégies thérapeutiques, liée à notre intérêt pour Boszormenyi-Nagy. Notre attention va se porter, notamment, sur la reconnaissance et l'équilibration transgénérationnelle des dettes et mérites pour chacun des membres de la famille. En effet, la non-reconnaissance de la dette, en particulier pour le patient désigné, à l'égard de ses parents notam-

ment, est inscrite dans le temps figé, l'enfermant ainsi dans cette incapacité et cette souffrance à s'individuer davantage et à prendre en considération ses propres besoins, ses propres affects et ses propres finalités. Celui-ci porte son regard et ses préoccupations pour la personne la plus vulnérable de la famille, à ses yeux et avec laquelle se tisse un réseau serré d'hyperprotections réciproques d'où sont bannis le moindre reproche et le moindre désir, dans les situations et les moments de crise.

Nous allons essayer d'assouplir et d'élargir l'organisation de ces relations, à l'intérieur de la famille nucléaire et de la famille élargie. Ceci constitue un long et laborieux travail qui occupe, à nos yeux, la presque totalité du traitement. L'ouverture et l'élargissement des relations avec l'extérieur peuvent parfois plus ou moins rapidement être envisagées. Dans tous les cas, cet objectif reste secondaire et constitue un des derniers points du traitement.

Le travail, hic et nunc, dans les séances, dans l'échange verbal reste fondamental, dans la modification qualitative et quantitative des échanges et des relations. Celles-ci se terminent d'abord par un commentaire: métacommunication sur la famille, sur notre relation avec la famille, à chaque étape temporelle. Ce travail est potentialisé et surtout transformé, de notre point de vue, par la prescription en séance plus rarement, et surtout dans l'espace intermédiaire prolongé de trois à cinq semaines entre les rendez-vous, de tâches et de rituels. L'examen des rétroactions, face aux tâches, est particulièrement évalué et commenté à la séance suivante. Certaines sont reprises et consciencieusement répétées, à la fois comme tentative d'un nouvel ancrage relationnel et comme témoin de redondances nécessaires au style familial. Se familiariser avec les us et coutumes des thérapeutes, au lieu des traditions et habitudes solides de chacun, est nécessaire et juste.

Par ailleurs, nous allons adopter une attitude paradoxale, utile de façon presque permanente, face à l'importance et aux risques du changement. Cette attitude est précisée et accentuée à certains moments évolutifs, par la prescription de tâches paradoxales, dans le maintien ou la reprise de la prescription des symptômes.

## 2. Déroulement du traitement

A la fois sur la suggestion du médecin de famille, que la mère voit régulièrement pour une prescription (anxiolytique, somnifères, antidépresseurs) et sur la suggestion du psychiatre que Renaud a consulté lors d'une décompensation psychotique d'allure hallucinatoire, nous donnons un rendez-vous à Renaud et à ses parents, suite au téléphone de la mère. Le problème est défini par les trois comme des difficultés relationnelles et un repli massif de Renaud, avec l'impossibilité de vivre à l'extérieur de la famille et de pouvoir envisager une activité professionnelle. Ce repli a augmenté à chaque tentative, soldée par un échec, d'envisager une vie à l'extérieur, puis de prendre un travail, après des études universitaires prolongées et réussies. Ceci préoccupe particulièrement les parents qui nous expriment leurs inquiétudes et accompagnent Renaud à notre demande. Celui-ci se présente dans un état presque constant d'ambivalence, qui se traduit par une incapacité de s'exprimer si ce n'est qu'avec hésitation et lenteur, par des blocages dans l'attitude comme dans le discours chaque fois qu'il pourrait y avoir une confrontation et une

expression d'affects, sans aucun soupçon d'idées délirantes ou hallucinatoires, mais une très grande anxiété. Ce jeune homme, d'allure plus âgée, est soit figé et apathique, soit grimaçant, situé entre ses deux parents pendant tout le temps du premier entretien.

L'hypothèse d'une difficulté, voire d'une impossibilité de quitter la maison, c'est-à-dire les deux parents, va s'avérer confirmée dès la première séance avec une répression des désirs et des affects, en particulier agressifs, et se préciser tout au long du processus. Les craintes suicidaires et de mort, les deuils impossibles, activités à différents moments du cycle vital de ce système familial vont constituer un des focus du travail. (Nous nous référons là, à un épisode très angoissant d'une grand-mère maternelle qui est prise dans un accident de la vie campagnarde et d'une mort violente par suicide de la grand-mère paternelle, très précocément.) Les menaces de suicide et la précision d'un état dépressif semble-t-il, grave et prolongé pour la mère, avec des hospitalisations au cours de l'enfance des enfants, va être découverte au fur et à mesure des entretiens. Ces menaces seront refaites au cours de l'entretien, au moment où Renaud pourrait se confronter plus précisément avec sa mère et envisager un avenir plus personnel.

Une hypothèse concerne la place et le rôle de Renaud quant à l'identité sexuelle et l'autonomie affective. Ceci semble lié à un souhait toujours repoussé d'une fille de la part des parents, qui ont eu trois garçons suivis d'une fausse couche. Ceci s'est peut-être traduit davantage dans les hésitations comportementales d'allure phobo-obsessionnelle de Renaud, autant que dans les messages contradictoires concernant ses tentatives d'émancipation, et en particulier de rapprochement avec des jeunes filles, avec là, des redondances plus précises dans les discours de la part de la mère associée à une «discretion» prononcée de la part du père à ce sujet. «La fille peut rester à la maison pour s'occuper des parents et en même temps, s'il y avait eu des filles dans la famille, Renaud aurait un contact plus facile avec les filles.» (Carte familiale: début du traitement [voir Tableau I].)

Le lien à établir avec la famille a été très long, non pas dans la constance des rendez-vous, mais dans la mise en confiance quant au processus, avec une confrontation très directe qui semble avoir été décisive. Nous avons refusé, au début, d'entrer en matière sur les difficultés sexuelles que Renaud aurait, d'après la mère. Ceci va constituer un point nodal dans l'évolution des séances avec la famille, en particulier la mère, qui réitérait régulièrement la nécessité de donner des médicaments à son fils et de le redésigner en tant que patient psychiatrique (demande d'AI notamment).

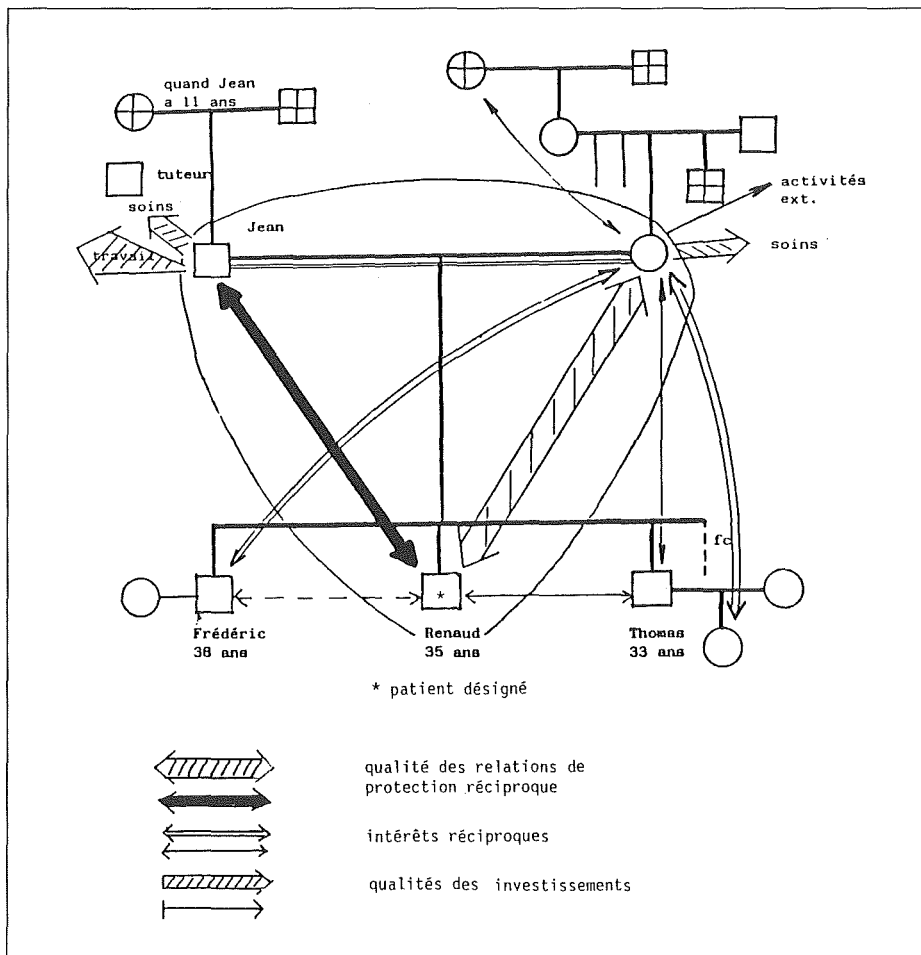
Dans ce travail, nous nous situons dans l'axe transversal (synchronique) de la vie actuelle et des finalités à pouvoir remplir entre celles de la famille et les projets individuels de Renaud. Nous intervenons sur l'axe vertical (diachronique) qui concerne l'équilibration des dettes et des mérites dans les relations entre Renaud et ses parents.

Nous allons relater des passages de la première séance qui définissent, nous semble-t-il de manière très précise, tout le problème dès les premières interactions.

En effet, le père présente d'abord sa famille d'une manière plutôt doctrinale et détachée. Madame explique alors que, selon elle, les difficultés de Renaud sont liées au fait qu'il est placé entre les deux frères très rapprochés, «en sandwich»,



Tableau I: Carte familiale: début du traitement.



dit le père. La mère ajoute que les enfants se disputaient beaucoup pour les jouets, puis: «Quand il était seul avec moi et ses parents, il était plus gentil, c'est celui que je prenais plus volontiers en course, parce qu'il n'avait jamais de désir, disons; il était toujours resté...; ses frères et sœurs réclamaient toujours un jouet.» Le père précise alors le cursus universitaire de son fils avec beaucoup de fierté.

Quant à l'avis des parents sur la trop grande distance et l'isolement de Renaud par rapport à la famille, lors de son séjour à l'étranger, les réponses sont:

Le père: «Ma mémoire est presque dépassée et là... je ne peux vraiment pas me souvenir...»

La mère: «Je ne pense pas... abaisser les possibilités de Renaud, mais j'aimerais bien corriger mon mari... en juillet, il a eu un épuisement physique et moral

(avec repos et médicaments tout l'été). J'avais l'appréhension que ça craque... A l'Université, il se sentait observé. Renaud est trop timide, je connaissais son camarade de doctorat, c'était un sujet très rapide et très brillant... Renaud ne faisait pas la différence entre lui et... alors... je me disais pourvu qu'il arrive au bout...» S'adressant à son fils, elle ajoute: «En dehors de l'orchestre, tu as pratiquement tout laissé tomber... je me demandais s'il aurait pu...»

Le père essaie alors de relever de façon malhabile les éléments les plus positifs. Quant à Renaud, voilà la description de son séjour: «Au début, alors, là-bas, je trouve qu'ils ont été super... J'ai eu deux ou trois semaines pour rentrer, puis quand même pas mal de difficultés après, parce que c'est quand même... ah, comment vous le dire... et... je ne pensais pas... je pensais avoir moins de mal à m'adapter.» Je demande alors à Renaud: «Comment donniez-vous des nouvelles à la famille?» Après un long silence, celui-ci répond: «Ben, je pense que... je sentais quand même que j'avais du travail... je crois que j'avais... un problème quand même, un problème d'organisation. Je n'arrivais pas à me dire tant de temps pour écrire, tant de temps pour étudier, tant de temps pour autre chose... C'était... of... il fallait que je fasse d'abord du travail pour les examens. Je ne pouvais pas me... défaire de mon travail dans ce sens que quand j'avais fini mon travail et pensé à autre chose que ça ne va pas... je...» Le père intervient alors pour dire: «Dans les lettres, tu ne nous laissais pas l'impression d'avoir été malheureux!»

Renaud: «Of...» Mon collègue intervient en disant: «D'après vous, qui des deux parents était le plus content de votre retour?» Renaud: «Of... pour ma mère... je ne sais pas...»

En ce qui concerne le choix professionnel, le père propose la médecine. Renaud essaie puis abandonne et fait les mêmes études scientifiques que le père. Il renonce ensuite à trouver du travail dans cette branche, d'où la mère: «Mon impression, c'est que tu trouves la chimie trop difficile... tu n'as jamais travaillé durant les vacances, tu as peur d'affronter du nouveau, je pense.» Le père: «C'est une sorte de bifurcation qu'il prend.» Finalement, Renaud très ému, va pleurer.

En résumé, ce qui nous a frappé dans cette première séance, c'est que les parents insistent pour préciser les difficultés de leur fils et qu'en particulier la mère, dans son excès d'inquiétude, a, de manière redondante, tendance à le disqualifier, alors que le père essaie de relever parfois des côtés plus positifs. Nous terminons cette séance de la façon suivante:

1. Renaud, vous avez fait un grand effort avec vos parents pour vous retrouver ici avec deux psychiatres, deux étrangers, pour partager les soucis que vous avez tous.
2. Il nous paraît que la situation que vous nous avez présentée est de nature à provoquer la réflexion par rapport à la souffrance:
  - vous, la mère, vous vous préoccupez pour Renaud;
  - vous, le père, vous avez travaillé, réussi, et vous souhaitez que tous les enfants suivent le même chemin et quand un enfant ne va pas bien vous souffrez;
  - vous, Renaud, votre souffrance est de voir vos envies, vos possibilités, l'enchevêtrement que le père évoque et qui vous empêche d'arriver.

3. Vous n'avez pas besoin d'un traitement psychiatrique en ce moment, au sens le plus habituel du terme: psychothérapie ou psychanalyse.

Pour les parents, peut-être, il y a une telle souffrance qu'on peut imaginer un travail avec eux et les personnes qui vivent ensemble. Vous, les parents, sans Renaud, réfléchissez à la proposition suivante de trois séances pour faire le point de la situation et vérifier l'utilité d'un traitement. Et vous nous écrivez un mot pour nous donner votre réponse.

Madame veut faire des commentaires, elle a apporté un dossier et des photos. La thérapeute: «Nous ne pouvons rien faire sans vous les parents et les ressources de la famille. Si vous décidez de venir, nous pourrions inviter les frères une fois à venir aussi.»

*La deuxième séance*, dix jours après, va préciser l'équilibre des dettes et des obligations assurées par chaque parent et l'intégration d'une règle convergente pour père et mère se traduisant, chez le père, par le sens du devoir et les responsabilités et, chez la mère, par le dévouement. Lorsque nous parlons du développement des loisirs dans la famille, de sport, et en particulier de musique, je fais un rapprochement en ce qui concerne Renaud par rapport à ses investissements partagés par l'un ou l'autre des parents: «Renaud semble très, très proche de chacun de vous, autant par le travail que par la musique.» Le père répond: «Ah non, moi j'ai été orphelin très tôt. A 11 ans, il a fallu se débrouiller très vite avec un frère plus jeune et mis sous tutelle. On a passé notre vie dans les internats... J'ai quand même un brin d'affection avec ce tuteur, très proche de la famille...» Le thérapeute: «Le père a gagné beaucoup de mérite.» Le père: «Il faut lutter.»

Nous constatons là que les éléments difficiles de l'histoire familiale n'ont pu être abordés, ni sereinement, ni aisément, à l'intérieur de la famille et qu'ils sont restés plutôt méconnus de la part des enfants. En effet, quand je demande: «Qui est le plus touché de votre histoire familiale?» Le père répond: «On en a peu parlé avec les enfants.» Renaud, à ce moment-là, bafouille des propos incompréhensibles. Le père rappelle: «J'ai dû ramer fort, mais je n'ai jamais fait de pression avec cela. Mais il n'y a jamais eu de curiosité de votre part. Est-ce que tu sais de quoi ils sont morts?» Renaud répond: «Oui, mais par ton tuteur, la mort...» Le père bafouille à son tour, en disant: «Euh... ma mère a fait un testament la première, et trois mois plus tard, le père est décédé de maladie.»

Il ne semble pas impossible ou interdit de réussir, mais il apparaît d'une impérieuse nécessité de gagner avant tout davantage de mérites pour survivre. Chez l'un des parents, il faut compenser une impression de privilège (Madame a fait des études pendant que les autres enfants aidaient dans le domaine); chez l'autre, le plaisir, la détente dans la jouissance de l'existence passent nettement au second plan, après la lutte pour la survie affective.

Il a, semble-t-il, intégré progressivement la règle et la nécessité de cumuler des mérites pour survivre. Il quitte donc le rôle de «clown» et permet ainsi à ses parents de s'occuper de lui, de se préoccuper pour lui et d'accroître toujours leurs mérites.

Des inquiétudes, en raison de leur âge, plus avancé maintenant, de ne pouvoir assurer sans fin cette tâche sont transmises et sont peut-être déterminantes

la poursuite du traitement. Notre prescription de cette deuxième séance sera la suivante :

1. Nous aimerions partager un point de notre réflexion dans la relation qui concerne les parents et les enfants, dans l'aspect éthique que la génération continue. Il y a deux styles de communication possibles, le sermon et la narration. Quand les parents se sentent engagés profondément, le sermon prend parfois plus de place.
2. Nous voudrions vous demander que chaque semaine, à l'occasion d'un repas, pendant 10 minutes, chacun s'engage à raconter quelque chose par rapport à ses expériences passées, bons ou mauvais moments : père, mère, Renaud, aussi peut-être davantage par rapport à votre vie quand vous étiez à l'étranger.
3. Nous sommes convaincus que ceci sera un grand effort par rapport à la discrétion et la pudeur qui caractérisent vos relations.
4. Le père sera garant de ce temps. Le père va rajouter : « 5 minutes, ça ira très bien. »

*La troisième séance* va être le lieu d'une réflexion sur la place de Renaud et de chacun des parents, actuellement les uns par rapport aux autres, et par rapport à la vie à l'extérieur de la famille.

Depuis un mois, Renaud fait un recyclage intensif (6 mois). Le père passe plusieurs semaines à l'extérieur pour son travail, en particulier à l'étranger.

Chacun est très proche et, en même temps, personne n'arrive à se rencontrer réellement (exemple du train en classe différente!). Le thérapeute : « Renaud nous fait comprendre qu'il ne sait pas très bien quelle place il peut prendre dans la famille et s'il a le droit d'en prendre. » Pour l'instant, votre place se situe à travers la préoccupation que vous donnez.

Long silence.

La mère : « On ne sait pas si tu as peur de dire que tu préfères rester seul, ou si tu as de la peine à rassembler tes idées... On n'ose pas parfois lui poser des questions. Il rentre fatigué le soir... Tu as peur de déranger papa dans ses dossiers, surtout depuis l'école de recrues. »

Le père se mouche, Renaud bafouille, puis le père : « Nous pouvons partir ensemble... J'aurais plaisir à te montrer sur le parcours des particularités (animaux)... »

La mère alors l'interrompt et s'adresse à Renaud : « Ça t'ennuie quand je vais acheter un vêtement dans un magasin avec toi, c'est une corvée... A l'église, il vient, il ne va jamais avec nous, mais tout au fond, comme si... je ne sais pas presque... tu te retires par réaction... je ne sais pas, parce que tu voudrais être indépendant de nous?... »

Renaud soupire, et est peu clair : « J'ai constamment l'impression... les gens... pensent des choses... et puis... à l'église... je pense que les gens pourraient se dire... être étonnés... que... que... à mon âge... je ne sois pas comme ça seul... » La mère : « Je dis l'église, ça pourrait être partout ailleurs! » Puis silence.

Le thérapeute: «J'imagine que Renaud à l'église, comme pour aller chercher un habit, est constamment entre deux feux. A la fois, il dit je peux aller à l'église seul, acheter un habit seul, et en même temps il sait qu'il est très important pour lui d'aller avec les parents. Et il a toujours une série de compromis qui ne le satisfont pas les parents, mais qui gardent la relation.»

L'autre thérapeute rajoute: «Ceci est à poursuivre tant que ce n'est pas plus clair.»

Notre prescription de cette troisième séance sera:

1. Nous allons terminer sur cette idée de place de Renaud. C'est un peu surprenant et saugrenu. Cependant, nous vous demandons de prendre le temps à votre manière de réfléchir à cette idée de place, Renaud. Mais, s'il vous plaît, de n'en rien transmettre et de ne pas laisser transparaître l'aboutissement de vos réflexions à votre entourage et surtout pas aux parents en particulier, ni au prochain rendez-vous avec les frères.
2. Par rapport au compromis, Renaud, continuez ce compromis et maintenez un certain niveau d'inquiétude. Continuez à aller à l'église comme vous le faites, c'est votre choix.

*La quatrième séance* avec les frères précise comment chacun des deux frères ont trouvé leurs distances et espaces propres, très marqués pour Thomas, qui a fait des études dans une autre ville universitaire où il s'est d'ailleurs marié. Frédéric est très proche de la mère. Thomas, actuellement, sollicite beaucoup sa mère pour garder leur bébé.

La période de Noël 1985, en particulier, reste un moment de non-changement fondamental, avec une succession de disqualifications qui confirment les comportements d'inhibition et d'hésitation de Renaud. Nous allons même partager en janvier et en février une accentuation d'attitudes hyperprotectrices de la mère qui intervient d'une façon extrêmement minutieuse sur les prises de médicaments de son fils et sur la qualité et la quantité de son sommeil, étant réveillée par le moindre mouvement de Renaud qui dort dans l'une des chambres adjacentes à la chambre des parents. Elle envisage aussi pour lui l'acupuncture.

Les tâches précisent qu'il est difficile pour les parents de trouver ensemble des moments de détente. Renaud reste conforme en ne pouvant pas les aider ni les soulager davantage. Il ne peut remplir nos prescriptions d'aide pratique aux parents (petit déjeuner). Nous demandons que Renaud puisse servir sept petits déjeuners de suite à ses parents avant de faire une offre de travail!

C'est à ce moment-là que se situera une confrontation de plus en plus directe jusqu'à une dispute ouverte au cours d'une séance, face à l'engagement d'une recherche de travail que nous différons et dont nous dissuadons Renaud qui va bientôt terminer son cours de recyclage. C'est alors que la mère envisage éventuellement d'avoir recours à l'assurance-invalidité sur laquelle nous avons une position extrêmement ferme de refus. Il nous semble que cette intervention, conflit et refus d'assurance-invalidité, n'avait de sens qu'en rétablissant un double lien thérapeutique particulier avec la prescription conjointe de non-changement. Sinon, nous restions dans un processus linéaire et une démarche symétrique avec la famille.

Après avoir effectué de nombreuses demandes de travail contre notre avis et rencontré plusieurs refus, Renaud commence un travail pour la première fois dans une entreprise, tout en continuant à rentrer régulièrement chez ses parents. Il a le soin de laisser de multiples messages d'inquiétude quant à la difficulté de s'intégrer dans une équipe d'une part, à suivre un rythme de travail plus soutenu d'autre part. Renaud rend maintenant spontanément quelques services dans la maison et le jardin pour les parents. En septembre 1986, après quelques mois de travail (12 séances), nous poursuivons dans le sens de la prescription du symptôme et nous ordonnons :

«Il est important pour vous, Renaud, de réserver un quart d'heure par jour pour vous isoler et rester dans vos idées et vos rêveries, que ce soit au travail, à la maison, à l'extérieur.»

«Par ailleurs, nous vous demandons de continuer à être attentif à faire quelque chose pour les parents: tâches matérielles, services ou cadeaux, voire pension.»

L'édification d'une relation significative avec nous comme avec son entourage semble se marquer à partir de cet automne 1986, avec l'émergence d'une agressivité plus prononcée. Renaud entre de façon plus directe et plus rapide en communication dans l'échange, parle plus ou moins sur ses activités et ses projets.

*A la 13<sup>e</sup> séance* (novembre 1986), Renaud rappelle ses maladresses. La mère est très confuse. Renaud exprime sa peur de se fâcher, d'où la thérapeute: «Se fâcher, c'est une bonne qualité, mais c'est trop tôt.»

La mère revient alors sur le problème de la caisse-maladie qui maintient une réserve sur Renaud. Il y a alors une nouvelle confrontation entre la mère et les thérapeutes. Nous avons fourni un certificat sans complaisance de capacité de travail à la caisse-maladie. «Renaud peut travailler.» Nous répétons la prescription de la «bulle»: «Renaud, chaque jour, vous trouvez un moment pour entrer dans cette 'bulle' qui concerne vos rêveries, vos pensées, etc.»

La mère: «Vous avez déjà dit cela le mois passé!»

Le père: «Le jeune homme à la leucémie, ami de la famille, qui est décédé à l'âge de 18 ans, avait placardé sur son lit: lutter pour vivre, vivre pour lutter.»

Le thérapeute: «Alors, Renaud, il faut que vous fassiez faire un écriteau à placarder sur le lit aussi.»

Le père: «Est-ce que Renaud doit faire un sport le samedi après-midi?»

Depuis cette séance, nous relevons l'introduction d'humour dans l'espace relationnel, qui est une ressource déjà évoquée par les parents-mêmes d'ailleurs pour leur fils. Humour qui nous paraît la traduction à la fois d'une plus grande souplesse dans les relations et une modification du regard sur son existence et sur la crainte de la mort en particulier. Cet humour va devenir un mode de transaction plus ouvert et plus efficace entre chacun et avec les thérapeutes. Ceci va contraster avec la pseudo-mutualité du début qui avait été rompue à travers le conflit ouvert au cours du traitement.

Actuellement, la situation n'est pas transformée de façon radicale, mais il nous semble qu'au niveau du processus morphogénétique l'ouverture et la perspective d'une transformation de la structure familiale puisse commencer à se faire sans

entraîner des effets négatifs, ni de la part du patient désigné ni de la part de la mère. Elle n'a pas renouvelé ses menaces suicidaires et se rapproche davantage de son mari, devenu plus présent, même au prix d'une augmentation de ses propres troubles somatiques. Avec un appui, elle développe quelques modestes ouvertures sur le plan social.

Cette perspective de modification de la structure familiale est bien sûr à mettre en lien avec une consolidation progressive extrêmement lente et prudente au statut professionnel de Renaud. Celui-ci nous rassure: «En se plaignant de sa lenteur et du fait qu'il n'est pas le meilleur.» Il reste discret de la même manière par rapport au développement des relations sociales et de ses activités que des informations parallèles laissent supposer.

Ainsi, à la 14<sup>e</sup> séance, nous demandons des nouvelles en commençant:

Le thérapeute: «Ça va?»

Le père: «Oui.»

Et la mère: «Ça continue» (elle regarde Renaud).

Et le père: «Renaud est un peu sorti de la famille, un soir. Nous avons eu des échos le lendemain matin.»

La mère: «En fait, c'est Renaud qui devrait vous le dire...»

Renaud va nous raconter plus précisément deux sorties avec son groupe de travail. La mère, à l'occasion d'un deuil actuel, rappelle que Renaud ne montre et n'exprime pas beaucoup ses émotions!...

Nous proposons à Renaud, en fin de séance, qu'il cherche des souvenirs concernant cette personne importante pour les trois et qu'il puisse échanger à ce propos avec ses parents. Renaud est d'accord et ajoute qu'il a beaucoup d'épisodes en tête. Nous lui demandons de réfléchir et de choisir. Nous rappelons la possibilité dans ces moments douloureux à chacun de se consoler, et de mettre ensemble espoir et tristesse, et nous demandons à Renaud une fois de plus d'aller plus vite que les parents et de renoncer ainsi à s'acheter la voiture qu'il convoite; ce qui inquiète les parents. Renaud veut rétorquer!

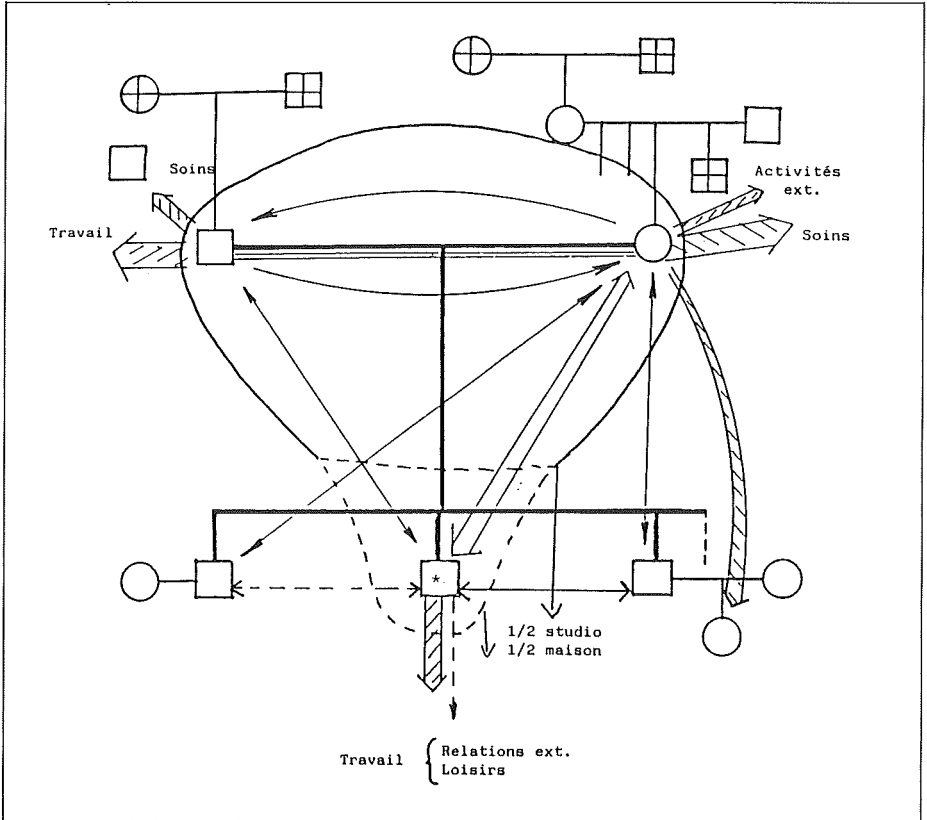
Le père souhaite un rendez-vous plus rapproché.

Actuellement, depuis janvier 1987, Renaud a pris une chambre à l'extérieur. La mère reste hyperprotectrice à son égard. Infraverbalement, dans sa mimique et son regard, elle paraît furieuse et même directement mécontente (aussi contre nous vraisemblablement) de cette démarche. Renaud estime qu'avec son salaire, il peut se payer «ce luxe» de continuer à rentrer pour des week-ends prolongés en famille. Le père, en ce moment, reste discret, paraît plutôt triste et fatigué. Au cours de la séance, Renaud rappelle à plusieurs reprises: «Je crois qu'il ne faut pas que j'aille trop vite, c'est ça!» (Tableau II).

Nous terminons la séance avec la prescription suivante:

1. Renaud, nous vous demandons d'inviter une fois vos parents dans votre studio à un repas préparé spécifiquement par vous.
2. Par ailleurs, nous vous demandons de remettre un franc de pension chaque mois à vos parents!

Tableau II: Carte familiale: fin de traitement.



L'évolution actuelle, après 21 séances et un traitement terminé maintenant depuis 3 ans, reste favorable pour Renaud qui poursuit son travail dans une ville proche.

Il a toujours son logement personnel et continue cependant à rentrer assez souvent chez les parents. Il n'a plus présenté d'épisodes psychotiques, ni de comportement obsessionnel.

Sa vie sociale reste encore limitée. La famille est restée anxieuse. Elle porte depuis de nombreux mois toutes ses préoccupations sur un des frères qui a présenté un grave et brutal accident cardio-vasculaire.

Les difficultés d'autonomie, voire à certains moments, d'individuation, dans un système familial peuvent se traduire, lors des étapes significatives du cycle vital, sous la forme d'alternances de troubles psychosomatiques chez un ou plusieurs membres de la famille.

«La faculté de pouvoir survivre sans l'autre» semble constituer le mythe fondateur le plus difficile à transformer.



Un traitement à long terme nous paraît donc tout aussi justifié que dans les situations de psychose avérée.

## Conclusion

Il nous apparaît que les changements morphogénétiques exigent un traitement long (plus d'une année, voire deux ou trois ans) à la différence des traitements centrés sur le symptôme. Dans notre description, il s'agit des systèmes rigides, plus particulièrement de systèmes dans lesquels les finalités familiales, de même que la cohésion du groupe prédominent sur les finalités individuelles. Les frontières s'accroissent avec l'extérieur au cours du temps, avec une sensibilité qui diminue à l'induction morphogénétique (type 8 de Wertheim, L. Hofmann, 1981).

Dans ces systèmes, nous retrouvons essentiellement les familles à transactions psychotiques ou les familles avec un patient anorexique.

Dans notre pratique précédente, nous avons également observé un processus de rigidification renforcé lors d'internements prolongés ou d'expériences carcérales, face à une organisation plus chaotique comme dans les familles avec un patient pédophile ou toxicomane.

La sensibilité à l'induction morphogénétique est alors particulièrement limitée et difficile à réaliser.

De telles caractéristiques peuvent également se développer de manière plus ou moins transitoire lorsque des événements répétés et vécus comme particulièrement traumatiques interfèrent dans le cycle vital de ces familles. La capacité normale de mobilisation morphostatique est une étape nécessaire qui précède et suit un changement. Durant ces phases, temporairement, la priorité est donnée à la cohésion familiale. Cette tendance est augmentée quand les changements devenus nécessaires, dépassent les possibilités morphogénétiques de la famille. Nous pouvons assister alors à un regroupement des membres de la famille lors d'un stress. Si cela se répète avec trop d'intensité, ce mécanisme inhibe la capacité de changement pour arriver à un palier plus élevé, en passant par une phase morphogénétique. Ainsi l'aptitude à la nécessité morphogénétique, aussi bien externe qu'interne, est alors diminuée (type 4 de Wertheim).

Par ailleurs, ces traitements nous paraissent nécessiter un travail spécifique sur le système thérapeutique, en particulier pour ne pas entrer dans les redondances de disqualification et afin de sortir de la pseudo-mutualité habituelle, après une mise en confiance particulièrement lente. Il faut ouvrir le conflit avec la famille sur la place du patient désigné pour risquer ce type de changement. Il nous paraît nécessaire que l'attention soit soigneuse et simultanée aux axes synchroniques et diachroniques. La prescription paradoxale et le réaménagement successif et répété des règles, des limites, des fonctions et des rôles, la réorientation du contexte vont aider au changement et au développement des finalités et de leur rééquilibrage (axe synchronique). L'évaluation des loyautés invisibles, des tâches pragmatiques visant l'équilibre des dettes et mérites permettent de travailler sur les distances émotionnelles et la réalisation d'une meilleure individuation pour le futur (axe diachronique).

La fixation du temps et la difficulté de mise en mémoire des histoires singulières et des événements spécifiques pour chacun, associés de façon paradoxale par la famille, constituent une mise à l'épreuve des thérapeutes qui nous paraît constante.

Le processus thérapeutique devient comme un tunnel sans fin pour les thérapeutes, identique à la trajectoire du patient identifié. Cette trajectoire diffère de l'épuisement et de la dispersion rencontrés dans les systèmes chaotiques et éclatés.

Nous sommes restés tout à fait sensibles à cette sidération dans le temps comme dans la relation et pouvons la vivre comme une implicite «condamnation à mort affective», face au risque d'une évolution morphogénétique qui s'adresse autant au patient désigné qu'aux membres de la famille les plus significatifs et les plus engagés.

*Marie-Odile Goubier-Boula, Marco Vannotti*  
Rue de l'Ecluse 67  
CH-2000 Neuchâtel

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Andolfi M., Angelo C., Menghi P. et Nicolo A.M. (1985): *La forteresse familiale*, Dunod, Paris.
2. Ausloos G. (1981): «Systèmes-Homéostasie-Equilibration», *Thérapie familiale*, 2, pp. 107-203.
3. Goubier-Boula M.O. et Real O. (1982): «L'inceste, la mort, la toxicomanie, Approche systémique», *Thérapie familiale*, vol. 3, n° 3, pp. 271-284.
4. Hoffmann L. (1981): *Foundations of Family Therapy*. In: Basic Books, Inc. Publishers, New York.
5. Lemoigne J.L. (1977): *La thérapie du système général. Théorie de la modélisation*, PUF, Paris.
5. Lemoigne J.L. et coll. (1986): *Intelligence des mécanismes. mécanismes de l'intelligence*, Fondation Diderot, Ed. Fayard, Paris.
6. Selvini M. (1975): *La famille de l'anorexique et du schizophrène, une étude transactionnelle*. Texte présenté au 4<sup>e</sup> Congrès international de l'Institut pour le mariage et la famille, «La thérapie de famille», Zurich, 30 septembre-3 octobre 1975.
7. Wilden A. (1983): *Systèmes et Structures*, Boréal Express, Montréal.



## NOTES DE LECTURE

Lynn HOFFMAN (1985): «Beyond power and control: toward a 'second order' family systems therapy», *Family Systems' Medicine*, 3, pp. 381-396.

Il s'agit d'un texte qui date de cinq ans déjà. Malgré ce fait, il m'a paru intéressant d'en rendre compte. A travers le récit de sa propre évolution, l'auteur éclaire le mouvement qui a conduit à la «cybernétique de second ordre».

L. Hoffman raconte d'abord ses débuts en 1963 à Palo Alto. A l'époque, elle avait le sentiment d'arriver sur les ruines d'une vieille et remarquable civilisation. Elle y rencontra beaucoup de monde dont Don Jackson, Virginia Satir et J. Haley. Cependant, elle restait sur l'impression de contempler les vagues, traces du sillage qu'avait laissé derrière lui Bateson, génie maintenant parti. Pendant vingt ans, cette impression ne l'a jamais quittée. Etait-elle à la recherche d'un empire perdu ou bien contribuait-elle à construire la terre promise?

A partir de 1970, Bateson ressemble à un croisé de l'écologie. Il parle de plus en plus du danger de la pensée linéaire, des erreurs épistémologiques contenues dans l'idée de pouvoir et de contrôle. C'était la réponse de Bateson à la guerre froide, à l'explosion technologique exploitant de plus en plus la terre et créant mort et désastre avec les missiles et autres armes modernes.

Durant la même époque, on peut observer à l'intérieur de la communauté des cybernéticiens, l'apparition d'un clivage avec d'un côté les ingénieurs se consacrant à la robotique et à la recherche sur l'intelligence artificielle, soutenus souvent par les militaires et, de l'autre, un groupe de chercheurs comprenant non seulement Bateson mais aussi Heinz von Foerster, Umberto Maturana, Francisco Varela et Ernst von Glasersfeld. Tous ces gens partageaient l'avis de Bateson: l'exploitation de la technologie et en fait toute l'attitude occidentale face à la science sont basées sur l'illusion d'objectivité. Von Foerster résume les deux positions en définissant une «cybernétique de premier ordre» dans laquelle l'observateur à la recherche d'objectivité, reste en-dehors de la chose observée (le fameux «out-there») et une «cybernétique de second ordre» dans laquelle l'observateur s'inclut dans le circuit cybernétique. Varela ne dit pas autre chose lorsqu'il distingue les systèmes «allopoïétic» (le modèle in-put/out-put des ingénieurs) des systèmes «autopoïétic» (modèle de l'autonomie ou les systèmes vivants sont respectés dans leur globalité et ne sont pas considérés comme des objets à manipuler).

Dans le développement de la thérapie familiale, on trouve exactement le même phénomène. Le vocabulaire du début de la thérapie familiale est truffé d'expressions se référant au contrôle, au pouvoir, etc. C'est de là qu'est issue la querelle entre Bateson et Haley. L'auteur était nourri des modèles de thérapie familiale pre-

mière version dont on trouve les reflets dans son livre «Foundation of Family Therapy» publié en 1981.

Mais, dans son numéro de mars 1982, «Family Process» publie trois articles. L'un de Bradford Keeney («The Ecosystemic Epistemology»), de Lawrence Allman («The Aesthetic Preference») et enfin de Paul Dell («Beyond Homeostasis: toward a concept of coherence»). Dans ce dernier article, Dell pulvérise le concept d'homéostasie, socle conceptuel sur lequel reposait la thérapie familiale systémique.

Maturana, de son côté, rendait compte de ses recherches sur la physiologie du système nerveux et proposait un modèle inédit de la perception, de la cognition, et donc du psychisme (voir son livre «Autopoiesis and cognition», Dordrecht Holland, D. Ridel, 1980, ainsi que «The tree of knowledge» écrit avec F. Varela, New Science Library, Boston, 1987).

Le texte de Hoffman va être consacré à l'étude des implications de cette «cybernétique de second ordre» pour la thérapie familiale. Elle se base sur la notion du système observant de von Foerster, des concepts d'autopoïèse, la fermeture à l'information de Maturana ainsi que sur la notion de «l'accord» ou de la «convenance» («fit» en anglais) de von Glasersfeld sans oublier le modèle de l'organisation circulaire de Bateson, basal pour tout processus mental.

Von Foerster s'en prend au slogan de Korzybski, «la carte n'est pas le territoire», si cher à Bateson et clame au contraire «la carte *est* le territoire». La thèse de von Foerster est que le processus d'apprentissage ne correspond pas à la «mise en carte» quelque part dans le cerveau d'objets extérieurs, mais plutôt au résultat de la manière dont l'organisme «computérise» une réalité stable. Cette thèse est dérivée de recherches sur le fonctionnement du système nerveux. Le «cerveau» construit des invariances qui sont alors vues comme des objets solides et attribuées à un monde extérieur «objectif». Von Foerster décrit, à partir de là, la réalité comme une structure de référence concordante pour au moins deux observateurs. L'on rejoint ici la notion de «couplage structurel» de Maturana et Varela. Ainsi nos idées concernant le monde sont des idées partagées, consensuellement issues et médiatisées au travers de données telles que la culture et le langage. Toute chose décrite l'est par un observateur, dit Maturana. L'objectivité n'existe pas.

Classiquement, en physiologie de la vision, l'on admettait qu'il existât d'une manière ou d'une autre une corrélation entre l'objet perçu et l'activation des cellules rétinienne, c'est-à-dire l'in-put. Cette hypothèse ne se vérifiant pas dans le laboratoire de Maturana, ces chercheurs crurent d'abord à une erreur expérimentale, puis se sont posés les questions suivantes: supposons qu'il n'y a vraiment pas de correspondance. Supposons que les cellules rétinienne activent les cellules cérébrales dans le cadre d'un circuit interne fermé. Supposons que ces signaux se propagent dans l'ensemble du système nerveux sans véritable in-put de l'extérieur mais comme une sorte de déclenchement général (un peu comme lorsqu'on lance un pavé dans la mare. Le pavé n'est pas un in-put donnant l'ordre de faire des vagues. Le pavé déclenche simplement un processus dont est capable la mare, à savoir celui de faire des vagues.) Si cela est vrai, toute notre conception de la perception doit être balayée. Nous ne pouvons plus décrire la perception en terme d'une petite impulsion, respectivement d'une information qui serait traitée par le cerveau.

A partir de là, l'auteur reprend les thèses de Maturana et Varela d'un système clos autoréférentiel. Dans ce sens, il n'existe pas d'interaction instructive, l'information dans le sens strict n'existe pas. En effet, on ne peut pas prendre des petits paquets d'information et les mettre dans la tête des gens. Mais alors qu'en est-il de toutes les belles théories des circuits multiples de Bateson, pour qui les processus mentaux sont précisément le produit de la boucle entière comprenant les échanges de l'organisme avec l'environnement? C'est là qu'interviennent la notion de couplage structural entre les «systèmes autonomes» et le concept du «conversational domain» (Varela).

Après avoir résumé ces nouvelles thèses, l'auteur étudie les implications pour la thérapie de famille. Tout d'abord, on ne peut plus dire que le symptôme est localisé quelque part, ni dans le patient, ni dans la famille, ni dans quelque autre unité. Il est dans la tête ou dans le système nerveux de tout un chacun qui participe à le spécifier. On disait que le système crée le problème, maintenant on dit que le problème crée le système. Le concept de l'homéostasie familiale est lourdement critiqué tant sur le plan philosophique que sur le plan pragmatique. Car parler du système familial et d'homéostasie inclut immédiatement une pseudo-objectivité.

Reprenons le cours de l'histoire de l'auteur. C'est vers la fin des années septante, avec toutes ces idées en tête et insatisfaite de l'approche thérapeutique américaine, qu'elle rencontre l'équipe de Mara Selvini-Palazzoli. Elle souligne l'apport majeur de l'école milanaise que représente l'article «Hypothétisation-circularité-neutralité». Dans cet article, les Milanais abandonnent la notion de hiérarchie dans la thérapie et démontrent que la place qui est occupée derrière un miroir ou dans la salle de traitement détermine ce que l'on peut faire et ce que l'on peut voir, beaucoup plus que son statut hiérarchique. En fait, les Milanais décrivent ici une tendance non instrumentale de faire de la thérapie. Pas d'intrusion interprétative, pas de confrontation, pas d'escalade symétrique, tout est pris comme un feed-back même si les patients ne font pas les tâches qu'on leur a proposées de faire. Simple-ment, les feed-back sont intégrés à de nouvelles hypothèses. En passant, l'auteur met au rancart les premières techniques milanaïses telles que la prescription du sacrifice ou l'utilisation systématique des paradoxes. La nouvelle cybernétique ne pousse pas à la «manipulation» mais à l'évolution. Elle supprime aussi les positions hiérarchiques définies préalablement comme par exemple la hiérarchie expert/imbécile. A la limite, il n'y a plus non plus possibilité de poser un diagnostic dans le sens d'une étiquette qui est l'illusion même de l'objectivité.

Dans le paragraphe «Sticks and stones», Hoffman montre que les thérapeutes de famille ont focalisé leur action essentiellement sur les comportements qu'ils cherchaient à modifier, négligeant l'expérience personnelle des sujets, ceci probablement en réaction aux méthodes thérapeutiques précédentes qui attachaient leur attention exclusivement aux phénomènes intrapsychiques et psychodynamiques. Actuellement, le pendule revient en arrière — en fait il s'agit plutôt d'un mouvement en spirale — et l'on est beaucoup plus attentif aux idées, intentions et croyances, ainsi qu'aux attitudes, sentiments et affects, tout comme aux valeurs et aux mythes qui habite les individus. L'individu, après un long exil, reprend sa place. Bref, il est maintenant dans le jeu.

C'est à ce point-là que Hoffman introduit les thèses de Von Glasersfeld qui dit que nous ne découvrons pas le monde mais que nous l'inventons. Le savoir, la connaissance reflètent le couplage entre l'organisme et l'environnement qui assure sa viabilité. Pour cette raison, il n'est pas du tout important que notre construction, ce que nous inventons, concorde absolument, soit identique, avec la réalité. Comment d'ailleurs pourrions-nous? Il suffit que la réalité que nous inventons soit plausible. C'est la grande distinction entre le «match» des anglo-saxons, traduit en français par «correspondance» et le «fit», traduit par «convenance». Cela ne veut pas dire que l'on peut inventer n'importe quoi. L'image que donne Von Glasersfeld est celle d'un maçon qui, en raison de son expérience, pense que toutes les ouvertures pratiquées dans un mur demandent la mise en place d'un linteau. La question n'est pas de savoir si cette croyance est vraie ou fausse. La question est de savoir si dans un monde où les maisons sont entièrement faites de briques une telle prémisse convient (fit). C'est comme de la clé, elle convient à une serrure, elle ne lui correspond pas.

Ce qui précède implique une critique du processus de diagnostic traditionnel dans le domaine de la santé mentale qui en plus de la réification, contient souvent, qu'on le veuille ou non, un blâme. Blâmer la détresse n'a guère de sens et surtout n'apporte rien. Il en va de même avec toute velléité de vouloir changer le système car elle est immédiatement perçue comme une critique qui met en route les résistances. D'où l'utilisation des paradoxes tels que prescription du symptôme, freiner le changement, connotation positive, etc. Ces techniques permettent au sujet ou à la famille d'explorer leur propre solution alternative sans être sous la pression d'une critique. Toutefois, le danger de l'utilisation de telles techniques est que le thérapeute les utilise avec une idée stratégique derrière la tête. Une idée stratégique veut dire être plus malin que la famille et vouloir l'obliger à changer. Cette façon supprime l'alternative que la famille peut trouver. On perçoit de telles attitudes stratégiques dans le langage non verbal: ton de la voix, attitude, etc., du thérapeute.

Techniquement, les implications vont plus loin. Il ne s'agit pas de chercher une vérité (étiologique) mais de chercher suffisamment d'éléments qui permettent de donner un sens au processus que l'on pense voir. Ainsi les Milanais travaillent par hypothèses successives qui «collent» (fit) le mieux et qui donnent le plus de sens. On retrouve ici quelque chose d'un article de Dell qui parle d'expérience, de description et d'explication, ceci dans «In defense of lineal causality». Il faut effectivement avoir la liberté de recourir à une causalité linéaire si à un moment donné cela donne sens et permet une certaine cohérence. Parmi les techniques issues de cette nouvelle manière de voir, il faut également compter l'idée de Peggy Penn décrite dans son article «Feed-forward: future questions, future maps».

En conclusion, Hoffman ne décrit pas à partir de la nouvelle cybernétique une méthode de thérapie, mais plutôt une *position* thérapeutique. En effet, on ne peut pas influencer les gens, on peut seulement influencer le contexte et dans ce contexte probablement la seule partie que l'on peut contrôler c'est soi-même. Néanmoins, une démarche qui respecterait cette nouvelle cybernétique pourrait avoir les caractéristiques suivantes. Premièrement, créer un «observing system» qui inclut le thérapeute et son contexte. Deuxièmement, une structure plus collaborative et non

hiérarchique. Troisièmement, formuler des buts qui postulent surtout la création d'un contexte pour le changement, sans spécifier quels changements. Quatrièmement, se munir de garde-fous contre trop d'instrumentalité (technologie, stratégie, etc.). Cinquièmement, une évaluation circulaire du problème. Sixièmement, l'absolue non partialité et l'absence totale de critique. L'autre point important est de toujours se mettre au clair du rôle que l'on joue : Thérapeute-systémique quand cela est possible, ou bien de thérapeute-contrôleur quand la situation l'exige, par exemple lorsqu'il s'agit de sauver une vie.

*D. Masson*



# PRIX A.P.R.T.F.

---

125, rue du Faubourg  
Saint Honoré  
F-75008 Paris  
Tél.: 43 59 15 91  
43 59 59 25

---

Jean-Clair Bouley, Patrick Chaltiel, Didier Destal, Serge Hefez,  
Elida Romano, Françoise Rougeul

---

Ce prix d'un montant de **10.000 Frs**  
récompense un travail original sur le thème:

## L'adolescence dans la famille

Ce travail d'au moins vingt pages dactylographiées, peut être effectué par un auteur ou une équipe et devra être adressé en six exemplaires, à l'A.P.R.T.F., avant le 25 mai 1991.

Le prix sera décerné publiquement lors de notre prochaine journée clinique le 6 octobre 1991.

Le travail sélectionné sera présenté au comité de lecture de la revue «**Thérapie Familiale**» en vue d'une publication, après les éventuelles modifications de forme qu'exige un article.

Les textes non retenus seront retournés aux auteurs, à leur demande.

## RECENSIONS

M. MacGOLDRICK et R. GERSON: «Génogrammes et entretien familial», Ed. ESF, 1990.

Le génogramme est devenu un outil dont les thérapeutes familiaux se servent couramment dans leur pratique. Néanmoins, ceci est le premier ouvrage extensif sur l'utilisation systématique du génogramme, telle qu'elle est pratiquée par l'école de Murray Bowen.

«Il fallait trouver une place de choix entre un ouvrage s'adressant à des débutants et un guide de référence pour tous ceux qui possèdent une expérience plus importante dans le domaine thérapeutique», dit Alain Ackermans dans sa préface au livre. Après un bref exposé de la théorie des systèmes familiaux suit une description détaillée de la manière de construire un génogramme et de mener l'entretien avec de nombreux exemples sur la forme, le contenu et la suite des questions à poser, sur la manière de poser les questions difficiles et sur les priorités à respecter dans l'organisation du génogramme.

Un autre chapitre traite de l'emploi clinique du génogramme en thérapie familiale, à l'aide de nombreux exemples cliniques (y compris du recadrage tel que le pratique M. Bowen lui-même). L'accent est mis sur l'utilisation d'un matériel familial complexe, souvent chargé d'émotions dans un processus circulaire de recueil des informations et de leur «retour» sous une forme plus organisée et claire, entre le thérapeute et la famille.

Le chapitre qui nous a intéressé (et amusé) le plus, s'intitule «L'interprétation des génogrammes» et représente la moitié du livre. On y apprend à réfléchir sur la structure familiale (avec un accent particulier mis sur les théories de Walter Toman concernant le rang dans la fratrie), le cycle de vie de la famille et sur le fonctionnement familial à travers ce cycle, les modèles répétitifs à travers les générations, les modèles relationnels dans la famille (avec un développement sur les triangles selon la théorie de Bowen) et les équilibres et déséquilibres familiaux. Le chapitre comporte de très nombreuses illustrations tirées non pas des génogrammes des familles des patients, mais uniquement des génogrammes des familles de gens célèbres. Ainsi le lecteur rencontre les familles Freud, Jung, Chaplin, Churchill, Roosevelt, Burton, Taylor, Fonda, etc. autant que sa connaissance de ces personnages, en majorité anglosaxons, le lui permet.

Un chapitre sur l'avenir de la recherche sur les génogrammes offre quelques idées stimulantes, surtout avec les possibilités nouvelles ouvertes par l'utilisation de l'informatique. Le logiciel Hypercard, développé par A. Ackermans et J.P. Misch en français et en anglais, est décrit avec ses possibilités actuelles d'utilisation.

Le livre de M. Mc Goldrick et R. Gerson est écrit (et traduit) dans une langue claire et est accessible, à notre point de vue, à un public assez large. Le grand intérêt porté à cette présentation du génogramme au cours des discussions et de séminaires, non seulement par les thérapeutes familiaux mais aussi par les thérapeutes individuels, les psychanalystes, les infirmiers psychiatriques, les travailleurs sociaux, etc. le prouve. Comme tout bon livre, il offre une lecture à plusieurs niveaux : pédagogique (appendice à cet effet), niveau de réflexion approfondie sur la thérapie et sur nos propres méthodes, l'enrichissement de notre culture générale et aussi l'amusement dans le « déchiffrage » des génogrammes aux noms célèbres (même si on connaît les limites de la méthode explicative). On rejoint ici l'idée batsonienne sur le paradoxe existentiel et sur la proximité entre le symptôme, le fou et le génie créateur.

*Eva Hemon*

## NOTES DE CONGRÈS

### *Reflets du congrès de Paris «Système et Thérapie Familiale» 4, 5, 6 octobre 1990*

#### **Une est-éthique palette**

Le CECCOF (Paris) et le CERAS (Grenoble) ont conjointement organisé le congrès international de thérapie familiale systémique, qui s'est tenu à Paris, à la Cité des Sciences de la Villette, du 4 au 6 octobre 1990, sur le thème «Ethique, idéologie, nouvelles méthodes».

Le titre de cet article peut surprendre: «Une est-éthique palette». Certes, un jeu de mots et un jeu de lettres sous-tendent cette expression. Vous avez dit «jeu de mots»? Est-ce à voir alors avec les jeux et les stratégies? Vous avez ajouté «jeu de lettres», à moins que ce ne soit «jeu de l'être»? Ne peut-on entendre aussi le «je»? Mais alors les thérapeutes familiaux s'occuperaient de l'individu?

Car, la lettre «h» glisse le long des mots: «esthétique» et l'on touche à ce qui nous apparaît beau; (est)-éthique et l'on se sensibilise à ce qui nous semble «bon», à ce qui concerne les règles de conduite.

Questions troublantes posées là...

Pendant, si on aligne les mots les plus longuement employés au cours de ce congrès, on pourrait écrire, par exemple: complexité, modèle, action, représentation, aidant et aidé, changement, système et individu, esthétique, méthodes, cybernétique, épistémologie, responsabilité, éthique, émotion, résonnances, institution, compétence de la famille, relations, organisation et auto-organisation, entreprises, observateur et observé, état et processus, auto-référence, confiance... J'arrête là.

A ces mots, il convient d'y adjoindre (les systémiciens posent en premier la conjonction et non la disjonction), à la manière de Leporello, dans le Don Giovanni de Mozart, le catalogue des invités: Heinz von Foerster, Mara Selvini-Palazzoli, Paul Watzlawick, Philippe Caillé, Carlos Sluzki, Mony Elkaïm, Carmine Saccu, Jean Louis Le Moigne, Luigi Cancrini, Ivan Boszormenyi-Nagy, Guy Ausloos, Luigi Onnis, Robert Neuburger, etc. Là encore, cette énumération n'est pas exhaustive...

Une liste de mots, un catalogue de noms, de personnalités diverses: une invitation à composer nous-même notre palette, notre partition, suivant nos intérêts, nos appétits.

Et si je vous livrais ma propre composition?

En effet, en systémique, et c'est l'enseignement de la deuxième cybernétique, nous créons notre réalité. Nous participons activement à notre construction de la réalité — que nous organisons *ipso facto*. C'est donc ma représentation (partielle certes) que je vous propose.

La systémique appréhende l'homme dans sa globalité; dans toutes ses dimensions (personnelle, familiale, sociale, culturelle, politique, spirituelle, économique...). Joël de Rosnay, le maître des lieux de la Cité des Sciences, a ouvert le congrès en proposant cette vision de l'homme. Cette idéologie est restée très présente tout au long de ces trois journées.

Tout être humain, pour exister, a souligné Philippe Caillé, modélise, se donne, se crée des représentations de la réalité. Il ne peut pas ne pas modéliser: c'est son activité essentielle. Cette modélisation est complexe; elle est donc ouverte à envisager l'imprévisible. Soulignons, à ce propos, que les thérapeutes familiaux prennent en compte l'individu, «l'individu dans le système» (Philippe Caillé).

Le thérapeute familial, tout comme la famille, se crée des modèles qui les créent. Il appartient au thérapeute de rendre possibles les conditions d'un dialogue, d'un échange, afin de permettre à la famille, non pas de rester bloquée dans un sens, mais de s'ouvrir à d'autres voies: «rendre la compétence à la famille». Guy Ausloos lançait lors d'un symposium: «Vous êtes payés pour activer, pas pour comprendre!» Robert Neuburger invitait les thérapeutes à passer «d'une esthétique du changement à une esthétique de choix», soulignant ainsi l'accès à la deuxième cybernétique.

Ce travail exige, comme toute activité thérapeutique, une réflexion éthique et nécessite, de la part du thérapeute, de connaître sa propre grille d'analyse, sa propre idéologie, quand il utilise les différentes méthodes qu'il ne cesse de perfectionner. C'est sa responsabilité de thérapeute qui est en jeu et c'est dans ce jeu, «je dois»-«je ne dois pas», comme le soulignait Heinz von Foerster dès le début du congrès, que se situe en partie l'éthique du thérapeute. Poser ainsi la notion de l'éthique renvoie au problème du choix, et allons un peu plus loin, à la question de l'invention, de la création... au sein du système thérapeutique.

Au fait, vous avais-je dit qu'esthétique signifie d'après l'étymologie grecque «sentir avec», «être avec»?

Cet article apparaît bien comme une danse entre esthétique et éthique, deux mots qui, au préalable, se seraient difficilement associés. Et pourtant... Assumer, pour un thérapeute, pour une famille, pour un individu, la responsabilité de l'«être avec», du «sentir avec», ne relève-t-il pas d'un acte fondateur où chacun, (le thérapeute), s'engage, au nom d'une éthique («je dois»-«je ne dois pas»), porté par l'attrait, l'idéal, l'émotion du Beau? Alors, l'(est)-éthique (l'être avec) et l'esthétique, suivant l'optique de la deuxième cybernétique, ne seraient plus antinomiques, mais pourraient se conjuguer, se décliner...

Marie-Martine Gex

## INFORMATIONS

**STAGES SPÉCIALISÉS** organisés par le Centre d'Etude de la Famille-Association (CEFA):

- 21, 22 et 23 mars: Abord familial systémique et mandat judiciaire: P. Segond.
- 12 et 13 avril: Le travail thérapeutique avec l'institution, «la demande adressée à l'institution»: J. Beaujean.
- 19 et 20 avril: Traitement des violences, «la violence froide»: E. Goldbeter.
- 7 et 8 juin: Le travail thérapeutique avec l'institution, «la créativité en institution»: S. Hirsch.
- 14 et 15 juin: Traitement des violences, «enfants et parents maltraités»: P. Segond.
- 21 et 22 juin: La sélection et le suivi des familles d'accueil: S. Cirillo.
- 28 et 29 juin: Le travail thérapeutique avec l'institution, «la créativité en institution»: E. Franko.

*Informations*: Secrétariat du CEFA, 9, av. Nicolas-Boileau, F-94420 Le Plessis-Tréville. Tél. (1) 45.93.18.26.

**JOURNÉES D'ÉTUDES** de Thérapie familiale. Organisées par le Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes.

- 23 mars 1991: Dr A. Ackermans (Bruxelles): Jeux familiaux et relation thérapeutique.
- 24 mai 1991: Dr L. Onnis (Rome): Corps et institutions: le corps comme terrain de rencontre, enjeu de différentes compétences professionnelles.
- 25 mai 1991: Dr L. Onnis (Rome): Corps et thérapie: l'usage thérapeutique du langage du corps.

*Informations*: Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes, av. Edouard-Lacomblé 30, B-1040 Bruxelles. Tél. (02) 771.74.76.

**CYCLE D'APPROFONDISSEMENT CLINIQUE** en thérapie familiale, organisé par le Centre d'Etudes Cliniques des Communications Familiales. Paris, les 9 avril, 11 juin, 19 octobre, 22 et 23 novembre 1991.

*Informations*: CECCOF, 15bis rue Jules-Romains, F-75019 Paris. Tél. 16 (1) 42.49.66.44.

**2<sup>e</sup> COLLOQUE INTERNATIONAL** de psychosomatique. Organisé par le Centre International de Psychosomatique (CIPS) sous la direction du Prof. M. Sami-Ali, Université de Paris VII. Thème: «Rêve et Psychosomatique». Paris, le 13 avril 1991.

*Informations*: Sylvie Cady, 18, rue Eugène-Manuel, F-75116 Paris.

**4<sup>e</sup> RENCONTRE INTERNATIONALE DE BELLELAY.** Psychiatrie et création. Bellelay, les 19 et 20 avril 1991.

*Informations*: Clinique psychiatrique de Bellelay, Dr H. Van, CH-2713 Bellelay. Tél. (032) 91.91.22.

**3<sup>e</sup> CERTIFICAT ERASMUS** consacré à la pathologie et au traitement de l'anxiété. Organisé conjointement par les universités de Maastricht (Pays-Bas), Oxford (Grande-Bretagne) et Caen (France). Du 18 au 22 mars à Maastricht et du 8 au 12 juillet 1891 à Oxford.

*Informations:* Mme Karen Horner, Groupement de Recherche Pharmacologique sur le Système Nerveux Central. Tél. 31.44.81.12, ext. 5126.

**SÉMINAIRES** organisés par le Groupe de Formation et de Recherche en Approche Systémique et Thérapie Familiale:

- 22 avril 1991: «Socio-analyse et développement organisationnel», M. Bolle de Bal.
- 29 avril 1991: «La spécificité des mandats des psychologues et des psychiatres». B. Fourez et M. Siméon.

*Informations:* J. Leclercq, Clos Chapelle-aux-Champs 30/49, B-1200 Bruxelles.

**CONGRÈS EUROPÉEN:** Mental Health in European Families. Prague (Tchécoslovaquie), du 5 au 8 mai 1991.

*Informations:* European Congress «Mental Health in European Families», c/o Association of the Czechoslovak Medical Societies Y.E. Purkyne; Sokolstá 31, CS-12026 Prague 2. Tél. 294.141.4.

**3<sup>e</sup> CONGRÈS MONDIAL** de Thérapie familiale. «Family Therapy in Different Cultural Contexts». Jyväskylä, Finlande, du 2 au 6 juin 1991.

*Informations:* Third World Family Therapy Congress, University of Jyväskylä, Continuing Education Centre, Seminaarinkatu 15, SF-40100 Jyväskylä, Finlande. Tél. +358-41-60.36.62.

**10<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL** «The psychotherapy of schizophrenia». Stockholm, du 11 au 15 août 1991.

*Informations:* Stockholm Convention Bureau, P.O. Box 6911, S-10239 Stockholm. Tél. 46.8.23.0990.

**M.R.I. SUMMER SYMPOSIUM.** Brief Strategic Therapy. Avec S. Duriez, P. Emard, R. Fisch, H. Von Foerster, T. Garcia-Rivera, L. Gill, L. Jordan, J. Moran, K. Schlanger, P. Watzlawick, J. Weakland, J.J. Wittezaele. Stanford University, Palo Alto, du 12 au 16 août 1991.

*Informations:* Mental Research Institute, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301. Ms. Ph. Erwin. Tél. (415) 321-3055.

**7<sup>e</sup> JOURNÉES** de Thérapie familiale de Lyon. Organisées à l'occasion du 10<sup>e</sup> anniversaire de la revue *Thérapie familiale*. Université catholique de Lyon, du 11 au 14 septembre 1991.

*Informations:* ALTF, Centre Bateson, rue Victor-Hugo 13, F-69002 Lyon. Tél. 78.37.59.62.

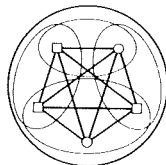
**CARREFOUR CLINIQUE** avec Philippe Caillé: «Dynamique d'équipe et technique de supervision». Nice, les 22 et 23 mars 1991.

*Informations:* CECCOF (Centre d'Etudes Cliniques des Communications Familiales), 15bis, rue Jules-Romains, F-75019 Paris. Tél. 16 (1) 42.49.66.44.

**3<sup>e</sup> CONGRÈS** organisé par l'A.R.E.F.T. (Association de Recherche et d'Etudes sur la Famille et les phénomènes Transgénérationnels) sur le thème: «Famille, Tribus, Systèmes». Avec la présence de Mme le Prof. F. Héritier-Auge, M. le Prof. Ph.J. Parquet et M. le Prof. M. Goudemand. Faculté de Médecine de Lille, jeudi 21 mars 1991.

*Informations:* Mme Dutilly, secrétaire Service Médical n° 1, C.H.S. 193, rue du Général-Leclerc, F-59350 Saint-André. Tél. 20.51.60.94, postes 267, 456 ou 457.

# THERAPIE FAMILIALE



Revue Internationale d'Associations Francophones

## Comité de rédaction:

Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris, — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMÉON, Louvain-La Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie:

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique,
- des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.,
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de technique, en particulier de techniques d'enregistrement audio-visuel,
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues,
- des présentations et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale,
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formation.

Numéro spécimen sur demande.

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle  
**THÉRAPIE FAMILIALE** pour l'année 199\_\_

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: Frs 110. —

Abonnements individuels: Frs 60. —

ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE

C.P. 456 — CH-1211 GENÈVE 4 — CCP 12-8677-8 GENÈVE

Société de Banque Suisse, CH-1211 GENÈVE 6, C2.622.803

Les chèques bancaires à l'ordre de la Banque de l'Union Occidentale ou postaux à l'ordre de Médecine & Hygiène sont admis.

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE — Case postale 456 — CH-1211 Genève 4



A l'occasion du 10<sup>e</sup> anniversaire  
de la revue, Thérapie Familiale  
et l'Association Lyonnaise  
de Thérapie familiale organisent

---

# les 7<sup>èmes</sup> Journées de Thérapie Familiale de Lyon

---

*du 11 au 14 septembre 1991  
à l'Université Catholique  
de Lyon*

---

**Renseignements:** ALTF, Centre Bateson, R. Victor-Hugo 13,  
F-69002-Lyon. Tél.: 78.37.59.62

**Inscriptions** : 1300.- FF. Espace Florentin, Ch. du  
Moulin-Carron 71, F-69570 Dardilly  
Tél.: 78.64.99.67



EDITIONS SOCIALES FRANÇAISES  
17, RUE VIÈTE  
F-75854 PARIS CEDEX 17

## LE DICTIONNAIRE CLINIQUE DES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

**Les thérapies familiales** appliquées aux systèmes conjugaux et familiaux, élargies souvent aux institutions de soins, connaissent une expansion exceptionnelle qu'accompagne parallèlement celle de la terminologie clinique et théorique correspondante. Ce nouveau langage apparaît dans les multiples pratiques des thérapeutes familiaux, soit privés, soit oeuvrant dans les nombreux milieux ou équipes concernés par l'aide psychothérapique et sociale, individuelle ou collective.

Cette nouvelle façon d'aborder les problèmes relationnels, née dans les pays anglo-saxons, s'est étendue assez récemment dans les pays francophones. Le développement de la **théorie générale de systèmes** de Ludwig von Bertalanffy et de la **théorie ecosystémique** de Gregory Bateson ont contribué à élargir considérablement les notions scientifiques ou pragmatiques nécessaires au corpus du vocabulaire utilisé au sein de ce **mouvement international** des thérapies familiales. Et c'est de cette constatation qu'est né le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques**, oeuvre d'une équipe d'éminents spécialistes et praticiens.

De conception essentiellement clinique, comptant plus de 900 articles, cet ouvrage est immédiatement utilisable dans la pratique thérapeutique systémique. Chaque article, rédigé dans un langage clair, apporte au lecteur, averti ou profane, à la fois un support théorique précis et le fruit de la riche expérience des auteurs.

Tel qu'il est conçu, le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques** offre une information extrêmement complète à tous ceux que concerne ou qu'intéresse cette nouvelle approche des Sciences Humaines. Quatre index facilitent, en outre, la consultation et permettent un accès immédiat aux informations recherchées.

Remarquable ouvrage de référence, le **Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques** donne pour la première fois une vue d'ensemble très large et complète du champ de thérapie familiale aujourd'hui en pleine expansion.

Sous la direction de Jean-Claude Benoit et de Jacques-Antoine Malarewicz, avec le concours de Jacques Beaujean, Yves Colas et Serge Kannas.



.....  
BON À RETOURNER À :

Editions Sociales Françaises, 17, rue Viète, F-75017 Paris, Tél. : (1) 47 63 68 76  
Editions Sociales Françaises, case postale 456, 1211 Genève 4, Tél. : (022) 46 93 55

Nom et prénom : .....

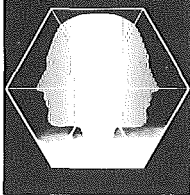
Adresse : .....

.....  
souhaite être informé de la parution de l'ouvrage **Le Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques**.

Date :

Signature :

psychothérapies



# psychothérapies

## Comité de rédaction:

G. Abraham, *Genève* — B. Cramer, *Genève* — A. Haynal, *Genève* —  
Ph. Kocher, *Genève* — N. Montgrain, *Québec* — C. Reverzy, *Paris* —  
R. Steichen, *Louvain*.

## Comité scientifique:

J.M. Alby, *Paris* — D. Anzieu, *Paris* — M. Bourgeois, *Bordeaux* — J. Cosnier,  
*Lyon* — G. Delaisi de Parseval, *Paris* — Y. Gauthier, *Montréal* — E. Gilliéron,  
*Lausanne* — W. Pasini, *Genève*.

---

**«Pour que la psychothérapie,  
que nous voulons dynamique,  
soit sante sans cesse remise en question...»**

---

- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES** pour l'année 199 \_\_\_\_
- Abonnements individuels : FS 80.- FF 347.-  
\$US 67.- \$US 75.- FB 2026.-
- Abonnements institutionnels: FS 112.- FF 467.-  
\$US 94.- \$CAN 105.- FB 2800.-

*Règlement: Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.  
Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C 2 622 803.  
Banque de l'Union Occidentale, 47 av. George V, F-75008 Paris, Compte  
N° 251 10532 40. Les chèques bancaires à l'ordre de la BUO sont admis.  
BUOFC sont admis.*

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE — Case postale 456 — CH-1211 Genève 4

## CONDITIONS DE PUBLICATION

1. La revue «Thérapie Familiale» publie des contributions théoriques originales, des apports cliniques et pratiques, des débats sur les théories qui sous-tendent cette nouvelle approche: systèmes, communication, cybernétique; des analyses, des bibliographies et des informations sur les associations de thérapie familiale, les centres et les possibilités de formation.
2. Les articles sont publiés en français et doivent être accompagnés d'un résumé analytique de 10 à 20 lignes en français et en anglais. Le titre doit être également traduit en anglais.
3. Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne 1 1/2, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze pages.

La première page comporte le titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms complets des auteurs et l'adresse du premier auteur. L'article est adressé en trois exemplaires.

4. Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés, parallèlement à d'autres revues.
5. Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.
6. Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.

Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur.

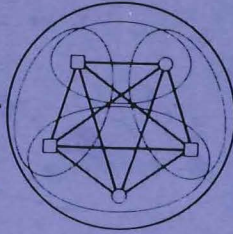
## BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abréger selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page.

La référence d'un livre doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, titre dans la langue; nom de l'éditeur, ville.

Pour les ouvrages publiés originellement en langue étrangère mais dont la traduction a paru en français, il serait préférable d'indiquer les références de l'édition francophone.



# THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XII — 1991 — No 1

## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| Présentation .....   | 1  |
| G. PRATA: Du «jeu symétrique» du couple au «jeu psychotique» de la famille .....   | 3  |
| J.-C. BENOIT: Les cartes institutionnelles. Une figuration topologique des doubles liens .....   | 17 |
| E. FIVAZ-DEPEURSINGE: Hiérarchie et circularité dans le dialogue. L'apport d'une recherche sur la dyade .....  | 29 |
| R. PAUZÉ et P.A. COTNARIANU: L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-1988 .....  | 45 |
| C. REYNAERT, P. JANNE, P. FONTAINE, K. WOERLINCK, A. COLLIN et L. CASSIERS: Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou: comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités ..... | 55 |
| M.O. GOUBIER-BOULA et M. VANNOTTI: Croissance et changement dans une famille à transactions rigides .....  | 65 |
| Notes de lecture .....   | 81 |
| Recension .....  | 87 |
| Notes de congrès .....   | 89 |
| Informations .....   | 91 |

## CONTENTS

|  |    |
|--|----|
| Presentation .....   | 1  |
| G. PRATA: From the «symmetric game» of the couple to the «psychotic game» of the family .....  | 3  |
| J.-C. BENOIT: Institutional maps. A topographical shaping of double binds ... ..   | 17 |
| E. FIVAZ-DEPEURSINGE: Hierarchy and circularity in dialogue. The contribution of a research on the dyad .....  | 29 |
| R. PAUZÉ and P.A. COTNARIANU: Evolution of the symptom concept in family therapy during the years 1980-1988 .....  | 45 |
| C. REYNAERT, P. JANNE, P. FONTAINE, K. WOERLINCK, A. COLLIN and L. CASSIERS: Towards a circular re-understanding of Olson's circumplex model: where the logic of contraries is also a logic of proximities ..... | 55 |
| M.O. GOUBIER-BOULA and M. VANNOTTI: Growth and change in family with rigid transaction .....   | 65 |
| Reading notes .....  | 81 |
| Recension .....  | 87 |
| Notes de congrès .....   | 89 |
| Informations .....   | 91 |