

THERAPIE FAMILIALE

*Revue
Internationale
d'Associations
Francophones*

MYTHE FAMILIAL



COUPLES BLOQUÉS



PLACE DU PÈRE



FRATRIE ET HANDICAP

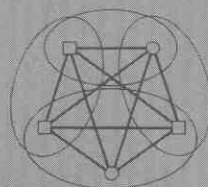


INCESTE

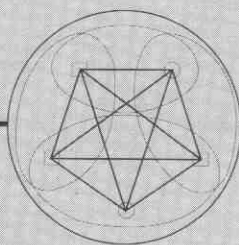


ANOREXIE

m+h



Vol. XVI — 1995 — No 4



THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XVI — 1995 — No 4

SOMMAIRE

G. AUSLOOS: Présentation	329
L. ONNIS, M. LAURENT, P. BENEDETTI, G. CESPÀ, A. DI GENNARO, R.C. DENTALE, F. DE TIBERIS, F. FORATO, F. MAURELLI: Le mythe familial. Concepts théoriques et implications thérapeutiques	331
Ph. CAILLÉ: Les situations bloquées du divorce. Une approche systémique	351
S. MARTINAT, E. SAINT-AMOUR, F. MARCOTTE: La place du père dans la famille accusée de négligence: quelques pistes de réflexion	367
S. MEYNCKENS-FOUREZ: La fratrie d'une personne handicapée	389
P.C. ALEXANDER: Une conceptualisation systémique de l'inceste	403
E. TILMANS-OSTYN: L'anorexie à travers les âges et les générations: approche familiale	415
G. AUSLOOS: Les anti-théories de l'imprévisible Carl Whitaker (1912-1995)	423
Recensions	433
Informations	435
Index annuel par auteurs et par titres	439

CONTENTS

G. AUSLOOS: Presentation	329
L. ONNIS, M. LAURENT, P. BENEDETTI, G. CESPÀ, A. DI GENNARO, R.C. DENTALE, F. DE TIBERIS, F. FORATO, F. MAURELLI: The family myth. Theoretical concepts and therapeutic implications	331
Ph. CAILLÉ: Dead-locks in divorce conflicts. A systemic approach	351
S. MARTINAT, E. SAINT-AMOUR, F. MARCOTTE: An approach to the study of the father figure in neglectful families	367
S. MEYNCKENS-FOUREZ: The sisters and brothers of an handicapped child	389
P.C. ALEXANDER: A systemic conceptualization of incest	403
E. TILMANS-OSTYN: Anorexia at different ages and through generations: a family approach	415
G. AUSLOOS: The anti-theories of the unpredictable Carl Whitaker (1912-1995)	423
Recensions	433
Informations	435
Yearly index by authors and titles	439

PRÉSENTATION

Il est parfois difficile de présenter un numéro de revue quand certains articles viennent refroidir l'enthousiasme du lecteur. J'ai la chance de vous présenter un numéro dont les articles m'ont tous passionné, s'enchaînant bien l'un à l'autre et finissant par avoir la cohérence d'un numéro à thème. J'espère pouvoir vous faire partager le plaisir que j'ai eu à les lire.

On parle souvent de «mythe familial», on ne sait pas toujours ce que cette notion recouvre. Dans la première partie de leur article, **Luigi Onnis et ses collaborateurs** nous proposent une étude exhaustive de la notion de mythe et de l'évolution du sens, mettant en rapport mythe et secrets, mythe et rituels familiaux. Ce travail de compilation, digne des *bénédictins* du Monte Cassino, est déjà en soi largement digne d'intérêt. Mais cet article ne se limite pas là: il présente des moyens pour explorer le mythe familial, dont la «sculpture évolutive», et des moyens pour utiliser le mythe en thérapie. A nouveau, ces applications pratiques sont bien documentées, présentant aussi bien l'approche des auteurs que celle d'autres thérapeutes. Un bon exemple de travail où l'érudition scientifique se complète d'une perspective clinique bien étayée!

Les législateurs pensent souvent qu'il suffit d'un décret pour résoudre un problème. Mais comme ils se veulent économes, ils rognent souvent les ailes de leur projet, le rendant illusoire, vain, voire néfaste. C'est ce que **Philippe Cailé** nous montre dans son étude des situations bloquées du divorce. Orfèvre en matière de couple, il a ciselé une théorie de «l'absolu du couple» qui peut entraîner des blocages, tant par excès que par manque. Partant de cette hypothèse théorique, il développe un modèle d'intervention en quatorze séances qui se révélera un échec partiel. Loin de se décourager, il modifie son modèle qu'il nous présente dans son état actuel et ses possibilités futures d'évolution. Voilà du bon travail, à la fois clinique, épistémologique et de recherche. Puisse-t-il susciter d'autres vocations alliant sérieux, rigueur et persévérance dans la recherche de modes d'intervention.

Trois québécois, **S. Martinet, E. St-Amour et F. Marcotte**, nous font part de leurs réflexions sur la place du père dans la famille accusée de négligence. Teinté par les particularités du contexte québécois, cet article parlera néanmoins autant aux francophones de l'Europe qu'à leurs cousins d'outre-Atlantique. Les modèles de père ne sont en effet pas bien différents, marqués tout autant par l'influence judéo-chrétienne. Bien sûr, les pères «coureur des bois» ont sans doute depuis longtemps cessé de courir les bois pour arpenter le bitume, mais les pères «fils-délinquant» continuent à être bien réels. Ce qui m'a surtout semblé riche est la «superposition possible de différents modèles de père», ainsi que l'insistance à tenir compte de ces pères souvent accusés de tous les maux, que l'on est trop content de ne pas voir venir à la consultation, qui souvent s'arrangent pour qu'on les rejette. Les enfants

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal - M. DEMANGEAT, Bordeaux - A. DESTANDEAU, Monton - 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-Etienne - F.X. PINA PRATA, Lisbonne - J. 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. ELKAIM, Bruxelles - P. FONTAINE, Leuven - E. GOLDBETER, Bruxelles - C. GUITTON, Villejuif - L. KAUFMANN, Prilly - J. NEUBURGER, Paris - G. PRATA, Milano - J.C. PRUD'HOMME, Québec - J. ROJERO, Madrid - E. ROMANO, Paris - P. de SAINT-GEORGES, Namur - J. SEGOND, Paris - F. TULKENS, Bruxelles.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr Daniel Masson
Centre de traitement psychiatrique de jour
Rte du Signal 25
CH-1018 Lausanne
Fax: (021) 312 29 82

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

Recension de livre: B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456
CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 702 93 11 - Fax (022) 702 93 55

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

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

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Société Générale, libellés en francs français. N° compte: 000 2 801045 6

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:
FS 67.- FF 290.- FB 1720.-
Bibliothèques et abonnements institutionnels:
FS 138.- FF 600.- FB 3540.-
Prix au numéro: FS 35.-

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

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

ISSN 0250-4052

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

LE MYTHE FAMILIAL

Concepts théoriques et implications thérapeutiques

L. ONNIS, M. LAURENT, P. BENEDETTI, G. CESPÀ, A. DI GENNARO,
R.C. DENTALE, F. DE TIBERIS, F. FORATO, F. MAURELLI*

Résumé: *Le mythe familial – Concepts théoriques et implications thérapeutiques* – Dans cet article, les auteurs proposent une revue du concept de « mythe familial ». Après avoir considéré, plus en général, le sens et l'évolution du mythe, nous nous concentrons, en particulier, sur le développement que le concept de « mythe » a présenté en thérapie familiale, en soulignant comment, aujourd'hui, on assiste à un renouveau d'intérêt pour ce thème. Cette recrudescence d'intérêt est à mettre en rapport avec un renouvellement épistémologique de la pensée systémique et, spécifiquement, avec l'attention retrouvée pour le « monde interne » individuel et familial. On discutera les différentes définitions du « mythe familial » : élément « structurant » de la famille, celui-ci peut devenir source de souffrance et de pathologie quand il se rigidifie et contrecarre les processus évolutifs. Nous soulignons enfin l'importance du travail sur le mythe familial en thérapie et nous présentons certaines modalités les plus importantes (presque toujours centrées sur le langage analogique, comme les sculptures familiales) qui en rendent possible l'exploration.

Summary: *The family myth – Theoretical concepts and therapeutic implications* – In this article, the authors propose a review of the « family myth » concept. After having considered the meaning and evolution of myth in general, they particularly emphasize the development that « myth » concept has presented in family therapy, underlining how today a renewed interest to this theme is emerging. This increasing interest has to be correlated to the epistemological renewal of systemic thinking and, specifically, to a renewed attention to individual and family « internal world ». Different aspects of the family myth are then discussed: as a family « structuring » element, it can produce suffering and pathology when it becomes too rigid and hinders the evolution process. Finally the authors underline the usefulness of the work on family myth in therapy and they present some of the more important methods to explore it (almost always using analogical language, as family sculptures).

Mots-clés: Mythe – Système familial – Thérapie familiale.

Key words: Myth – Family system – Family therapy.

1. Introduction

On a récemment assisté à un « retour du mythe » en thérapie familiale. Non que les mythes aient jamais cessé d'être présents dans les familles, mais l'intérêt de leur exploration par les thérapeutes, qui avait pourtant caractérisé la

* Département des Sciences Psychiatriques et de Médecine Psychologique, Université « La Sapienza », Rome.

de ces pères nous savent gré des efforts que nous faisons pour mobiliser ces hommes qu'ils craignent et regrettent, qui ne répondent pas quand ils appellent, qui sont trop mal ou trop honteux pour jouer encore le rôle que leurs enfants espèrent.

Tous les intervenants familiaux ont rencontré des familles dans lesquelles il y avait un enfant handicapé ou atteint d'une maladie grave. Souvent d'autres enfants dans la fratrie présentent des troubles, mais sollicitent moins l'attention. **Muriel Meynckens-Fourez** nous présente une étude originale, bien documentée, sur ces situations de fratrie où l'attention que l'on porte à l'un risque de faire oublier l'autre. Comme thérapeutes, nous risquons de tomber dans le piège de négliger aussi cet autre. Cet article est particulièrement bienvenu pour nous rappeler que la famille est une totalité, que notre attention ne doit pas se fixer sur le patient désigné, pour nous aider concrètement à donner une place à chacun. Bien illustré par des exemples clairs, il vient combler un vide dans les articles sur la dynamique familiale et les enjeux dans la fratrie.

L'inceste, sujet brûlant, controversé, délicat s'il en est. L'article de **Pamela Alexander** date de dix ans déjà (1985), mais **Michel Silvestre** et **C. Heim** nous ont fait un beau cadeau en le traduisant. La présentation théorique est solide, rigoureuse, bien documentée. Les histoires de cas sont éclairantes et bien discutées. Les conséquences thérapeutiques découlent logiquement de la compréhension systématique de ce symptôme « incesté », qui n'est qu'un des éléments dysfonctionnels présentés par les familles qui ont à en souffrir. On relèvera en particulier cette phrase : « Les études de cas qui vont suivre (...) suggèrent que l'inceste coexiste avec beaucoup d'autres comportements indiquant l'isolement, l'entropie et trop d'homéostasie. » Nous voilà bien loin des simplifications réductrices que l'on trouve trop souvent à propos des situations familiales délicates et douloureuses.

Que peut-on encore dire à propos d'un symptôme, l'anorexie, qui a tellement intéressé les thérapeutes familiaux depuis le début des thérapies familiales ? **Edith Tilmans-Ostyn** nous montre que tout n'a pas été dit, ni par les thérapeutes, ni par les familles. Elle nous présente différentes situations à travers les âges et différentes lectures qui finissent par se rejoindre : familles arrêtées dans le temps autour du symptôme anorexique, mots meurtriers qu'il vaut mieux avaler que la nourriture, peur de manger l'autre dans le contact social. Avec ce bon sens et cette solidité qui la caractérisent, elle nous montre très concrètement comment questionner ce symptôme, ouvrir les placards où sont enfermés les mots, vaincre et gérer l'angoisse en partageant l'information. Peu de considérations hypothétiques ou éthérées, beaucoup de pistes très stimulantes pour le lecteur.

Bonne lecture.

Guy Ausloos

première phase du travail thérapeutique avec les systèmes familiaux, avait semblé décliner, pour se réveiller à l'improviste ces dernières années.

Soulignons que cela est dû au profond renouvellement épistémologique et clinique qu'a présenté la psychothérapie durant cette décennie; un renouvellement qui fut marqué, en particulier, par le dépassement progressif d'une étude purement centrée sur les modèles d'interaction familiale, et par le retour de l'intérêt pour les valeurs et les motivations qui leur sont sous-jacentes; dès lors par le passage d'une «pragmatique de la communication» à une «sémantique des comportements» (Onnis, 1989).

Et, dans cette recherche d'attribution de sens, il était naturel qu'on tente d'explorer des niveaux plus profonds et cachés par rapport à celui des interactions phénoménologiquement observables, des niveaux qui sont liés aux systèmes de croyances et de valeurs partagées sur lesquels se fonde le sentiment d'appartenance familial: ce qu'en un mot nous pourrions appeler, justement, «le **mythe familial**».

Nous avons donc été portés à reparcourir, à travers une analyse de la littérature la plus significative sur le sujet, le développement historique des concepts essentiels sur le mythe familial. Nous en avons examiné les diverses définitions, la fonction dans la normalité comme dans la pathologie, les aspects particuliers, les méthodologies d'exploration, les possibilités de travail thérapeutique, en tentant, avant tout, de chercher une corrélation entre les mythes familiaux et les mythes qui, plus généralement, caractérisent la société et la culture, semblant ainsi faire partie de l'histoire humaine depuis les origines.

2. Sens du mythe

A) Origine et développement socio-culturel

Bien que le concept de mythe existe depuis l'apparition de la pensée humaine, l'intérêt pour le sujet croît surtout depuis le début de ce siècle.

Les mythes naissent comme des récits qui traitent des origines de l'homme.

Pour l'homme primitif, selon Anderson et Bagarozzi (1983), les mythes (par exemple les histoires des Dieux) permettaient l'explication d'une perception problématique ou émotivement stressante de la réalité, et sa justification. Soulignons que cette justification comporte pour l'homme lui-même un sens de pouvoir car elle lui donne une sensation de contrôle et lui permet d'expliquer l'origine de ces perceptions comme un fait objectif. Ces explications supranaturelles légitiment et prescrivent les normes et coutumes d'un groupe donné, d'une communauté ou société.

Ces récits sur les origines et sur les dieux sont présents dans toutes les cultures. Leur particularité réside dans le fait qu'ils sont considérés comme vrais par la société qui les élabore et les raconte mais semblent faux à un observateur extérieur.

Selon Knox (1964), le mythe dans le sens socio-culturel possède quatre caractéristiques:

- le mythe est un ensemble d'histoires qui relatent les événements cosmiques ressentis par l'homme comme d'importance décisive pour le monde, surtout

humain, et dont la réponse est une partie essentielle de l'histoire. Le fait de se fonder, du moins en partie, sur des éléments réels distingue les mythes et les fables;

- le mythe dérive de la vie quotidienne et sera un des caractères typiques de la communauté à travers les générations;
- la communauté le reconnaît comme une réponse importante pour sa propre existence;
- le mythe est indispensable à la vie de la communauté, il est partagé et ressenti comme indiscutable et réelle base du pouvoir de celle-ci.

Sur ce point Knox concorde avec M. Mead et Malinowski qui ont démontré que les mythes fondent l'organisation sociale.

Les mythologues proposent parfois les mythes comme la transcription d'un rite plus ancien. Ainsi René Girard, dans «La violence et le sacré» (1982), discutant de la genèse des mythes et des rituels, propose comme élément fondateur un «sacrifice primordial». Celui-ci aurait comme but d'extérioriser la violence que chaque homme et chaque société portent en eux, pour permettre une unanimité autour de la victime et une créativité qui serait, selon l'auteur, l'origine de l'ordre et de la culture. Les rituels qui en découlent auraient dès lors un «rôle préventif» contre cette explosion de violence empêchant l'ordre et la croissance de la société. Les mythes, avec leurs récits symboliques, illustreraient et justifieraient ces rituels dans lesquels la violence est concentrée sur la personne du «bouc émissaire», symbole de la violence de chaque membre de la communauté.

Lévy-Strauss (1974) donne aux mythes une fonction logique: ils résolvent les contradictions de l'homme, définissent les interdits sur lesquels se fonde la pensée rationnelle. Ils constituent l'espace mental, comportemental, logique, imaginaire qui permet à l'homme de passer du monde animal de la nature au monde proprement humain de la culture.

Selon Lévy-Strauss (1974), la structure logique du mythe définit donc la structure logique de la pensée individuelle et sociale.

Le contenu du mythe donne un cadre cohérent à l'interprétation et à la représentation que l'individu et la société ont d'eux-mêmes. Voilà pourquoi les mythes parlent des origines. Pichot (1983) souligne la fonction d'unification et de recherche d'auto-contrôle que possède la pensée mythique pour l'individu. Pour cela, il introduit le concept d'auto-déterminisme: le système vivant a, rappelle l'auteur, la caractéristique de tendre à son propre contrôle. Mais ce projet est impossible, tant sur le plan logique que pratique et, en cela, le vivant est paradoxal parce que, bien que cette tentative soit impossible, il continuera à essayer; donc l'humain cherche à donner de lui-même, de son destin, de la société, une explication cohérente selon la logique de cette tentative d'auto-déterminisme. Le mythe est la forme de pensée par laquelle il essaye d'atteindre ce but. On voit ici la fonction affective introduite par Pichot (1983): le mythe donne à l'individu une intelligibilité consciente, réflexive de sa propre personne, un sentiment d'auto-contrôle et une explication de son existence.

Nous savons déjà que les mythes sont étroitement liés aux rites et rituels. Pour certains auteurs (Ponterose, 1966; Perry, 1966; Anderson-Bagarozzi, 1983), les rituels sont historiquement des drames comportementaux qui représentent les mythes, ou une partie de ceux-ci; parfois ils peuvent les introduire ou les influencer. Goffinet (1990) considère le rituel comme la transcription d'un mythe plus antique, une interaction codifiée répétée, de nature surtout analogique.

C'est un marqueur de contexte, un espace qui inclut un niveau individuel et de groupe. Il s'agit de toute manière d'une expérience partagée socialement.

Parin (1982) considère les rituels comme des comportements, coutumes typiques qui ne peuvent pas faire abstraction de la totalité de la « constellation sociale » dans laquelle ils s'observent, comme expression de la norme idéale de l'organisation du groupe humain.

D'après le même auteur, les rites profanes sont très importants en anthropologie, peut-être parce qu'ils sont plus connus, ayant reçu plus d'attention que les rites spirituels ou religieux. Ces derniers interviennent comme fruit d'une pensée magique quand la pensée logique ne suffit pas à expliquer un phénomène, même dans nos sociétés occidentales et pas seulement dans celles appelées « primitives ».

De même les rituels assument certaines fonctions dans l'organisation d'une société. Pour l'ethnographie aussi les rituels ont une double fonction: libératrice et cathartique ou répressive et de contrôle. Dans le premier cas, les participants à un rituel sont aidés à éloigner des sentiments de tristesse ou d'angoisse, dans le second, certaines cérémonies funèbres par exemple, ils servent à contrôler un sentiment de deuil et de douleur qui serait sinon vécu comme insupportable.

Les histoires, les légendes, les récits (que nous pouvons considérer comme des mythes rudimentaires) ont aussi une fonction d'importance primordiale, non pour leur contenu, mais pour leur sens. Par l'acte magique du récit et de l'écoute de celui-ci, on peut réaliser des fonctions « d'hygiène mentale » ou d'équilibre intrapsychique. Il en va de même en jouant un rôle dans un rituel ou une cérémonie.

Ainsi les coutumes, les rites et les rituels constituent-ils une base indispensable pour la connaissance et la compréhension des diverses réalités historiques et sociales.

Tarachow (1964) affirme: « L'homme n'abandonnera pas facilement les cérémonies et rituels, ni le mythe même s'il est moins formel... Ces phénomènes apparaissent comme des points de cristallisation autour desquels l'individu peut organiser ses fantasmes, dont il a besoin pour s'identifier à ses semblables, pour établir et consolider sa position entre les membres de son groupe... social et familial. »

3. Concept de mythe familial

A) Définition et évolution du concept

Le premier à définir le concept de mythe familial fut A. Ferreira, en 1963. Celui-ci définit le mythe familial comme « une croyance ou un groupe de croyances

que la famille partage malgré des falsifications flagrantes et qu'elle utilise, en général, en faveur de l'homéostasie ». Nous reviendrons par la suite sur les fonctions du mythe.

Ce que nous voudrions plus particulièrement définir, à ce point de l'exposé, est le fait que l'opinion des différents auteurs apparaît très divisée quant au caractère normal ou pathologique du mythe à l'intérieur de la famille.

Nous avons vu qu'au départ Ferreira identifie le mythe comme une structure pathologique qui empêche le changement et l'adaptation de la famille à de nouveaux équilibres. Quand les croyances se rigidifient et ne s'adaptent plus à la réalité contextuelle, celles-ci finissent par constituer un « mythe » partagé par chaque membre de la famille et incontestable, un mythe qui, vu le caractère de « vérité » qu'il assume, ne peut être remis en discussion, même s'il entraîne une souffrance.

Cette conception du mythe comme forme pathologique de la « culture familiale », ensemble de croyances partagées, n'est pas réélaborée en rapport avec les événements externes à la famille et revue à la lumière de la nouvelle réalité sociale. Elle devient une structure anti-évolutive, absolue, inattaquable, elle devient ce que Selvini définit comme « mythe familial ».

De même Seltzer (1986) parle d'une culture familiale dans laquelle il distingue deux niveaux:

- un niveau matériel qui comprend les comportements et modèles relationnels de la famille;
- un niveau idéal qui comprend les croyances et les affects partagés par ses membres.

Mythes et secrets font partie du second niveau.

Selon Seltzer (1987), la pathologie naît quand un de ces deux niveaux de la culture familiale est bloqué et que la famille ne réussit plus à s'adapter aux changements de son contexte de vie. Un élément important dans le concept de mythe est le facteur temps.

Selon F. Rougeul (1992), on doit différencier, dans la famille, le mythe de l'histoire. L'histoire, diachronique, racontée à la famille par un narrateur ou plus, se place sur un plan symbolique de la Loi, introduit donc des frontières entre les générations, donne à chacun une place et un rôle. Le mythe, tant diachronique que symbolique, raconte des événements survenus à un moment déterminé et qui forment ensuite une structure permanente dans le passé, le présent et le futur.

Le mythe, selon Andolfi (1987), plutôt que de l'histoire ou de la chronique, naît au contraire des « trous », des lacunes de cette histoire, se base sur l'incomplétude des faits et de leur explication. L'imagination créatrice remplit alors ces « trous » de la réalité, introduisant des questions sur les thèmes existentiels comme l'amour, la vie, la mort, etc. « Dans le mythe coexistent alors des éléments réels et imaginaires qui contribuent à la construction d'une réalité répondant aux besoins de l'homme. » Au contraire de l'histoire le mythe n'est pas explicité mais « vécu » par les membres de la famille. Il n'existe pas d'énonciateur. Il peut se reconnaître seulement dans les « rappels à l'ordre » des membres de la famille quand l'un d'entre eux tente de le transgresser. Mais le mythe a de toute manière un sens de

« normalité » s'il peut évoluer avec les changements qui adviennent dans la famille, si la vision du monde qu'il donne à ses membres leur permet une adaptation à la réalité.

Toujours concernant le caractère normal ou pathologique du mythe, M. Rossi (1988), comparant mythe et culture familiale, fait entre eux un lien : le mythe est une histoire ou une légende spécifique de la famille, inclue dans le concept plus ample de culture familiale. Donc, pour cet auteur, mythe et culture familiale s'équivalent et peuvent tous deux, selon leur rigidité, être pathologiques ou non.

Byng Hall (1979) propose le concept de « mythologie familiale » qu'il définit comme « l'image et les histoires familiales partagées par les membres de la famille, qui l'aident à se donner une identité ». Il voit donc dans le mythe familial « normal » une fonction défensive contre certains aspects ou certains épisodes de la vie familiale. Il introduit le concept de pathologie seulement lorsque ces fantasmes ne peuvent plus être confrontés à la réalité ou bien, comme l'affirme Lewis (1976), quand la mythologie est utilisée pour cacher la réalité à tout prix.

Plus récemment Vaz-Leal (1987), partant d'une définition beaucoup plus large des mythes familiaux comme « visions du monde qui rendent possible la réalité », défend l'idée que le concept de mythe n'est pas nécessairement associé à un dysfonctionnement familial.

Cette opinion est partagée par Caillé (1990) qui soutient que le mythe est un « schéma de connaissance », une méta-information « qui donne forme à la réalité en l'ordonnant, la construisant à chaque instant ».

Le dysfonctionnement familial n'est donc pas en relation avec « l'existence » des mythes mais plutôt avec leur éventuelle dysfonctionnalité, par l'inadéquation de la vision de la réalité qu'ils donnent à la famille. Et revient dans notre discours l'importance du temps : temps de construction du mythe mais aussi temps de l'inadéquation à la réalité externe. C'est cette notion qui ferait la frontière entre mythe « normal » et « pathologique ».

Après avoir défini ce concept, il nous semble important de souligner que « le mythe familial », recherché et utilisé par le thérapeute, est seulement une grille de lecture dans sa représentation de la famille.

La famille « vit » son mythe mais n'est pas consciente de son existence et c'est pour cette raison que l'intervention thérapeutique sur cet ensemble de croyances doit être respectueuse. En effet, elle touche une structure qui a une fonction primordiale d'équilibre et d'unification de la famille. Nous reviendrons par la suite sur cet aspect.

B) Mythe familial et mythe social

Nous avons déjà analysé plus avant la définition et la fonction du mythe social. Nous avons souligné, en suivant les réflexions de différents auteurs, que le mythe social est nécessaire à chacun de nous pour trouver des réponses aux grandes questions existentielles, donner un sens aux lois, aux tabous et donner une place, une signification au destin humain.

La famille étant un élément de la société, elle partage souvent les croyances sociales mais les interprète à sa façon, selon sa propre histoire, sa propre

éthique. Eguier (1984) observe que lorsque, dans une famille, le mythe est repris tel quel, ceci démontre la diminution de l'imaginaire du groupe. La famille doit aller chercher à l'extérieur ce que la pensée collective ne peut construire (par ex. dans un couple en crise est fréquent l'adage culturel suivant : « avec le temps et l'habitude l'amour s'en va »). Eguier note encore que, dans certaines situations, le mythe social peut prendre la place du mythe familial et diminuer les ressources de la famille devant un problème donné (par ex. la crise d'adolescence d'un enfant adopté rappelle le mythe social de Salomon comme quoi « évidemment les parents adoptifs ne peuvent être de meilleurs parents que les naturels »).

De toute façon il est évident que le mythe trouve toujours sa source dans la culture où la famille s'est créée et développée, même si sa spécificité dérive de l'histoire familiale.

C) Spécificité du mythe par rapport à l'histoire familiale

Nous avons déjà vu la différence entre mythe et histoire familiale. L'histoire familiale est racontée à ses membres par un ou plusieurs énonciateurs à travers les générations, elle permet à chacun de comprendre les lois familiales, de trouver sa propre place dans la généalogie de la famille.

Le mythe, au contraire, se construit sur « les lacunes de cette histoire », aux endroits où la raison se heurte à des questions sans réponse sur des thèmes existentiels : le pourquoi de la vie, de la mort, etc... Sa structure de « vérité » partagée par tous les membres de famille implique une impossibilité de remise en question et un caractère intemporel : personne ne sait quand ça s'est passé, il n'y a pas d'énonciateur.

Vu ses fonctions importantes pour l'équilibre familial (sentiment d'appartenance, unité, défense, etc.) que nous précisons, sa plasticité aux changements est faible et le mythe risque alors d'« arrêter le temps », d'immobiliser l'histoire de la famille, quand les croyances et les comportements que celle-ci détermine ne s'adaptent plus à l'histoire réelle, aux événements extérieurs, au cycle de vie.

Le mythe est aussi un produit spécifique de l'histoire familiale parce qu'il semble se développer sur un terrain lié aux problèmes de perte, de séparation, d'abandon, d'individuation, de soins et de frustrations qui n'ont jamais été résolus (Bagarozzi et Anderson, 1982; Onnis *et al.*, 1990). La trame narrative du mythe s'organise autour d'une comptabilité des crédits et des dettes (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1988) intra et intergénérationnelle qui détermine le choix et l'évolution des divers rôles attribués aux membres du groupe.

Dans le cas où le mythe se perpétue, subsiste au-delà de sa fonction normale dans l'histoire, Vaz-Leal en propose trois raisons possibles :

- Le mythe peut se perpétuer en fonction d'une dimension physiologique : si le mythe est perçu comme un « décodificateur » de la réalité externe, il existe dans le cycle vital des moments « physiologiques » pour lesquels ce décodificateur est plus ou moins ouvert ou fermé (ex. : le deuil).

Le mythe se maintient par une dimension pragmatique: le système conserve une certaine vision du monde parce qu'à d'autres moments elle lui fut utile. Le mythe est alors maintenu en fonction de la méta-instruction: il est dangereux de s'en débarasser.

Le mythe se maintient par une dimension idéologique: il est un dogme sacré, un dogme de foi, qui en doute est un hérétique. Cette dimension s'apparente aux idées de Boszormenyi-Nagy et Spark (1988) sur les «loyautés invisibles» et à celles de M. Selvini Palazzoli (1980) quand elle parle de racisme dans la famille.

Nous pourrions supposer, reprennant les idées de P. Caillé (1990), que les mythes de la famille, compris dans son «modèle fondateur» (qui identifie chaque famille comme unique et singulière par rapport au reste de la société et lui permet de maintenir cette unicité dans le temps), seraient une façon originale, propre à chaque famille, d'interpréter «son histoire». En effet P. Caillé (1990) a défini son «modèle fondateur» comme composé de deux niveaux (un niveau mythique: les croyances sur la nature de la relation; un niveau phénoménologique: la répétition des interactions caractéristiques d'une famille) et met en évidence qu'il existe une récursivité auto-référentielle entre les niveaux qui fait qu'ils s'influencent réciproquement et que les comportements, les faits qui arrivent dans la famille au cours de son histoire, peuvent être interprétés comme cause ou, vice-versa, conséquence de ces croyances au niveau mythique.

D) Mythe familial et mythe individuel

En introduisant la notion d'autodéterminisme de Pichot (1983), nous avons déjà souligné que le mythe a une fonction non seulement de structurant collectif (Lévy-Strauss, 1974) mais aussi affective: il permet à l'individu un auto-contrôle. L'être humain trouve dans le récit mythique la justification de sa soumission aux lois de la communauté mais aussi celle de sa part de responsabilité et de liberté dans son propre destin. Le mythe familial, par son caractère de «croyance partagée», donne aussi à l'individu un sentiment d'appartenance au groupe, à la famille. Il peut parfois, comme le dit Vaz-Leal (1987), donner à ses membres un sentiment de supériorité en valorisant l'appartenance (cf. la notion de racisme, développée par M. Selvini Palazzoli, 1990).

Ainsi il est dangereux pour l'individu que le mythe familial soit remis en discussion: en fait c'est tout son équilibre narcissique qui est remis en jeu.

L'individu emportera avec lui son mythe familial, le rôle et les modèles comportementaux qui lui ont été assignés et enseignés.

Cet héritage influencera sa manière de voir le monde et les relations qu'il nouera, à son tour, dans le couple ou la famille qu'il créera. Les valeurs et les croyances de cette nouvelle famille tiendront compte de l'héritage qu'a reçu chaque conjoint fondateur du couple. Nous reviendrons sur la genèse de ce nouveau mythe familial, fruit de la rencontre de deux héritages parfois bien différents, parfois complémentaires.

4. Fonction du mythe familial

A) Fonctions normatives

Tous les auteurs examinés concordent sur la fonction d'appartenance et d'identification individuelle et de groupe que revêt le mythe familial. Le mythe est vraiment une «matrice de connaissance» (Lévy-Strauss, 1974) et, pour ceux qui croient en sa véracité, un facteur d'union et de cohésion. Rappelons encore le «modèle fondateur» de Caillé (1990), ensemble de croyances (où se situent les mythes) et de répétitions interactives qui donnent à la famille unité et singularité. Ce «modèle fondateur» ressemble au «niveau idéal» de la culture familiale dont parle Seltzer (1986), niveau idéal qui garantit, lui aussi, l'unité familiale.

Ferreira, qui dans ses premiers travaux (1963) avait surtout insisté sur la fonction défensive du mythe, défend le changement vécu comme dangereux par la famille, en souligne aussi, dans ses recherches successives, la fonction organisatrice parce qu'elle est garante de l'unité, d'un équilibre essentiel au maintien et à l'identité même du système.

La fonction normative du mythe est reprise par divers auteurs entre lesquels nous pouvons citer Ausloos (1979) et Eigner (1984): normalisation par rapport à un secret ou un passé douloureux; ou Byng-Hall (1988): le mythe, par son contenu, met en évidence ce qui doit se faire ou être conservé.

Mais le mythe, comme nous l'avons déjà mentionné, remplit une fonction normative aussi par rapport à l'individu. Le mythe donne à chacun un rôle et une place dans la famille et dans la société: nous retrouvons ici l'influence structurante du mythe sur un plan individuel, la fonction narcissique et organisatrice intrapsychique des récits mythiques qui répondent aux questions de l'individu sur son existence, sur son destin, sur sa place dans la société.

B) Les fonctions homéostatiques et le risque de pathologie

Nous partageons l'avis de M. Rossi (1988) sur le fait que c'est le degré de rigidité qui définit le caractère pathologique du mythe.

En effet, si le sentiment d'appartenance et d'identité est poussé à l'extrême et si l'individu, pour ne pas courir le risque d'être rejeté du système ou de provoquer sa fragmentation, doit renoncer à sa pleine réalisation; si la famille, congelée dans ses croyances, doit stopper sa croissance en bloquant les potentialités évolutives de ses membres, nous nous trouvons face à une fonction pathologique.

Voilà donc ce qu'avait souligné Ferreira (1966) en notant que le mythe empêche la famille de s'adapter à une réalité externe.

Si la place que le mythe assigne à chacun dans la famille et dans la société ne peut être intégrée, codifiée avec le temps, la pleine individuation de la personne est «sacrifiée» sur l'autel des croyances partagées et le cycle vital se bloque.

Les premiers auteurs à étudier le mythe familial en ces termes pathologiques nous ont décrit de nombreux exemples de famille où «le temps s'est arrêté», où l'homéostasie est conservée à tout prix, même si c'est au prix du développement

d'un symptôme chez le membre qui souffre le plus de cette absence de changement, mais confie cette souffrance au langage obscur et cryptique des comportements symptomatiques par crainte qu'une critique explicite du mythe puisse menacer l'unité familiale et la nécessité vitale pour le groupe de se reconnaître dans le même système de décodification de la réalité.

C'est ici que le thérapeute intervient pour construire, avec la famille, un système de valeur alternatif, un nouveau « mythe » qui déterminerait des comportements plus adéquats aux phases évolutives en cours, à la situation sociale et familiale actuelle, pour donner à chacun, et surtout au « patient désigné », un nouveau rôle. Nous voyons donc déjà que le but de la thérapie n'est pas de combattre ou d'éliminer le mythe, vu sa fonction structurante, mais comme nous le précisons plus loin, celle d'en permettre la modification et l'évolution.

5. Aspects particuliers du mythe familial

Dans la littérature, deux concepts particuliers sont souvent en corrélation avec le mythe familial : le concept de secret et celui de rituel.

A) Le secret dans la famille

Pour expliciter ce concept nous nous baserons sur l'apport intéressant de G. Ausloos (1979). Dans sa définition du secret ce dernier entend : une information non transmise que quelqu'un cherche, consciemment, volontairement à cacher, évitant d'en communiquer le contenu tant sur le mode analogique que sur le mode digital. Il existe des lois dans les familles et quand quelqu'un les enfreint, il éprouve un sentiment de culpabilité. Cette culpabilité est à l'origine des secrets qui, quand ils se constituent, enkystent cette culpabilité et la dette qui lui est liée. Les caractéristiques du secret de famille sont les suivantes : il est défendu de savoir le contenu du secret mais il est aussi interdit de l'oublier ou de ne pas savoir qu'il existe ce lien du secret. Il faut donc des moyens de contrôle pour empêcher la révélation du secret et d'autres moyens pour en éviter l'oubli. En découlera dès lors une modification des règles familiales qui rendra le secret efficace.

Si le secret est important, les règles qui en dérivent prendront beaucoup d'importance dans la dynamique familiale. Ces règles ne seront pas formulées explicitement, mais sur un mode inductif et pourront être perçues par l'observateur comme « mythe familial ». C'est ici que le secret se lie au mythe familial.

Ainsi, pour Ausloos qui reprend la définition de Ferreira (1963) concernant le mythe familial, le mythe pourrait avoir la fonction d'occulter, en la rendant superflue, une règle qui, elle-même, dérive plus ou moins d'un secret. Cette fonction « défensive » du mythe qui cacherait une réalité douloureuse pour la famille (un secret) est reprise par Eguier (1984), psychanalyste, dans une idée originale. Ce dernier compare le mythe familial, processus collectif, au rêve, processus individuel dans lequel, selon Freud, le contenu conscient occulte souvent un contenu inconscient plus chargé d'affects. De manière analogue le mythe, création intersubjective des membres de la

famille, avec les mêmes mécanismes de censure et de refoulement, créerait un récit, un ensemble de croyances reconnues par tous, dont la fonction serait de cacher ou de contrôler une autre « scène » familiale ressentie comme réprochée ou douloureuse.

B) Les rituels familiaux

Les rituels familiaux représentent des thèmes importants du système mythique familial (Bagarozzi et Anderson, 1983). Ce sont des comportements qui expriment les mythes en tout ou en partie. Il s'agit d'une série de comportements codifiés et répétitifs dans lesquels sont impliqués tous ou presque tous les membres de la famille. Leur fonction paraît être liée à la transmission et la perpétuation du mythe familial à travers des modèles de comportement utilisés dans des situations spécifiques, pratiques ou émotives. Ils peuvent se transformer dans le temps, s'adaptant à chaque fois aux exigences que le mythe impose, et s'enrichir des significants et des valeurs que chaque membre peut introduire dans sa propre interprétation de leur contenu.

Le rituel familial a également une fonction d'apprentissage, et non seulement celle de transmettre des codes comportementaux. Chaque individu apprend, au travers des rituels familiaux, les comportements les plus adéquats par rapport aux autres mais, à travers des petites variations et des délais qui sont introduits par chaque membre de la famille au fil du temps, peut avoir des informations continues sur le sens que chacun donne au comportement de l'autre.

Quand les rituels sont liés à un mythe « pathologique », ils deviennent une expression comportementale inadéquate, paradoxale de celui-ci (Levick *et al.*, 1981; Selvini Palazzoli, 1975). Ils peuvent servir d'éléments stabilisants et homéostatiques, ou être des symboles de conflits latents : en ce sens ils peuvent être considérés comme des symptômes (Bagarozzi et Anderson, 1982; Selvini Palazzoli, 1975).

Leur cyclicité et leur redondance les rendent extrêmement résistants à l'extinction. Ils sont, en outre, en partie superposables aux rites sociaux parce qu'ils subissent l'influence des valeurs du monde culturel externe à la famille.

6. L'exploration du mythe familial

Nous avons vu le rôle important du mythe familial pour la famille mais aussi les problèmes que peut poser sa cristallisation. Cet ensemble de croyances dont la fonction est si importante, comment est-il porté au thérapeute en séance ? Comment le thérapeute peut-il explorer et reconnaître le mythe afin qu'il puisse devenir le terrain du travail thérapeutique avec la famille ? Il existe différentes orientations que nous chercherons d'analyser.

A) Méthodes spécifiques

Bagarozzi et Anderson (1982), partant du concept de mythe familial de Ferreira, ont tenté de développer des techniques d'évaluation du système mythique

familial, qu'ils ont ensuite perfectionnées au cours de leurs recherches, jusqu'à utiliser le mythe comme instrument d'intervention stratégique. La méthodologie de recherche proposée par ces auteurs se base sur l'analyse de :

- critères de base ;
- questionnaires informatifs.

Les *critères de base* comprennent : l'évaluation du comportement familial (redondances, métaphores, symboles, climat affectif, principales préoccupations) et de ses caractéristiques analogiques, l'usage et le rôle de la métaphore, la recherche des mythes considérés comme « mineurs », que la famille exhibe et verbalise en séance et dont la fonction est de dévier, confondre et conduire le thérapeute à distance du mythe majeur, central, qui maintient l'équilibre familial. Les mythes mineurs servent en somme de rappel, de première ligne de défense et de résistance du groupe à la thérapie, mais ils sont très utiles au thérapeute pour reconnaître le mythe majeur.

Le *questionnaire informatif* est proposé à la famille pour tenter d'avoir des informations sur les familles d'origine des parents et leurs vécus émotifs individuels par rapport à celles-ci. A partir de ce matériel les auteurs ont pu déduire les mythes personnels, fruits de l'héritage familial et des mythes culturels qui constituent la base du nouveau système familial; entre autre les thèmes d'identification d'un membre de la famille avec un autre qui, par exemple, n'est plus, et donc les rôles individuels que le nouveau système mythique familial impose de soutenir.

B) Les sculptures familiales

En 1990 (1991), après avoir défini son « modèle fondateur » et mis en évidence le mythe qui régit et régule et dirige les expériences évolutives de la famille, propose de travailler à l'aide des sculptures. Celle (1991) utilise deux types de sculptures :

Le premier système définit les comportements réciproques des membres de la famille dans leurs interactions habituelles. C'est la sculpture phénoménologique; le « tableau de scène » est une représentation de la relation vue comme quelque chose d'unique, de spécifique dans une famille ou un couple. C'est la sculpture symbolique.

Ces deux sculptures décrivent, sur le plan analogique et symbolique, le contact de chacun des membres de la famille avec les niveaux phénoménologique et mythique du modèle fondateur. La synthèse des visions individuelles définit la vision commune propre à tous les membres du groupe et fournit la physiologie du « modèle fondateur ».

L. Onnis (1990, 1991, 1992, 1994) a conçu un modèle de travail par les sculptures qui explore la dimension du temps et met en évidence les blocs éventuels du

processus évolutif familial. On demande à chacun des membres de la famille de représenter une image de cette dernière comme il la voit à ce moment présent (« sculpture du présent ») et comme il pense qu'elle pourra être après une période de temps de dix ans (« sculpture du futur »).

Dans de nombreuses situations pathologiques, les représentations du futur proposent des images pratiquement inchangées par rapport à celles du présent comme si ces familles se refermaient autour d'une tentative désespérée d'arrêter le temps et de la défense à outrance d'un « mythe d'unité », bien suprême à préserver à n'importe quel prix.

Dans d'autres situations, dans lesquelles les représentations du futur sont plus dynamiques et tentent d'introduire des mouvements évolutifs, ceux-ci s'accompagnent toutefois de ce que nous avons appelé « fantasmes de rupture », c'est-à-dire des vécus d'abandon et de perte, comme si toute allusion à un détachement, à une séparation évoquait non une transformation évolutive des liens affectifs mais une menace de désintégration de l'unité familiale.

Ce modèle des « sculptures évolutives » fut expérimenté avec efficacité, en particulier dans les familles qui présentent des troubles psychosomatiques. En effet, l'utilisation du langage analogique, qui est en syntonie avec les modalités non verbales de manifestation du symptôme, permet de dépasser les difficultés de verbalisation des émotions que présentent ces familles. Mais, plus généralement ce modèle est extrêmement utile dans toutes les situations où l'histoire trigénérationnelle renvoie à des événements traumatiques de perte et de deuil non élaboré, dans lesquelles la construction, sur plusieurs générations, de « mythes d'unité » défendus rigideusement, devient une défense extrême contre la répétition des expériences douloureuses vécues dans le passé.

C) L'analyse trigénérationnelle

Nous avons vu l'importance du « temps » dans l'élaboration du mythe et le fait qu'il est « hérité » d'une génération à l'autre comme un lien qui, d'une part, est garant de l'unité familiale, mais, d'autre part, peut en bloquer l'évolution.

Selvini Palazzoli (1975) soutient que « trois générations collaborent à la construction du mythe ».

Pour Andolfi (1987) également, « observer une famille au moins sur trois générations signifie se rendre compte que les membres les plus anciens partagent une histoire avec les dernières générations ».

Selon Seltzer (1987), il est très important d'analyser le stade du cycle vital où se trouve la famille (moments critiques où les besoins d'appartenance se heurtent souvent aux besoins d'intégration sociale) et aussi de demander si ce stade, cette situation que la famille vit actuellement a déjà posé problème dans les générations précédentes. Cet auteur soutient encore que, dans le discours des familles qui présentent un « bloc » au niveau idéal (ce qui provoque la rigidité du mythe) se retrouve souvent une intense affirmation de loyauté, une forte définition, également au niveau verbal, de l'appartenance familiale, et que l'idéologie du soin et de la sollicitude pour autrui est très importante.

Byng-Hall (1979) propose de demander aux parents ce qui leur est arrivé à l'âge du patient qui présente actuellement le symptôme. L'auteur identifie alors trois types de familles :

- la famille qui réplique exactement le passé : le présent est la conséquence inévitable du passé ;
- la famille qui nie le passé : la situation présente n'a rien de commun avec le passé ;
- la famille qui a consciemment un passé de souffrance ou de perte.

Nous verrons plus loin comment cet auteur suggère de travailler avec ces familles. Mais on doit souligner ici comment l'exploration du passé devient une condition préliminaire pour en retracer les corrélations avec le présent et établir le travail thérapeutique.

De même Onnis et Coll. (1990) explorent systématiquement les histoires trigénérationnelles à la recherche, comme nous l'avons mentionné, de ces événements de perte qui justifient la construction souvent inconsciente des « mythes d'unité ».

D) L'exploration du mythe du couple

Pour arriver à la signification du « système mythique familial » (Bagarozzi et Anderson, 1982), il faut comprendre la corrélation entre divers facteurs, trois en particulier :

- le mythe personnel de chaque membre du couple, construit sur le vécu émotif par rapport à la famille d'origine et sur les expériences de vie ;
- l'histoire du couple en relation avec les étapes évolutives de la famille (par ex. la naissance des enfants) ;
- l'histoire des familles d'origine des deux membres du couple.

On peut penser que les mythes personnels que les conjoints portent dans une nouvelle relation sont le fruit d'une reconstruction symbolique que fait l'individu à partir de ses expériences passées.

Sous cet angle pour Bagarozzi et Anderson (1983), le mythe se présente comme un « code » similaire aux molécules d'A.D.N. et peut être utilisé, si c'est nécessaire, dans certaines situations. Ces situations se présentent avec le concours des stimuli ambiants qui, faisant fonction de « souffleurs », réactivent le mythe individuel. Certaines personnes peuvent chercher activement, ou inconsciemment, à recréer le même tissu relationnel, les mêmes modèles et séquences de comportements, à jouer de nouveau des rôles prévisibles, parce que cela correspond à leurs besoins psychologiques. Dans leurs nouvelles relations de couple, ces personnes tentent de retrouver des partenaires qui, ou renforcent leurs croyances (confirmant ainsi le mythe) ou les effacent, dans l'espoir de pouvoir ainsi déposer le fardeau d'un passé trop imprégné de souffrance. Les mythes individuels et personnels de chaque membre du couple peuvent ainsi se mêler et donner vie à de nouveaux mythes fami-

liaux fonctionnels dans le sens déjà évoqué, mais peuvent aussi être tellement complémentaires et encastrés qu'ils créeront et maintiendront une structure rigide cristallisée. Cette dernière créera à son tour des redondances et des modèles interactifs homéostatiques : tel une chrysalide, un papillon dans son cocon qui n'est pas capable de voler.

Les recherches de A. Canevaro (1988, 1994) semblent clarifier ce propos. Dans son travail sur les couples, qui s'étend également aux familles d'origine en les convoquant en thérapie, cet auteur distingue les familles en « systèmes familiaux cohésifs » et « systèmes familiaux dispersifs » sans les considérer normales ou pathologiques.

De l'interaction de ces deux systèmes desquels chaque partenaire emporte les modèles et le mythe, naît un nouveau système familial dans lequel les diverses configurations possibles sont fonctionnelles quand elles réussissent à intégrer les modèles et les mythes de provenance en en construisant de nouveaux, plus adaptés à la phase actuelle du cycle vital. Mais ces configurations peuvent parfois se rigidifier dans la persistance des vieux modèles et des anciens mythes qui induisent alors, comme mécanisme compensatoire, la triangulation d'un des enfants ou l'apparition d'un symptôme chez l'un des membres du couple.

L'exploration de telles configurations de familles et de couples par rapport aux caractéristiques des familles d'origine est, dès lors, pour Canevaro, la prémisses nécessaire à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique.

7. L'utilisation du mythe en thérapie

Selon les observations de Ferreira (1963), dans certaines familles, la demande de thérapie représente une tentative, bien qu'extrême, de maintenir le « status quo » dans les relations familiales à travers une désignation de la maladie. Dans d'autres familles la demande est faite avec l'intention de voir renforcé le mythe que « tout va bien, pas besoin de s'en faire » (la famille Nirvana comme l'appelle Ferreira). En réalité ces deux types de familles utilisent la thérapie pour renforcer la stabilité de leurs relations, parce qu'évidemment elles sentent que le mythe sur lequel se fonde leur mode d'être ensemble se voit menacé. L'implication qui dérive de ces considérations ne peut être sous-estimée en thérapie. Cela signifie, en fait, qu'on ne peut attaquer directement un mythe parce qu'alors les membres de la famille se coalisent et combattent ensemble, comme ils ne l'ont jamais fait, ce nouvel ennemi. La famille peut ainsi combattre par deux modalités :

- le renforcement de la pathologie du patient désigné que la fonction homéostatique du mythe impose ;
- l'amélioration (momentanée et apparente) du symptôme comme « fuite dans la guérison » qui trompe le thérapeute et représente l'extrême loyauté au mythe attaqué ouvertement.

Le résultat est, dans tous les cas, l'échec thérapeutique.

Selvini Palazzoli et son groupe de recherche (1975) décrivent un exemple marqué par cet échec.

Dans le cas clinique de la « famille Casanti » les thérapeutes assumèrent un « comportement ironique » vis-à-vis du mythe et poussèrent la famille à une rébellion ouverte. Ils obtinrent comme réponse, dans cette première phase de la thérapie, l'actualisation de la seconde modalité décrite ci-dessus.

Il apparaît clair que le mythe ne peut être combattu directement et précocement. Au contraire tous les auteurs s'accordent à dire que le travail sur le mythe requiert du thérapeute une affiliation à celui-ci, une compréhension des croyances et des valeurs familiales. La connaissance du mythe permet sa reformulation commune avec la famille, à l'aide d'histoires métaphoriques. Selon Seltzer (1986) le thérapeute, comme le shaman des anthropologues, met en acte une sorte de magie curative par la réélaboration du matériel symbolique utilisé par la famille. Son but est d'opérer une transformation dans le système culturel de la famille à travers l'exécution de rituels agis et parlés.

Levick *et al.* (1981) décrivent des contre-rituels comme interventions paradoxales, c'est-à-dire la prescription d'une tâche à toute la famille qui, par association symbolique et avec des comportements somatiques, évoque et facilite l'expression des sentiments et des émotions niés par le mythe. Proposé comme métaphore, le contre-rituel se base sur une contradiction en termes d'opposition binaire évoqués par les anthropologues comme par ex. rire-pleurer.

De même, Bagarozzi et Anderson (1982, 1983), dans leur stratégie thérapeutique, utilisent la métaphore et la prescription de rituels pour permettre un accès au système mythique familial, c'est-à-dire qu'ils recourent de façon prévalente aux aspects non verbaux qui fournissent à la famille de nouveaux modèles de comportements, pour l'aider à se confronter aux conflits souterrains occultés par le mythe. Selvini Palazzoli *et al.* (1975) soutiennent l'utilité de dégager «... le champ du mythe avec sa prescription à travers le rituel familial. La prescription est construite en même temps qu'une série d'actions, accompagnée généralement de formules ou d'expressions verbales qui, pour être efficaces, doivent impliquer toute la famille dans leurs exécutions. Ces interventions thérapeutiques, dans le modèle de M. Selvini, permettent à la famille de comprendre où et pourquoi « le temps s'est arrêté » et, dès lors, lui permettent d'adopter des croyances différentes, plus fonctionnelles à la lumière de la nouvelle réalité.

Rougéol (1992) souligne l'utilité de la co-thérapie comme instrument qui permet de réactiver les processus évolutifs bloqués à l'intérieur de la famille: un thérapeute s'affilie à la famille et entre dans sa dimension temporelle congelée; l'autre, derrière le miroir sans tain, grâce à ses interventions, réintroduit le dynamisme du temps, la possibilité de transformation. Cette modalité de travail réintègre dans le système familial une nouvelle mobilité dans l'espace et le temps et entame un processus de création commune d'un nouveau mythe plus fonctionnel (une nouvelle « mythopoïèse »).

Byng-Hall (1979) lui aussi parle de « ré-écriture » l'histoire familiale; cet auteur, comme nous l'avons déjà mentionné, fait un travail d'intégration du passé dans le présent, soit que la famille réplique son passé, soit qu'elle veuille l'effacer. Rappeler les faits passés à l'origine de ces croyances permet de mettre en évidence la fonction

que ces valeurs partagées ont assumée dans l'expérience de la famille, mais aussi leur inadéquation par rapport aux nouvelles exigences de changement et, donc, les pousse à « ré-écrire » une histoire familiale plus adéquate à la situation présente.

C'est dans ce but que Byng-Hall utilise le génogramme, invite en séance les grands-parents ou d'autres membres de la famille détenteurs de l'histoire et du « roman familial », il demande aussi quelquefois aux enfants d'inventer la fin de ce roman. Le récit et la fable sont également et fréquemment utilisés par Caillé et Rey (1988) avec les familles qui ont des problèmes de conflits irrésolus entre sentiment d'appartenance à un mythe modèle fondateur et possibilité d'individuation. Le « récit systémique » est proposé incomplet, inachevé, et chaque membre de la famille est invité à en inventer une fin. C'est ainsi que ce récit se propose, selon la définition des auteurs, comme un « objet fluctuant » (1994) autour duquel le thérapeute et la famille élaborent ensemble une nouvelle vision de la réalité.

Notre groupe de recherche également (1990, 1994) préfère utiliser le langage analogique et métaphorique, non seulement dans l'exploration du mythe familial, mais aussi dans l'intervention thérapeutique.

Déjà l'utilisation de ce que nous avons appelé « les sculptures évolutives », à travers la confrontation entre les représentations du présent et du futur et la « congélation du temps » que celui-ci met en évidence permet de dévoiler les « mythes d'unité » et les « fantasmes de ruptures », en les matérialisant presque au regard du thérapeute comme à celui de la famille. Mais, à partir des images présentées au travers des sculptures, on active un dialogue au moins à deux niveaux:

- Un premier niveau concerne les différents membres de la famille entre eux qui, comme dans un jeu subtil d'échos et de réponses, construisent un langage commun. Ce langage commun, même dans la singularité des images de chacun, traverse des diverses cultures et définit des valeurs et des substrats émotifs partagés autour desquels se structurent le mythe et le sentiment d'appartenance au système.
- Un second niveau de dialogue s'active entre la famille et le thérapeute: le thérapeute recueille les éléments métaphoriques qui sont présents dans les sculptures familiales et les compose de manière à proposer à la famille une vision alternative de la réalité. Ainsi la famille, comme dans un jeu de miroir, se reconstruit en partie dans l'image métaphorique reflétée par le thérapeute, mais en partie, s'y retrouve dans une forme différente et est portée à découvrir des potentialités et des ressources latentes. C'est dans cette dynamique de « construction à deux » d'autres réalités possibles que s'active, à notre avis, l'abandon de la rigidité des vieux mythes; la famille peut finalement trouver, en elle-même, un nouveau mythe plus fonctionnel à sa propre phase évolutive.

8. Conclusions

A la lumière de ces considérations sur les modalités de travail thérapeutique autour du mythe familial, proposées par les divers auteurs considérés, il semble dès lors que l'utilisation du langage analogique dans ses différentes formes (métaphores, symboles, sculptures, fables) soit largement privilégiée. Le renouveau

d'intérêt pour le mythe familial, dont nous parlons au début de cet article, semble donc s'accompagner aussi d'un retour, sur le terrain thérapeutique, de modalités d'intervention qui sont orientées « analogiquement » à faire allusion, plutôt que « digitalement » à définir et/ou à interpréter; et qui, en cela, laissent de plus amples marges de réélaboration créative à la famille, modalités qui touchent en outre plus directement les niveaux émotionnels.

Ceci est très important quand on explore les mythes qui sont, eux aussi, de grandes « légendes » (dans le sens étymologique) familiales, tellement imprégnées d'émotivité. C'est pourquoi M. Selvini souligne que le langage analogique est « beaucoup plus apte à unir les participants dans un puissant vécu collectif et à introduire une idée de base partagée de manière consensuelle ». En réalité, rien autant que l'exploration des mythes familiaux n'implique une participation du thérapeute lui-même. Parce que, recourant de nouveau à une métaphore, la relation thérapeutique ne peut jamais plus que dans ce cas, être comparée à une sonde qui a une extrémité dans les émotions de la famille et l'autre dans le cœur (et non seulement dans l'esprit) du thérapeute.

Luigi Onnis
Viale Jonio
389 Italia
00141 Rome

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson S.A., Bagatcozi D.A. (1983): The use of family myths as an aid to strategic therapy, *Journal of Family Therapy*, vol. V, pp. 145-154.
- Andolfi M., Angelo C. (1985): Famiglia e individuo in una prospettiva trigenazionale, *In: Terapia Familiare*, 19, pp. 62-72.
- Andolfi M., Angelo C. (1987): *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Boringhieri, Torino.
- Anderson S.A. (1979): *Secrets de famille*, In: Benoit, J.C.: *Changements systémiques en thérapie familiale*, ESF, Paris.
- Bagatcozi D.A., Anderson S.A. (1982): The evolution of family mythological systems: consideration for meaning, clinical assessment and treatment, *Journal of psychoanalytic anthropology*, 5, pp. 71-88.
- Byng Hall J. (1979): Re-editing family mythology during family therapy, *Journal of Family Therapy*, vol. 1, pp. 103-106.
- Byng Hall J. (1980): Scripts et légendes dans les familles et thérapie familiale, *Family Process*, 27 (2), pp. 167-179.
- Boszormenyi-Nagy L., Spark G. (1988): *Lealtà invisibili*, Astrolabio, Roma.
- Canevaro A. (1988): Alle radici della coppia: verso lo sviluppo di un contesto terapeutico trigenazionale, *Ecologia della mente*, pp. 43-51.
- Canevaro A. (1994): La terapia familiare trigenazionale, *In: L. Onnis-W. Galluzzo, La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma.
- Caillé P., Rey Y. (1988): *Il était une fois... du drame familial au conte systémique*, ESF, Paris.
- Caillé P. (1990): *Il rapporto famiglia-terapeuta*, NIS, Roma.
- Caillé P. (1991): *Un et un font trois*, ESF, Paris.
- Caillé P., Rey Y. (1994): *Les objets flottants*, ESF, Paris.
- Eiguer A. (1984): Mythe familial, mythe social, mythe du couple, *Dialogues*, 2, pp. 86-102.

- Forrelin A.J. (1963): Family myth and homeostasis, *Archives of general psychiatry*, 9, pp. 457-461.
- Forrelin A.J. (1966) Psychosis and family myth, *American Journal of Psychiatry*, 21, pp. 186-197.
- Fontrose J. (1966): *The ritual theory of myth*, University of California Press, Berkeley.
- Giard R. (1972): *La violence et le sacré*, Grasset, Paris.
- Goffinet S. (1990): Mythe, rituel et autoréférence en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, Genève, 11 (3), pp. 73-89.
- Knox J. (1964): *Myth and Truth*, University of Virginia, Charlottesville.
- Levick S., Jalali B., Strauss J.S. (1981): With onions and tears: a multidimensional analysis of a counter-ritual, *Family Process*, 20, pp. 77-83.
- Lewis J., Beavers W.R., Grossel J.T., Phillips V.A. (1976): *No single thread: psychological health in family systems*, Brunner/Mazel, New York.
- Lévy-Strauss C. (1974): *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.
- Onnis L. (1989): Psicoterapia sistemica epistemologia e complessità: riflessioni su un processo evolutivo in corso, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, pp. 29-42.
- Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Agostini B., Chouhy A., Dentale R.C., Quinzì P. (1990): *Le sculpture del presente e del futuro. Un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche, Ecologia della mente*, 10, pp. 21-46.
- Onnis L. (1991): Thérapie familiale de l'anorexie mentale: un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales, *Thérapie familiale*, Genève, 12 (3), pp. 225-235.
- Onnis L. (1992): Langage du corps et langage de la thérapie: la « sculpture du futur » comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques, *Thérapie Familiale*, 13 (1) pp. 3-19.
- Onnis L. (1994): Corpo individuale e corpo familiare: soggettività dell'individuo e caratteristiche del sistema nelle situazioni psicosomatiche, *In: F. Bossoli, M. Mariotti, L. Onnis (a cura di): L'adolescente e i suoi sistemi*, Ed. Kappa, Roma.
- Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Gostini B., Chouhy A., Dentale R.C., Quinzì P. (1994): Sculpting present and future: a systemic intervention model with psychosomatic families, *Family Process*, 32 (3) (sous presse).
- Purin P. (1982): De l'importance des mythes, rites et coutumes pour la psychiatrie comparative, *Confrontations psychiatriques*, 21, pp. 241-261.
- Perry J.W. (1966): *Lord of the quarters*, Braziller, New York.
- Pichot A. (1983): *Rapports du biologique et du psychologique*, Louvain-la-Neuve, Cabay.
- Rossi M. (1988): Miti e cultura familiare, *In: M. Andolfi et al., La famiglia trigenazionale*, Bulzoni, Roma.
- Rougeul F. (1992): Schérazade ou « mille et une séances » pour conjurer la mort. Du mythe familial au mythe thérapeutique, *Thérapie Familiale*, Genève, 13 (4), pp. 347-361.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975): *Paradosso e contro-paradosso*, Feltrinelli, Milano.
- Selvini Palazzoli M. (1980): Le racisme dans la famille, *Thérapie Familiale*, Genève, 1 (1), pp. 5-16.
- Seltzer W.J., Seltzer M.R. (1986): Le matériel, le mythique et le magique: une approche culturelle de la thérapie de famille, *Dialogues*, 1, pp. 62-76.
- Seltzer W.J. (1987): Myths of destruction. A cultural approach to families in therapy, *The Journal of Psychotherapy and the Family*.
- Solomon N. (1976): Homeostasis and family myth: an overview of the literature, *Family Therapy*, 3, pp. 75-86.
- Tarachow S. (1964): Mythology and ego psychology, *In: Muensterber W. and Axelrad S., The Psychoanalytic study of society*, Vol. III, pp. 9-12.
- Vaz-Leal F.J., Ingelmo-Fernandez J., Lopez-Vinciesa B. (1987): Idéologie, pragmatisme et dysfonctionnement familial: le rôle des mythes, *Psychothérapies*, 1, pp. 37-42.

LES SITUATIONS BLOQUÉES DU DIVORCE

Une approche systémique

Philippe CAILLÉ¹

Résumé: *Les situations bloquées du divorce – Une approche systémique* – Il existe en Norvège depuis 1991 une obligation de médiation pour les couples mariés demandant une séparation officielle s'ils ont des enfants de moins de 16 ans. Notre expérience de ce type de médiation nous conduit à penser que le divorce n'est pas un phénomène univoque. D'un point de vue systémique, les divorces pourraient se diviser en divorces par « déficit d'absolu de couple » qui se passent généralement bien et les divorces par « excès d'absolu de couple » qui se passent souvent fort mal et conduisent à des situations bloquées. Face à ces situations bloquées qui occasionnent beaucoup de souffrance, la médiation obligatoire avec son maximum de quatre séances est relativement illusoire. La question d'une médiation étendue à visée thérapeutique est étudiée.

Summary: *Dead-locks in divorce conflicts – A systemic approach* – There is in Norway since 1991 compulsory mediation for married couples who ask for official separation if they have children younger than 16 years. Our experience of this type of mediation leads us to think that divorce is not an univocal phenomena. From a systemic point of view, the divorces could be divided into divorces by « deficit of couple absolute » where things go usually well and divorces by « excess of couple absolute » where things go often badly leading to locked situations. With regard to those locked situations that cause much suffering, the compulsory mediation with its maximum of four sessions is relatively illusory. The question of an extended mediation with therapeutic scope is considered.

Mots-clés: Divorce – Médiation – Approche systémique – Absolu de couple.

Key words: Divorce – Mediation – Systemic approach – Couple absolute.

Le noyau ne va-t-il pas enfin apparaître ?

(il met l'oignon en pièces)

Rien à faire ! Jusqu'au point le plus profond

Tout n'est que couches – seulement de plus en plus petites

La Nature est étonnante !

Henrik Ibsen (Per Gynt, 5^e acte)

Par divorce nous entendrons la rupture du lien stable entre deux partenaires adultes – quelque soit le degré d'officialisation qu'avait reçu ce lien.

Il est courant de discuter des problèmes qu'entraîne le divorce. Il est plus rare d'entendre parler de la signification que revêt le couple pour le sujet adulte.

¹ Centre Luthérien de Guidance Familiale, p.b. 531, 1301 Sandvika, Norvège.

Comment pourtant parler de la crise provoquée par une perte sans tenir compte de ce qui est perdu ?

Nous commencerons donc par tâcher de placer le couple dans le panorama de l'univers cognitif de l'humain.

L'humain comme entité productrice de sens

D'un point de vue anatomo-physiologique, un trait essentiel des espèces animales est de posséder un ensemble de neurones connectés. Cet ensemble qui prend forme de système nerveux, puis de cerveau, permet un contact riche et actif avec le milieu ambiant. Des schémas relationnels s'établissent entre les individus. De ce point de vue, il est impossible de faire une distinction entre l'homme et les autres espèces animales.

La distinction apparaît par le fait que le nombre des neurones et la complexité de leurs connexions s'accroît considérablement chez l'homme avec le développement du cerveau. Cette évolution semble être la raison – ou l'occasion – de l'apparition d'une qualité émergente qui est la production de sens.

Dans cette optique, la célèbre formule de Descartes: « cogito ergo sum » – je pense donc je suis – serait à préciser en « je pense car je produis du sens ». Si l'on ne peut en effet exclure que les espèces animales pensent, il est peu probable qu'elles créent du sens.

Le sens comme propriété émergente du cerveau accompagnerait ainsi la naissance de ce que nous appelons l'humain. Le sens est une représentation du monde par l'observateur qui inclut une observation de l'observateur par lui-même, « moi comme un autre parmi les autres », que j'accepte ultimement comme étant moi. Cette représentation introduit des problèmes de finalité à plusieurs niveaux – « moi et les autres, quelles sont nos raisons d'être ensemble et d'être tout court? » – et des réponses aussi essentielles qu'incertaines qui ont une grande influence sur notre vécu et nos comportements. Ces réponses éphémères suscitent à leur tour d'autres réponses. Du sens surgit un nouveau sens. « En marchant se fait le chemin » (Machado, 1917), telle serait la condition de tout savoir.

Autre aspect essentiel de l'humain en tant que créateur de sens, l'aspect communicationnel et collectif. Le sens qui surgit chez l'individu ne peut se développer sans être partagé. La production de sens et le langage sont inséparables. L'activité présente et passée de millions de cerveaux humains fait que lorsque notre cerveau, dès la petite enfance, s'aventure à créer du sens, cette production se fait au sein d'un monde communicationnel déjà lourdement chargé de sens, familial, social, religieux, politique, sexuel. Le sens que nous créons doit s'accommoder du sens déjà existant en se positionnant par rapport à lui. En d'autres mots, **le sens qui fera sens pour l'individu doit trouver sa place au sein d'une double contrainte de nature paradoxale, intégration au sens déjà existant et différenciation par rapport à ce sens.**

En effet tout phénomène de cognition qui distingue une entité, qu'il s'agisse d'un individu, d'un couple ou d'une famille, fait état d'une parenté aux entités qui

appartiennent à la même classe logique de phénomènes et d'une distinction fondamentale par rapport à elles. Un couple doit par exemple savoir tout à la fois de quelle façon il s'apparente à tous les autres couples et de quelle façon il est unique. Il en est de même pour l'individu. Aucun individu, aucun couple ne saurait en effet être si conforme qu'il se reconnaîtrait parfaitement identique à un autre individu, un autre couple. Une telle situation serait intolérable par la perte de sens qu'elle entraînerait. Sa crainte peut entraîner des réactions d'agression (Girard, 1972).

Intégration – différenciation, appartenance – individualisation sont les deux faces de la même médaille. Le sens se crée dans une activité double de comparaison et de distinction – dans le lien et la différence.

Il en résulte qu'il est vain d'étudier une structure humaine sans prendre en compte la représentation qui tout à la fois l'apparente aux autres structures humaines existantes et l'en distingue. Nous sommes ici dans le domaine cognitif au sens large et toute psychothérapie sera de ce fait un travail sur les processus cognitifs (toujours au sens large), c'est-à-dire une enquête sur la création du sens et sur les processus de transformation du sens déjà existant.

Pour caractériser ce sens émergent par lequel une structure humaine (individu, couple, famille, nation) se crée et maintient son existence, j'emploie le terme d'**absolu** (ou plus familièrement de **plus-un**). Le terme d'absolu se justifie par le fait que le sens que nous créons agit à la façon de lunettes qui conditionnent toute notre vision. Nous portons nécessairement ces lunettes, mais nous n'en sommes pas conscients au quotidien puisque c'est notre seule voie d'accès au monde. Nous ne pouvons faire autrement que de les utiliser et croire ce qu'elles nous font voir, d'où le terme d'absolu (cognitif). Ces lunettes, ces cartes cognitives que nous utilisons avec tant de conviction sont modélisables en thérapie par des techniques sur lesquelles nous reviendrons. A partir du moment où un absolu cognitif est identifié par celui ou ceux qui en font usage, il perd sa prétention d'exhaustivité et se relativise. Durant un certain laps de temps, le sens n'est pas fixé et de nouveaux absolus cognitifs peuvent émerger. C'est la situation que toute psychothérapie cherche à créer (Caillé, 1990, 1991, 1994).

Le terme de plus-un correspond lui aussi à une métaphore liée à la vision. On voit le monde avec des lunettes, mais on se découvre dans le miroir. Nous supposons que la création de sens dont nous parlons soit l'image découverte dans un miroir magique, un « miroir turbulent » qui renverrait à l'individu ou au système l'image qu'ils se sont construite (Briggs J., Peat F.D., 1991). L'individu, le couple, la famille ne seraient donc pas d'un point de vue cognitif dissociables de ces représentations en miroir, de ces significations qu'ils s'attribuent. Ce couplage entre le système et son plus-un a la stabilité du processus autoréférentiel. L'image porteuse de sens que renvoie le miroir turbulent est un alter ego qui suit l'individu, le couple, la famille ou tout autre système. Dans tout système, il y a un participant de plus que les seules personnes physiques, le plus-un (ou l'absolu systémique) qui est le sens que se donne ce système. Ainsi un couple dialoguera toujours avec le sens qu'il se donne, son absolu de couple, son plus-un. Ce qui justifie le titre de mon livre sur les thérapies de couples « Un et un font trois – le couple révélé à lui-même » (Caillé, 1991).

Ces néologismes d'absolu et de plus-un sont d'autant plus utiles que nous manquons de termes en pratique systémique pour ces productions cognitives néces-

saies au fonctionnement des structures humaines et tenues par elles à chaque moment pour incontestables bien que l'observateur extérieur puisse avoir difficulté à en saisir la logique.

L'absolu cognitif comprend et recoupe un certain nombre de termes utilisés par l'anthropologie, la philosophie et la psychanalyse. L'absolu d'un système comporte par exemple un niveau idéologique ou mythique auquel répond un niveau phénoménologique ou rituel. Il ne saurait cependant être réduit à un mythe et un rituel car un absolu cognitif est une organisation mentale et sensorielle à tout moment vivante et évolutive. L'absolu cognitif marque les frontières invisibles du système, a des tonalités affectives et des qualités évolutives déterminées.

Le terme se rapporte à une épistémologie systémique de type connexionniste, au constructivisme. Tout absolu cognitif décrit un niveau d'organisation systématique. Il doit comme nous le verrons tenir compte des absolus cognitifs des autres niveaux organisationnels. Un couple ne crée pas son sens indépendamment du sens qu'apportent les deux partenaires, leurs familles d'origine, les cultures dont ces partenaires sont issus. Proche du terme d'absolu du système est probablement le terme d'épistémé du système introduit par Jacques Miermont dans ses ouvrages récents (1993, 1995).

De cette perspective découle que l'individu pour exister doit être adepte de multiples absolus, absolu individuel, absolu de couple, absolus de famille, de milieu social, de profession, absolu de sexe.

Comment concevoir ces absolus? Nous avons dit que ce sont des modèles cognitifs, un ensemble de cartes qui assigne une place aussi bien au modélisateur qu'à son entourage dans des réseaux d'amplitude diverse et attribue un sens à ces ensembles. Ou bien, plus concrètement, ce sont des narrations portant sur les origines et le devenir. Exister consiste dans une large mesure à se raconter des histoires, histoires qui à leur tour vont nous raconter, histoires qui ne peuvent qu'être vraies car notre existence dépend d'elles.

Le couple n'échappe pas à cette logique. Lui aussi doit être adepte de plusieurs absolus. L'absolu culturel occidental attend que l'histoire du couple soit le récit d'un choix libre et réciproque. L'absolu du couple doit tenir compte de cette attente dans sa création de sens et cela aura naturellement des implications au niveau des absolus individuels des partenaires et au niveau de leurs absolus familiaux.

Cette nécessaire intégration des différents niveaux d'absolus cognitifs peut être visualisée comme un jeu de poupées russes s'emboîtant les unes dans les autres. Elle peut aussi être symbolisée, comme le propose la citation d'Ibsen qui ouvre ce texte, par les couches d'un oignon que nous appellerons oignon cognitif (schéma 1). La cohérence de sens qui doit exister entre les différents absolus cognitifs fait qu'un changement significatif à un niveau d'absolu entraîne immédiatement et nécessairement un remaniement de tous les autres niveaux d'absolu.

A la rupture d'une relation de couple, l'individu se percevra différemment de même que le sens qu'il attribue au contact avec les enfants et au rôle professionnel évoluera. La crise du couple s'accompagne ainsi d'un remaniement des absolus individuel, familial et groupal. De même une crise au niveau de la société comme la guerre ou le chômage entraîne dans son sillage des remaniements des absolus individuels, de couple et de famille.

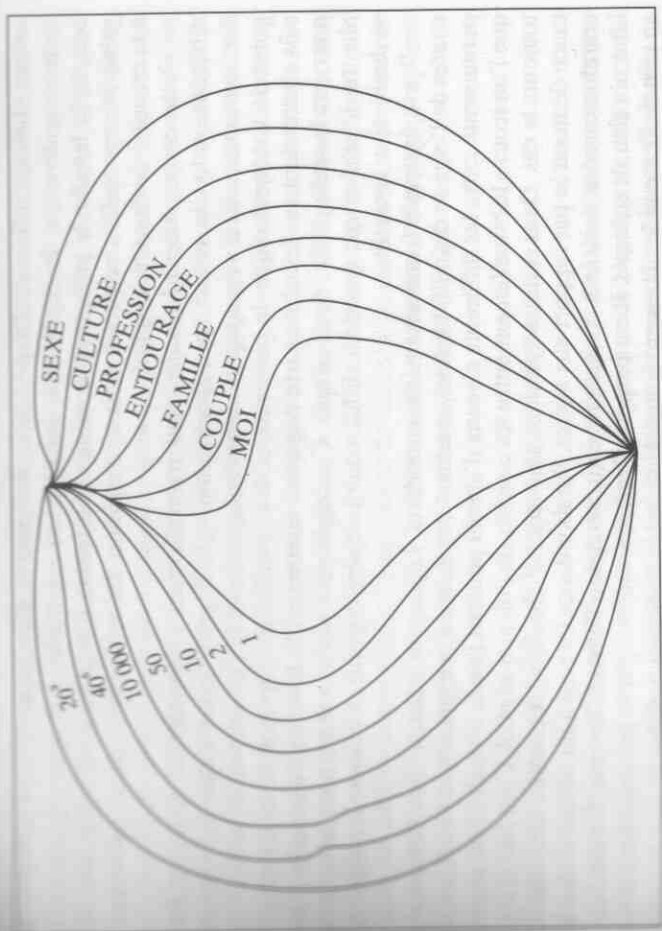


Schéma 1: L'oignon de la cognition. Sur le côté droit les différentes strates d'absolus cognitifs du point de vue d'un individu. Sur le côté gauche l'ordre de grandeur du nombre d'individus participant à la co-création de chaque strate d'absolu cognitif.

Une telle vision a des conséquences théoriques importantes. L'état fonctionnel d'un système ne sera pas défini selon une norme fixe, mais par le potentiel adaptatif de son absolu cognitif. Cet absolu systémique (celui d'une famille par exemple) doit idéalement savoir prendre en compte l'existence d'absolus topographiquement plus limités (les absolus individuels des membres de la famille, celui du couple parental, celui de la fratrie) aussi bien que pouvoir s'ajuster à des absolus topographiquement plus étendus (les absolus des familles d'origine, du milieu social).

La question d'un soi individuel analysable indépendamment du contexte devient une abstraction insoutenable. Toute tentative de parler du soi amène directement à tous les absolus cognitifs auxquels participe l'individu. L'être humain est dès l'origine une espèce intensivement connectée et, comme le découvre Per Gynt en pelant son oignon (Ibsen, 1867), il faudra abandonner l'idée de lui trouver un noyau qui ne serait pas constamment recréé dans l'échange.

La place du couple dans l'univers cognitif relationnel

Si nous nous reportons au schéma de l'oignon, nous y voyons maintenant toute la complexité des faits. Chaque individu a une certaine liberté de choix par l'importance qu'il donne à chaque strate d'absolu. Pourtant, s'il peut d'un côté, de par sa

nature et sous l'influence d'expériences antérieures, être tenté de faire prévaloir la carte cognitive qui le représente, ou bien au contraire celle qui représente le couple, la famille, le groupe professionnel ou social, il dépend d'un autre côté largement pour réaliser ce projet de la coopération des autres acteurs qui participent à la création de ce cadre cognitif.

Cette coopération nécessaire peut naturellement s'exprimer de manière fort différente selon la nature de l'absolu envisagé. Il peut certes s'agir de soutien, d'amour, mais ailleurs on coopère dans l'antagonisme, la persécution, le défi. D'un point de vue systémique, le persécuté et le persécuteur coopèrent dans un couple s'ils s'accordent sur la même carte cognitive comme étant l'absolu du couple, donc pour eux la seule réalité de ce couple. Ce couple peut alors, comme nous le verrons plus tard, garder une grande stabilité comme cadre cognitif dominant en dépit de sa dissolution formelle.

Il est également intéressant de considérer l'épaisseur relative des différentes strates de l'oignon cognitif. Le ressourcement constant de la cognition et l'interaction permanente entre les différents niveaux d'absolu pourrait laisser attendre l'harmonie que l'on trouve habituellement entre les couches de l'oignon végétal. C'est loin d'être toujours le cas. Dans certains systèmes, une strate d'absolu peut prendre une importance démesurée par rapport aux autres. Surabondance de sens à un niveau d'absolu entraîne carence de sens à d'autres niveaux, ou naturellement l'inverse. Ce déséquilibre n'a rien de statique. Il est perpétuellement entretenu par le jeu des interactions au sein de l'ensemble richement connecté qu'est le système humain.

A un épaississement excessif de la strate du couple dans notre oignon cognitif correspondra donc des difficultés pour les partenaires de créer un sens suffisant au niveau de la strate de l'absolu individuel ainsi que de celle des absolus familiaux d'origine. Le couple est mis en demeure de «réparer» par abondance de sens un déficit de sens aux autres niveaux d'absolu de chacun des partenaires. Pour qu'un tel couple se forme, une telle attente doit à un niveau subconscient être partagée par les partenaires potentiels.

Ainsi nous devons voir la cartographie cognitive comme un tout cohérent. L'existence d'un préjugé dans un système rendant un niveau d'absolu plus convaincant qu'un autre entrave l'appréhension du monde à partir de plusieurs niveaux d'absolu. Les événements ne sont plus étudiés pour eux-mêmes au crible des différentes interprétations possibles, mais seulement retenus s'ils sont déchiffrables au niveau d'absolu hypertrophié. Une telle fixation, sur le couple par exemple, comme grille cognitive de lecture de tout événement conduit inéluctablement à une rigidité des comportements, à une interprétation abusive des événements et à la souffrance psychique des partenaires.

L'absolu actuel de notre culture occidentale qui donne une importance symbolique majeure au couple favorise la possibilité d'un excès d'absolu à ce niveau. Dans d'autres cultures ce sera probablement moins fréquent. Le couple n'y est pas perçu comme un phénomène relationnel très important car il s'inclut très largement dans le contexte de la famille. Ce n'est qu'un fait familial parmi d'autres. Le couple est décidé par les parents des conjoints. Son autonomie est restreinte, sa dissolution improbable. L'enjeu majeur du couple réside dans les bénéfices que les familles en tireront sous forme de mise en commun des forces et de descendance.

Ce n'est que lentement que le couple a percé comme structure cognitive importante dans notre culture. L'origine en est probablement l'idée d'un consentement libre entre les époux d'abord nécessaire dans le cadre familial, puis acte public. Au Moyen Âge, l'Église se charge un peu à contre-cœur de garantir l'authenticité de ce consentement qu'elle considère toujours plutôt comme un fait familial. Elle le reçoit d'abord devant les portes de l'église, puis peu à peu dans le cadre même de l'église et en fait un sacrement. Plus récemment encore, notre culture remplace l'idée du consentement par celle d'un choix spontané qui n'engage que les partenaires. C'est le choix romantique qui ne doit pas se laisser arrêter par des considérations trop logiques. L'officialisation précédemment recherchée devient alors un problème. De nombreux couples se veulent «sans papiers», la relation n'existant hic et nunc que par le fait d'un désir qui est son propre garant. Une telle surcharge symbolique favorise les dérives cognitives qui vont exiger de l'absolu du couple non seulement de résoudre les difficultés inhérentes à la vie de couple, mais aussi d'apporter réponse aux difficultés qui surgissent à tout autre niveau d'absolu cognitif.

Dissolution du couple – deux types de divorce

L'expérience qui est à la base de cet article provient tant de nombreuses thérapies de couple que des médiations rendues obligatoires en Norvège en 1991 préalablement à la séparation pour tous les couples mariés ayant des enfants de moins de 16 ans. Ces médiations obligatoires sont gratuites et limitées à un maximum de 4 séances. Elles sont très discutées quant à leur efficacité, mais ont en tout cas apporté des renseignements originaux en ce qui concerne les circonstances du divorce.

Ce qui en ressort pour notre part est que la dissolution du couple ne correspond pas à un phénomène homogène. Les suites du divorce se répartissent en deux groupes de gravité très distinctes. Bien que les problèmes rencontrés puissent au départ sembler assez identiques, difficultés de l'un ou l'autre des conjoints à accepter la situation, différents sur le partage des biens, désaccords concernant le droit de garde et de visite, l'apport de la médiation obligatoire a des effets très variables. Il s'agit comme nous l'avons indiqué d'une intervention de durée limitée qui doit protéger l'intérêt des enfants. Elle fait appel à la pensée rationnelle. Son but est un accord écrit entre les conjoints sur le lieu de résidence habituel du ou des enfants, les modalités de contact avec le parent qui n'a pas la garde et les accords économiques entre les parents.

Mon jugement qui est partagé par de nombreux collègues est qu'un groupe important de couples réagit positivement et de façon très rapide. Certains ont déjà préparé un accord et la médiation peut sembler superflue à part sa fonction d'officialiser ce qui est déjà décidé.

Un autre groupe non négligeable reste totalement réfractaire et semble demander une approche fort différente. C'est un groupe qui ne peut se mettre d'accord et essaie de recruter le médiateur dans un combat qui se montre peu à peu être passionné et durable. Nous les retrouvons des mois ou des années plus tard, souvent à l'occasion d'une demande de nouvelle médiation cette fois volontaire demandée par l'un d'entre eux, par un avocat ou bien ordonnée par un tribunal.

Nous avons fait de 1993 à 1995 à la demande du Ministère des enfants et de la famille une étude sur certaines situations que nous avons appelées « droits de visite bloqués ». Il s'agit justement de ces parents divorcés qui sont en conflit depuis de nombreuses années, conflit concernant principalement la régulation du contact avec les enfants, mais comportant le plus souvent aussi bien d'autres aspects. Ces parents se poursuivent inlassablement devant les tribunaux et enrichissent ainsi leurs avocats. La médiation obligatoire, si elle a été actuelle pour eux, ne les a aucunement aidés.

Notre proposition telle qu'elle apparaît dans le projet initialement soumis au ministère était un programme de médiation développé pour tenir compte de la complexité et de la chronification de ces situations. Notre principale surprise fût la difficulté de recruter ces couples parentaux à notre programme et, dans le cas où ils se déclareraient intéressés, de les maintenir dans le programme jusqu'à sa terminaison. Nous y reviendrons en plus de détails.

Pour expliquer cette première constatation, nous avons formulé l'hypothèse suivante: certains couples divorcent par déficit d'absolu de couple, d'autres par excès d'absolu de couple.

Qu'entendons-nous par là? Reprenons l'image de l'oignon et de l'interaction entre les différentes strates d'absolu auxquels adhèrent les individus. Nous avons déjà avancé l'opinion que l'épaisseur relative de ces strates peut varier et que chaque strate par sa taille influera sur la taille que peuvent prendre les autres strates. Pour un individu dont l'absolu cognitif lié à son appartenance à une secte fanatique est hypertrophié, les absolus individuels, de couple ou de famille signifieront peu. Inversement d'autres que certains qualifient de sociopathes auront un absolu individuel comme dominante de leur cognition. Leurs absolus de couple, familial, social seront peu investis et n'existeront qu'à l'état virtuel.

Pour ce qui concerne l'absolu de couple, on peut penser que les absolus cognitifs les plus directement impliqués dans ses vicissitudes sont les strates voisines des absolus individuels et de famille (schéma 1). Effectivement, la fin d'un couple marqué souvent pour les intéressés un investissement renouvelé de la dimension individuelle et de la dimension familiale.

La strate de l'absolu de couple peut poser problème par sa minceur. La découverte de cet appauvrissement peut être progressive et aboutir à une reconnaissance commune de la situation par les partenaires après quelques hésitations explicables par le sentiment de perte qui en résulte. Elle peut être plus brutale, l'un des partenaires révélant un état de fait que l'autre n'est pas entièrement préparé à accepter. Il peut donc y avoir conflit, accusations mettant en cause le partenaire qui le premier « révèle » le déficit d'absolu de couple. Pourtant ce déficit est malgré tout indéniable pour les deux partenaires et un accord sur ce constat pourra être obtenu avec ou sans intervention tierce. L'emprise des absolus familial et culturel décidera alors de la décision de se séparer ou non, mais les partenaires sauront ne plus faire couple. En cas de divorce, la coopération entre les ex-conjoints sera bonne, surprenant parfois leurs amis s'ils ne conçoivent pas un divorce sans conflits.

Dans les divorces par excès d'absolu de couple, la situation est totalement opposée. L'hypertrophie de la strate du couple a coïncidé avec une atrophie de la strate de l'absolu individuel et de celle de l'absolu de famille. Déjà ces couples se

ont trouvés en difficulté à la naissance du premier enfant. Les questions touchant aux aspirations propres des conjoints ou aux besoins réels des enfants ont été éludées. L'absolu individuel, l'absolu familial sont considérés comme secondaires par rapport à l'absolu de couple. L'ambition personnelle que chaque partenaire peut avoir d'atteindre certains buts, le contact sélectif entre un parent et un enfant sont vécus comme mettant en danger le couple. La difficulté à légitimer ces craintes et les accusations qui en résultent entraîne souvent les partenaires à faire entrer dans le vie du couple comme témoins et alliés des personnes tierces, amis et parents. Des professionnels peuvent également se laisser séduire à entrer dans ce rôle.

En s'ouvrant de cette façon, le couple s'expose à de graves dangers. Les intervenants recrutés par l'un et l'autre des partenaires se méprennent souvent sur la situation et croient que leur rôle est de donner aux parties le courage de la rupture. Les conjoints sont piégés par la force des arguments de la discordie et ne peuvent logiquement faire moins que de se séparer sans pouvoir ni avouer à d'autres, ni s'avouer à eux-même leur énorme dépendance cognitive de ce couple tant critiqué.

Il s'établit alors une situation paradoxale où deux individus qui investissent peu dans des absolus individuels et familiaux vont continuer à vivre sous l'emprise d'un absolu de couple qu'ils ont formellement enterré. Or le couple est formellement enterré, mais loin d'être mort et aucun travail de deuil valide ne se fera. La seule issue ouverte pour maintenir une logique suffisante dans leur vie est alors pour chacun des ex-conjoints de continuer à se vivre comme injustement maltraité et persécuté par l'ex-partenaire. Par ce biais, l'absolu de la dyade dont ils dépendent cognitivement est subrepticement récupéré. Cette issue débouche pourtant sur une nouvelle impasse car, l'axiome régnant étant que le couple n'existe plus et n'aurait jamais dû exister, cet absolu du couple ne saurait être exposé. Aucun des partenaires ne s'en sentira responsable. Il ne lui est pas donné la possibilité de se reformer. Le couple qui se sépare par excès d'absolu s'est pris lui-même dans le piège d'un double-lien dont il ne peut sortir.

L'approche des situations de couples bloqués

1. Le projet initial

a) Le modèle

Nous avons exposé notre hypothèse de départ. Partant de ce fondement théorique, nous avons pensé proposer aux couples bloqués un programme adapté leur permettant de mettre fin au non-dit qui frappait leur absolu de couple. La nouvelle prise de contact avec ce cadre cognitif mettrait fin au double-lien. Une évolution serait possible qui leur permettrait de se séparer émotionnellement et de retrouver des possibilités de coopération en tant que parents.

Vu la difficulté de la tâche, le programme proposé comportait pour chaque partenaire 14 séances alors que notre protocole invariable de thérapie de couple que nous désignerons désormais sous son sigle de OCTIP (Oslo Couple Therapy Invariable Protocole) n'en comporte que 10 (Caillé 1991, 1993).

La première séance est une séance commune où le programme était expliqué. Les deux parents et le thérapeute signent un contrat de coopération.

La deuxième séance est individuelle. Les sculpturations portant sur le niveau phénoménologique et mythique de la relation passée y sont effectuées par les partenaires. Pour ne pas entrer en conflit avec le refus qu'ont les partenaires d'admettre un lien relationnel avec l'ex-conjoint, les questions sont toujours posées au passé. (Voulez-vous nous faire comprendre comment était votre relation lorsqu'elle existait?) et le partenaire est représenté dans la sculpture par un co-thérapeute qui joue le rôle de figurant.

Les trois séances suivantes sont également individuelles. Sur la base du contenu des sculpturations, les caractéristiques de l'absolu de la relation de couple sont étudiées d'abord comme un fait historique, puis peu à peu comme un facteur pouvant influencer les rapports actuels. Les relations de couple dans les familles d'origine sont également étudiées car il est probable qu'elles ont servi comme modèle, positif ou négatif, à l'élaboration de l'absolu du couple divorcé. Les partenaires ont aussi la possibilité de travailler certains aspects traumatiques de leur relation de couple passée.

La sixième séance est une séance commune où la situation des enfants est discutée et où le thérapeute obtient l'autorisation de les rencontrer selon des modalités définies.

Les septième, huitième et neuvième séances sont des séances avec les enfants. Les enfants ont l'occasion de parler de leur situation et de leurs besoins. Leur réseau relationnel est exploré soit en dessinant sur de grandes feuilles de papier, soit en utilisant des figurines (personnages type Playmobil ou statuettes de Kvaebek). Les enfants sont aussi invités à établir des listes de souhaits adressées aux deux parents.

La 10^e séance est une séance commune avec les parents. Le travail porte toujours sur la compréhension de l'emprise que l'absolu de la relation a encore sur leurs comportements. Ils reçoivent des informations sur les besoins et les souhaits des enfants. Sont discutés les changements possibles compte tenu de la situation émotionnelle des parents. Ceux-ci sont encouragés à prendre de façon réaliste leurs responsabilités.

Les 11 et 12^e séances sont des séances individuelles avec les parents. Le but est de les aider à prendre distance de l'absolu du couple, travail maintenant possible puisque l'absolu dyadique est maintenant un tiers inclus dans la relation thérapeutique. Parallèlement est recherchée une solution aux besoins actuels et futurs des enfants.

La 13^e séance est une séance avec les enfants où ils sont orientés de façon adaptée à la compréhension de leur âge sur les résultats obtenus au cours du travail avec la famille.

La 14^e séance est une séance commune avec les parents où on met fin au contrat de travail tout en constatant ce qui reste à faire pour obtenir un résultat stable. Un contact dans six mois est proposé pour nouvelle évaluation de la situation.

b) Les résultats

Disons d'emblée que les résultats n'ont pas répondu à notre attente si bien que nous avons été amenés à élaborer un nouveau protocole d'intervention dont nous parlerons plus loin.

Pourtant les difficultés rencontrées ont été fort utiles car elles nous ont permis de mieux étayer le fondement de nos hypothèses. Les ressemblances entre ce protocole d'intervention et l'OCTIP employé dans notre recherche sur les thérapies de couple (Caillé, Sørensen, 1993) nous ont permis de mettre en évidence des différences très importantes entre ces couples en situation bloquée et les couples qui font une demande de thérapie.

Voici quelques résultats et différences intéressantes.

L'ambiguïté quant à la demande d'aide

En ce qui concerne les résultats bruts, la première surprise par rapport à l'OCTIP a été la difficulté à recruter des couples. 60% des couples refusent le programme malgré les difficultés importantes qu'ils rencontrent et l'inquiétude qu'ils éprouvent concernant le devenir des enfants. La seconde est la difficulté à les maintenir dans le programme. De ceux qui signent le contrat, 60% abandonnent à nouveau en cours de programme ce qui fait que seuls environ 15% des couples concernés parviennent au terme du programme. Pour l'OCTIP il y a peu de difficultés de recrutement et seuls 15 à 20% abandonnent en cours de chemin.

Le tabou sur l'absolu du couple

La deuxième différence majeure est la difficulté à exécuter les sculpturations malgré les précautions que nous avons prises. Nombreux sont ceux qui répugnent à toucher le co-thérapeute représentant le partenaire. Tout au contraire de l'OCTIP où les sculptures sont d'une richesse informative étonnante, les sculpturations sont pauvres ou expriment des stéréotypes. Par son exclusion du quotidien, l'absolu du couple prend un caractère presque « sacré » qui interdit qu'il soit directement abordé dans le discours.

Ceci faisait partie de notre hypothèse de départ, mais nous n'étions guère en état d'imaginer l'intensité de ce tabou. Toute allusion à la possibilité d'une relecture ou d'une remise en cause quelconque de l'absolu occulté crée une atmosphère de panique.

Déficit cognitif portant sur l'individu

Nous avons comme au cours de notre étude sur l'OCTIP recueilli des informations sur l'état de santé psychique des adultes. Un questionnaire utilisé est la version de vingt-cinq items du « Hopkins Symptom Checklist », en abrégé HSC-L-25, portant essentiellement sur l'existence de symptômes de dépression, d'anxiété et, à un moindre degré, de somatisation (Derogatis, Lipman, Rickels *et al.*, 1974). Ce questionnaire a également été utilisé dans des études de population si bien que nous pouvons comparer les réponses données avec celles de l'échantillon OCTIP et celles d'une population « normale ».

Malgré les réserves qu'entraînent la petitesse de l'échantillon, les réponses obtenues sont étonnantes si l'on tient compte de la gravité des problèmes qui sont le quotidien des ex-conjoints. Les hommes répondent être en aussi bonne santé ou

meilleure santé que la population normale. Un contraste important avec l'OCTIP où les hommes se vivaient comme beaucoup plus souffrants que la population normale. Les femmes présentent plus de symptômes que la population normale, mais beaucoup moins que l'échantillon de l'OCTIP.

Répartition des symptômes psychiques pour les hommes dans différents échantillons mesurés par le HSL-25 en pourcentages

	population normale	situations bloquées (N = 7)	OCTIP (N = 24)
aucun symptôme	81,5	83,3	37,5
sympt. modérés	7,3	0,0	16,7
sympt. graves	11,2	16,7	45,8

Répartition des symptômes psychiques pour les femmes dans différents échantillons mesurés par le HSL-25 en pourcentages

	population normale	situations bloquées (N = 7)	OCTIP (N = 24)
aucun symptôme	73,1	42,9	16,7
sympt. modérés	9,5	28,6	16,7
sympt. graves	17,4	28,6	66,7

L'impression clinique que l'on a de ces parents est au contraire qu'ils vivent de grosses difficultés qui les perturbent de façon importante. Comment alors interpréter ces réponses ?

Un élément de réponse est la situation de lutte autour des enfants qui peut amener chacun des partenaires à se présenter comme le plus sain possible faisant ainsi indirectement entendre que c'est l'autre qui est perturbé et occasionne les problèmes. Le dessein des questionnaires tend cependant éviter ce genre de manipulation.

Il nous semble plus plausible de considérer qu'il s'agit d'un déficit cognitif réel. Ces hommes et femmes investissent tellement l'absolu du couple au travers de leurs luttes qu'ils sont sans saisie adéquate de leurs absolus individuels et méconnaissent ainsi leur état de santé propre. Il faudra bien sûr des nouvelles études portant sur un plus grand nombre de couples pour apporter des confirmations à ces conclusions.

Déficit cognitif portant sur l'entité familiale

L'existence de troubles psychiques chez les enfants de ces couples est également étudiée par des questionnaires. Les enfants d'âge scolaire remplissent eux-mêmes les questionnaires, tandis qu'ils sont remplis par les parents pour les enfants d'âge pré-scolaire.

Un résultat intéressant est qu'il existe une différence marquante entre ces deux groupes. Les enfants d'âge pré-scolaire ont peu ou aucun symptôme, ceux d'âge scolaire ont des symptômes très importants.

Répartition des troubles psychiques entre enfants d'âge pré-scolaire et enfants d'âge scolaire

	âge pré-scolaire	âge scolaire
aucun symptôme	6	2
symptômes modérés	1	3
symptômes graves	0	4

Nous devons à nouveau tenir compte de ce que l'échantillon est petit. En ce qui concerne l'interprétation, nous ne pouvons exclure que les luttes qui suivent le divorce soient plus traumatisantes pour les enfants d'âge scolaire que pour des enfants plus jeunes. Il y a peu d'études à ce sujet. Nous devons aussi tenir compte du fait que les questionnaires sont remplis par les parents pour les enfants d'âge pré-scolaire. On peut voir dans ces résultats une confirmation de l'hypothèse que leur attention cognitive étant centrée sur l'absolu du couple et ses vicissitudes, les parents ne sont pas en état d'évaluer objectivement l'état psychique et les besoins réels des enfants. Une telle interprétation est conforme à notre impression clinique. Elle corrobore l'hypothèse d'une dominance cognitive de l'absolu de couple aux dépens des absolus individuels et familiaux. Ces données doivent elles aussi faire l'objet de vérifications dans des études ultérieures.

2. Le nouveau modèle d'intervention

Notre hypothèse initiale s'est donc trouvée modifiée de la façon suivante au cours de notre étude. Les parents que nous rencontrons dans des situations bloquées sont « passionnés » par l'histoire d'un couple dont ils ne peuvent parler, à tel point qu'il en résulte un déficit cognitif dans les sphères individuelles et familiales. Tout signifié est interprété dans le contexte de la lutte entre les ex-conjoints. Il s'agit d'individus en grande souffrance psychique, dont les capacités de patience et d'attention sont au départ très faibles.

Il en découle qu'il semble sage d'abandonner l'idée d'un programme relativement long tendant à une compréhension progressive et extensive des faits au bénéfice d'un programme à la fois plus succinct et plus flexible. L'idée étant que la famille pourra ainsi profiter de parties isolées du programme même en cas d'abandon provisoire ou définitif.

Quand on reprend en détail leur anamnèse, on découvre que nombre de ces parents ont de longue date souffert d'un malaise individuel en forme de manque de confiance, mauvaise image personnelle et sentiment de défaite. La création du couple et la naissance des enfants est souvent vécue comme permettant d'accéder à une réelle identité et de se sentir à égalité avec les autres.

Le naufrage du couple conduit à un retour de l'angoisse souvent cachée derrière une attitude agressive et des propos violents. Ce sont souvent les enfants qui doivent dans ces conditions donner aux adultes la confiance qui leur manque par

des marques d'attention, tout en évitant d'éveiller ce faisant trop de jalousie chez l'un ou l'autre de leurs parents.

Le nouveau modèle vise donc deux buts principaux que nous espérons pouvoir faire accepter même à des parents incertains et soupçonneux.

Le premier but est de donner aux parents une compréhension concrète et indiscutable de la situation réelle de leurs enfants en les empêchant d'utiliser leurs interprétations personnelles l'un contre l'autre. Les enfants dessinent avec un thérapeute leur réseau relationnel en utilisant une grande feuille de papier et des touches de couleurs ou des statuettes et un plateau (personnages type Playmobil ou statuettes de Kvæbekk). Les parents et un autre thérapeute suivent et commentent la scène derrière le miroir sans tain.

Le deuxième but est d'aider les parents à reconstituer le déroulement de leur relation depuis la première rencontre marquée par des attentes positives jusqu'à la situation actuelle. Nous utilisons pour ce faire le jeu de l'oié systémique (Caillé, Rey, 1994). Cette reconstitution comprend un certain travail émotionnel sur la perte, une acceptation réciproque des caractéristiques individuelles de l'autre, une compréhension de leurs influences sur la relation et dans une certaine mesure un pardon.²

Le nouveau parcours se déroule en cinq étapes (schéma 2):

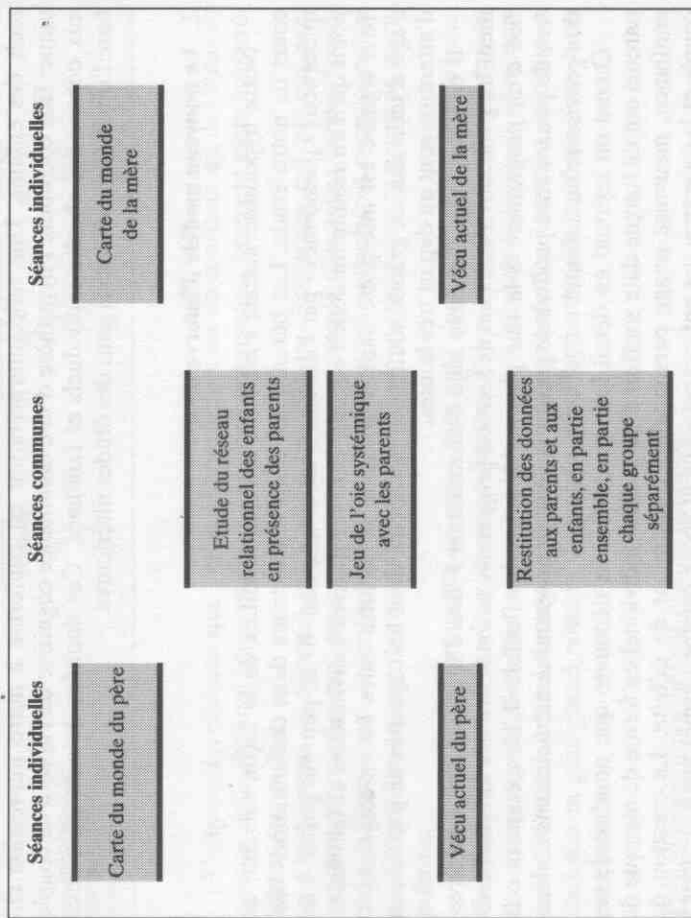


Schéma 2.

² Il est possible de se procurer le jeu de l'oié systémique en s'adressant à l'association du jeu de l'oié, «La Rolphie», F-24660 COULOUNIEUX.

Première étape qu'on pourrait appeler carte du monde des parents. Il s'agit d'une ou plusieurs séances individuelles où chaque parent donne des renseignements sur son passé, en particulier vécu du couple de leurs parents comme enfant, tentatives antérieures d'établir des relations de couple et état de santé individuel.

La deuxième étape est celle où les parents sont invités à amener les enfants pour prendre connaissance de leur perception du réseau relationnel qui les entoure, de leurs émotions et de leurs éventuels désirs de changement.

La troisième étape est habituellement deux ou trois séances communes, avec ou non participation des enfants, où les parents participent au jeu de l'oié systémique. Ils sélectionnent 10 événements essentiels de leur histoire commune depuis le jour où ils se sont rencontrés jusqu'à aujourd'hui. Ils donnent ensuite un sens à ces événements en choisissant entre cinq cartes symboliques. Ils émettent enfin individuellement une hypothèse sur l'origine et le devenir de l'histoire qu'ils ont reconstituée (Caillé, Rey, 1994).

La quatrième étape que l'on pourrait nommer le vécu actuel des parents consiste en une ou plusieurs séances individuelles où sont travaillées les expériences que les parents viennent de faire, leur compréhension de la situation actuelle, leur jugement sur les besoins des enfants et leurs propres besoins. Ceci peut déboucher sur certaines propositions ou offres de compromis.

La cinquième étape prend place partiellement avec la famille au complet, partiellement avec les parents seuls pour confirmer certains accords et plans pour le futur, partiellement avec les enfants seuls pour les informer des éventuels changements obtenus.

Conclusions

Notre expérience antérieure des thérapies de couple et le contact avec les couples dans le cadre législatif norvégien de la médiation obligatoire avant divorce (pour les couples ayant des enfants de moins de 16 ans) nous conduit à conclure que le divorce n'est pas un phénomène univoque. L'offre standard de 4 séances maximum d'une médiation centrée sur les besoins des enfants est plus que suffisante, voire superflue, dans nombre de cas et totalement insuffisante dans d'autres.

Cette constatation nous amène dans le cadre d'une épistémologie systémique à introduire la notion du divorce par déficit d'absolu de couple qui se passe sans problèmes majeurs et du divorce par excès d'absolu de couple qui pose de graves problèmes. Le dernier type de divorce conduit souvent à des situations bloquées où la souffrance peut se prolonger pendant des années au rythme d'épisodes dramatiques et de poursuites judiciaires. Ces situations demandent des médiations élargies à visée thérapeutique de réalisation difficile du fait des désordres cognitifs qui accompagnent ces situations.

L'expérience faite pendant 2 ans dans le cadre d'un projet de recherche a abouti à un échec partiel. Elle nous a pourtant permis de recueillir des renseignements fort utiles. Nous proposons aujourd'hui un nouveau modèle de médiation élargie dont l'élaboration a bénéficié des discussions que nous avons eues dans le cadre de supervisions au CERAS de Grenoble et au Centre d'Orientation et d'Action

Educative de Chambéry. Ce modèle a de ce fait de nombreux points communs avec le modèle récemment décrit par Gérard Aubrée et Philippe Taoufour dans cette même revue (1994). Le cadre d'intervention est pourtant fort différent. Il sera du point de vue de la recherche intéressant de suivre le destin commun de ces modèles d'intervention.

Philippe Caillé
Centre Luthérien de Guidance Familiale
PB 531
1301 Sandvika – Norvège

BIBLIOGRAPHIE

Aubrée G., Taoufour P. (1994): Il était une fois la médiation et c'est encore aujourd'hui, *Thérapie Familiale*, 3, pp. 223-251.

Briggs J., Peat F.D. (1991): *Un miroir turbulent – Guide illustré de la théorie du chaos*, Paris, InterEditions.

Caillé P., Hårtveit H. (1983): Difficultés de la relation de couple ou le visage sombre de Janus et Rien ne va plus... cinq couples à la recherche d'un nouveau texte. In: E. Rey (ed.), *La thérapie familiale telle quelle...*, Paris, ESF Editeur.

Caillé P. (1985): *Familles et thérapeutes – Lecture systémique d'une interaction*, Paris, ESF éditeur.

Caillé P. (1990): La famille plus un, ou l'espace de liberté du thérapeute, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 12, pp. 91-102.

Caillé P. (1991): *Un et un font trois – Le couple révélé à lui-même*, Paris, ESF Editeur.

Caillé P., Sørensen T. (1993): Recherche sur la thérapie de couple constructiviste, *Thérapie Familiale*, 1, pp. 31-51.

Caillé P., Rey Y. (1994): *Les objets flottants – Au-delà de la parole en thérapie systémique*, Paris, ESF Editeur.

Caillé P. (1994): L'adolescence et l'absolu familial, *Psychologie médicale*, 9, pp. 911-914.

Cirillo S., Di Blasio P. (1992): *La famille maltraitante*, Paris, ESF Editeur.

Derogatis L.R., Lipman R.S., Rickels K. et al. (1974): The Hopkins Symptom List (HSCL). In: Pichot P. (ed.), *A measure of primary symptom dimensions in modern problems in pharmacopsychiatry*, Basel, Karger.

Girard R. (1972): *La violence et le sacré*, Paris, Editions Bernard Grasset.

Ibsen H. (1867): *Peer Gynt*.

Le Moigne J.-L. (1994): *Le constructivisme: Tome 1: Des fondements*, Paris, ESF Editeur.

Miermont J. (1993): *Ecologie des liens*, Paris, ESF Editeur.

Miermont J. (1995): Dossier MCX V, « Autonomie, communication et cognition », Université d'Aix-Marseille III, GRASCE, URA CNRS 935.

Neuburger R. (1988): *L'irrational dans le couple et la famille*, Paris, ESF Editeur.

Neuburger R. (1995): *Le mythe familial*, Paris, ESF Editeur.

Varela F.J., Maturana H.R., Uribe R. (1974): « Autopoiesis: the organization of living systems », *Biosystems*, 5, pp. 759-764.

Wallerstein J.S., Berlin Kelly J. (1980): *Surviving the breakup. How children and parents cope with divorce*, London, Grant McIntyre.

LA PLACE DU PÈRE DANS LA FAMILLE ACCUSÉE DE NÉGLIGENCE: QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Sophie MARTINAT¹, Eddy SAINT-AMOUR², François MARCOTTE³

Ce texte fit l'objet en 1988 d'une conférence présentée dans un colloque sur la négligence. Cet événement se déroula au Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

Résumé: *La place du père dans la famille accusée de négligence: quelques pistes de réflexion* – Ce texte propose une réflexion sur la place du père dans la société québécoise à partir des observations et recherches de trois professionnels rattachés à un centre montréalais de services sociaux à la famille. S'appuyant sur une recherche historique sommaire portant sur la place du père en Occident, et celle du père dans la famille québécoise depuis 1650, ils analysent l'évolution de la place, de la fonction et de l'image du père québécois. Ils s'attardent aux familles dites « négligentes » ou à problèmes multiples pour y constater « l'exclusion-absence » du père. Ils proposent également une typologie ou plus exactement un ensemble de modèles de pères, dont plusieurs s'inspirent des modèles religieux catholiques et de leur interprétation encore actuelle dans la famille québécoise (famille divine – famille terrestre).

Summary: *An approach to the study of the father figure in neglectful families* – This article is a reflection on the father figure in Quebec society, following observation and research by three professionals working with a Social service Centre specializing in family services in Montreal. Based on a brief overview of the father figure in the Western world, and in the Quebec family since 1650, the authors discuss the evolution of the role and image of the father figure in Quebec. They focus on so-called « neglectful » or multiple-problem families, in which the exclusion or absence of the father is noted. A typology, or a set of father figure models, is suggested, several of which reflect Roman catholic models that still hold sway today in Quebec society (heavenly vs. earthly family).

Mots-clés: Familles – Paternité – Religion – Négligence – Québec.

Key words: Family – Paternity – Religion – Neglect – Quebec.

Et j'ai hâte à il y a quelques années...
L'avenir est aux sources.

Gaston Miron

¹ Psychologue (Ph. D.).

² Criminologue (Bacc.).

³ Travailleur social (Bacc.)

Parlons de la place du père dans une famille pas tout à fait comme les autres puisqu'elle est identifiée comme négligente.

Qu'est-ce qu'une famille négligente? On pourrait répondre très vite que c'est une famille qui ne répond pas pleinement aux besoins primaires de ses enfants. Dans la réalité quotidienne de nos interventions, la famille négligente se compose fréquemment d'une mère et de ses enfants. Le père est souvent absent, et parfois, la mère vit des relations amoureuses épisodiques plus ou moins satisfaisantes pour elle et pour les enfants.

La notion de négligence est très difficile à cerner, car c'est un concept flou et élastique. C'est un ensemble complexe de privations, d'omission de réponses adaptées aux besoins physiques, affectifs ou cognitifs de l'enfant. Cette notion réfère chez les auteurs à la notion d'omission passive, de carence.

Pour notre part, nous privilégierons la notion de négligence telle que proposée par Coutu et Massé en 1979, qui envisagent la négligence comme étant due à une «déficiency de la relation objectale», le parent carencé n'étant pas «ouillé» pour répondre aux besoins émotifs et relationnels de l'enfant. Autrement dit, la relation objectale fonde la capacité de donner une réponse adaptée à un besoin en permettant de saisir l'altérité de l'autre, l'altérité de l'enfant en l'occurrence, et donc d'identifier son besoin.

Cette qualité de la relation objectale semble souvent détériorée chez la mère carencée et négligente (Coutu et Massé, 1979). Cette détérioration touche tout autant la relation à l'enfant que celle établie avec le père de l'enfant, ou tout «autre» en général. Dans le cas qui nous occupe, nous allons nous centrer sur le père dans la famille négligente, puisque tel est notre mandat. En ce qui a trait à ce père, il rencontre sans doute, au même titre que la mère négligente, les mêmes handicaps pour ce qui touche à cette incapacité d'établir une relation objectale adéquate. Lui aussi est souvent carencé. Cependant, à la différence de la mère, il est souvent absent.

Nous explorerons successivement:

- nos ambiguïtés et difficultés face au père dans nos dossiers psychosociaux;
- les raisons de cette absence dans un éclairage clinique et socio-historique;
- l'impact indirect que pourrait avoir cette absence sur l'établissement de situations de négligence ou sur leur chronicisation;
- et enfin, nous analyserons ensemble les différentes voies possibles pour «introduire» le père dans la famille et dans nos interventions par la même occasion.

Les tentatives pour introduire le père ne doivent pas s'appliquer à la famille négligente en particulier, mais à toute famille, quelle que soit la problématique. Toutefois, avec ou sans père, la famille négligente est peut-être la plus caricaturale de l'absence du père.

Quelle est la place et la fonction du père dans nos dossiers psychosociaux, quelle que soit la problématique, pas seulement celle de la négligence? Toute le monde s'accorde à reconnaître qu'il existe une difficulté réelle à impliquer le père lorsque nous amorçons une démarche psychosociale d'intervention avec une famille. Que revêt cette difficulté? En quoi consiste-t-elle? Comment se traduit-elle?

- Est-elle due à une absence réelle du père? Par exemple, a-t-il quitté le milieu familial, s'est-il séparé de sa conjointe? Vit-il dans une autre ville, est-il remarié ailleurs?
- Ou est-elle due à d'autres raisons que son absence physique?
- Le père est présent, mais il refuse de venir aux rendez-vous qu'on lui fixe.
- Le père est présent, mais s'absente quand on se présente dans le milieu familial.
- Le père est présent, mais considère que les problèmes dans la famille et avec les enfants doivent être réglés par la conjointe.
- Le père est «écarté» par la mère qui ne veut pas qu'il soit inclus dans le plan d'intervention.
- Le père considère les interventions de nos services comme disqualifiantes, répressives ou en compétition avec lui...
- Le père peut aussi se trouver toutes sortes de raisons pour ne pas être là... (travail, horaires, etc.).
- Dans certains cas, le système familial commande différents symptômes dont l'exclusion du père.

Depuis quelques années, toutes sortes de disciplines mettent l'accent sur l'importance de la présence du père auprès des enfants et dans la famille. Avant 1960 au Québec, on ne disposait d'aucune recherche psycho-dynamique sur le père, à notre connaissance, mais plutôt d'études sociologiques traitant de la famille, teintées la plupart du temps d'éléments religieux.

Dans ces écrits, on notait la présence empathique de la mère auprès des enfants, alors que les professionnels touchant à la petite enfance sont alarmés par les répercussions sur l'enfant de l'absence paternelle. Les difficultés adolescentes en sont un exemple. Le père est important pour sa structuration, son équilibre et sa vie affective future. De même qu'il permet à l'enfant de s'extraire de sa relation avec sa mère qui, si elle reste fusionnelle, peut déboucher sur des conflits pathologiques.

Les préoccupations par rapport au père, au Québec, se retrouvent dans certaines mesures légales qui visent à le responsabiliser, dont:

- la Loi 183, contraignant le père à verser une pension alimentaire à la conjointe en cas de divorce;
- la réforme du droit familial;

• et encore dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, il y a une volonté récente d'impliquer le père. Une des mesures principales sous-jacentes à cette philosophie est celle de la signature d'ententes volontaires avec les deux parents et pas seulement avec la mère.

On pourrait toutefois se questionner sur ce que pourrait occulter cette volonté législative et sociale d'accentuer la responsabilité du père dans les réformes qui viennent d'être citées. Autrement dit, on pourrait s'interroger sur le « non-dit » de telles mesures qui visent officiellement l'introduction du père. On se questionne également sur la façon dont ces mesures sont perçues et appliquées dans la réalité.

Dans le quotidien de nos interventions, en ce qui a trait aux mesures volontaires par exemple, on constate que l'on va chercher le père dans un deuxième temps. Le plus souvent, la mère a déjà signé ces mêmes mesures avec l'intervenant. Est-ce que implicitement cela pourrait signifier que nous reconnaissons une certaine forme de supériorité ou de crédibilité à la mère?

Le plus souvent, la mère se trouve être la responsable légale de(s) l'enfant(s). Même si cette caractéristique ne veut pas dire qu'elle a tous les droits, on réalise dans les faits que celle-ci est « ressentie » comme telle.

Que signifie alors cette volonté officielle d'aller chercher le père, en lui faisant signer des ententes volontaires, principalement lorsque la mère est responsable légale, qu'elle a déjà signé les ententes volontaires et que souvent l'orientation de l'intervention est déjà fixée entre la mère et l'intervenant?

Rappelons également que dans la pratique quotidienne, les ententes volontaires à signer avec le père sont souvent perçues comme une formalité contraignante, un surcroît de travail. Dans certains cas, qui ne nous paraissent pas isolés, les ententes volontaires sont même adressées au père par la poste. Cette situation souligne bien toute la difficulté et l'ambivalence à introduire le père, illustre l'imprécision de la fonction paternelle dans notre société et l'ambiguïté des mesures légales qui en découlent.

Suite à ce qui vient d'être énoncé, et malgré ce qui apparaît comme étant des intentions louables à son endroit, nous réalisons que le père est amené à jouer, et peut-être exclusivement, un rôle « instrumental ». On lui demande d'endosser des décisions déjà prises, et par là même échouons dans notre désir de le voir authentiquement exercer ses fonctions.

Par « instrumental », nous comprenons qu'il joue un rôle accessoire, « opératoire », dans les limites d'un réel défini par la loi et sanctionné par les intervenants en accord avec la mère. Dans un tel contexte, il ne nous semble pas qu'on puisse parler d'une reconnaissance vraie du père dans ses potentialités, dans son droit de parole, ni dans son désir.

Ces quelques réflexions nous ont amenés à questionner la condition socio-historique des hommes et du père plus particulièrement, dans la famille et plus largement la Société, en vue de réaliser des liens avec notre pratique clinique.

Aspects cliniques

Ainsi que notre introduction le soulignait, nous voyons la négligence familiale comme un des symptômes possibles de l'absence du père.

Au sens où la négligence pourrait être perçue et comprise comme un phénomène révélateur d'un trouble fonctionnel familial, ce trouble fonctionnel étant l'absence du père dans la famille, absence réelle (il n'est pas là physiquement) ou absence dans le désir de la mère. Le père n'ayant pas de sens ou de valeur dans la mère, et n'étant pas de ce fait désigné par elle à ses enfants.

Pour illustrer cela, demandons-nous si nous avons dans nos dossiers des cas de mères pour qui le père est dangereux et rival par rapport aux enfants? Des mères qui dénigrent le père et le discréditent auprès des enfants parce qu'elles ont peur de les perdre? Des mères pour qui les enfants viennent remplir leurs manques, colmater leur angoisse, qui deviennent pour elles des partenaires, au même titre qu'un adulte? Des mères enfin qui clament en toute bonne foi que cet enfant est le leur parce qu'elles l'ont porté et ont souffert pour le mettre au monde?

Y a-t-il négligence parce que le père n'est pas là, aux deux sens où nous l'entendons, absence de père réelle et absence dans le désir de la mère? Ou est-ce l'absence du père qui entraîne dans ses effets l'installation de la négligence? La question reste entière et ouverte.

Si on regarde de plus près ce qu'est un père, quelle définition en est donnée dans les encyclopédies par exemple, on constate combien ce terme reste flou, vague, désignant une réalité très vaste. Dans le dictionnaire encyclopédique Larousse, le père est « celui qui a un ou plusieurs enfants ». L'accent étant mis sur une dimension avant tout biologique. Geneviève Delaisi de Parseval (1981) fait remarquer à quel point le vocabulaire est peu riche ou varié quant à définir l'expérience de paternité, ce qu'elle revêt et ce que signifie être père ou devenir père.

Même s'il y a encore peu de temps on ne parlait pas du père, ou seulement dans des cas de pathologie, un courant d'intérêt pour celui-ci commence à voir le jour. Des auteurs de disciplines variées telles que la psychologie, le travail social, la criminologie, la médecine, la psychanalyse, se penchent sur la personne et le vécu du père et agitent en quelque sorte la sonnette d'alarme.

Le père est réclamé et on s'accorde à lui reconnaître une place de premier plan dans la structuration du psychisme de l'enfant ainsi que dans sa socialisation. En ce sens, la fonction paternelle est décrite comme étant celle d'un **séparateur** entre l'enfant et la mère, assurant l'émergence de l'identité propre de l'enfant (Ebbing, 1978) (Figure 1).

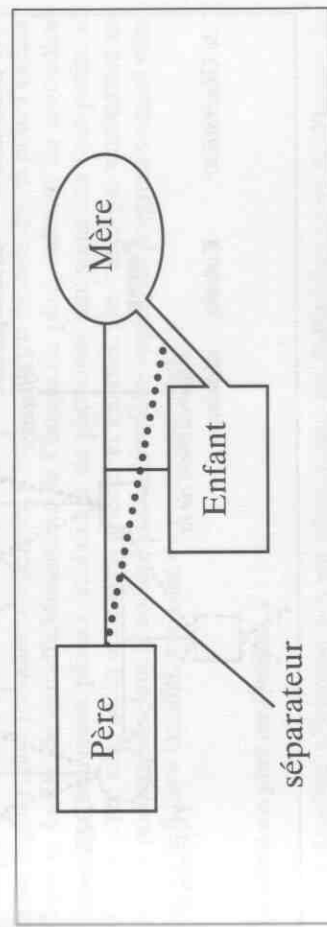


Figure 1.

Le père « décolle », en quelque sorte, l'enfant de la mère, et des études insistent sur l'aspect positif des relations précoces père/enfant comme favorisant la socialisation ultérieure. Les recherches sur l'attachement indiquent aussi que pour l'enfant, le père peut devenir la figure d'attachement principale s'il est socialement plus disponible à l'enfant que la mère (Bowlby, 1978).

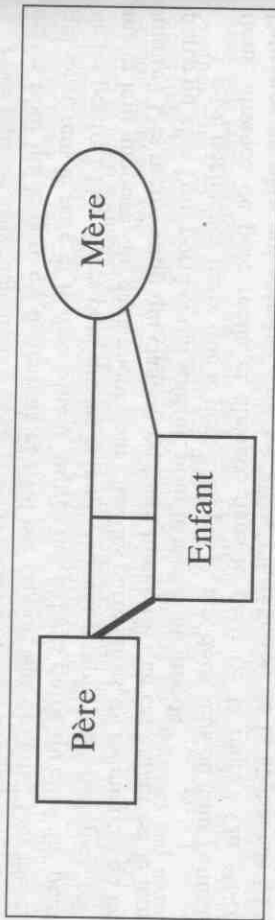


Figure 2.

Si nous faisons un rapide retour à la négligence, nous comprenons que l'omission de la présence du père peut avoir des conséquences fâcheuses. La présence du père se percevant alors comme une réponse aux **besoins primaires** de l'enfant.

Mais ainsi que nous l'avons remarqué, le père peut ne pas être là. Cette absence peut être la conséquence d'un choix qu'il fait, peut être la décision de la mère, celle du couple ou la conséquence d'un système dysfonctionnel. Cependant, hors du registre volontaire et conscient, nous pensons que les deux parents peuvent rencontrer des difficultés personnelles et inconscientes en lien avec une « déficience de la relation objectale » (Coutu et Massé, 1979). Au sens, où eux-mêmes comme sujets ont pu subir dans leur enfance une situation de carence paternelle; nous amenons ici l'idée que cette carence se répercute de génération en génération. (Figure 3). « Cette carence, si elle n'est pas réparée, impose en effet à la génération suivante le soin de pallier ses effets, et l'augmentation de cette forme de dette qui se constitue de la sorte, d'une génération à la suivante, ne fait qu'augmenter les difficultés de son règlement. » (Aldo Naouri, 1985).

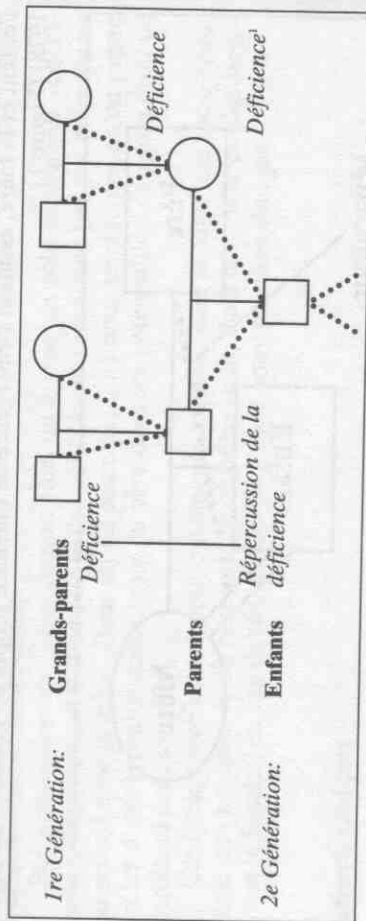


Figure 3.

.....: déficience.

On réalise ainsi à quel point la présence du père est importante; et malgré cela, des auteurs signalent que la mère reste le point déterminant en matière de parentalité. Au congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS), on déplorait l'absence notoire du père dans les recherches consacrées aux relations parents/enfants (Leroux, 1983).

D'un point de vue clinique, on peut affirmer que l'association mère/enfant, quand elle est exclusive du père, peut devenir destructrice et pathologisante.

La place du père en Occident

Nos sociétés occidentales, fortement industrialisées, ont mis sur pied des institutions spécifiques, visant la protection maternelle et infantile. Paradoxalement, ces mesures sociales novatrices ont eu pour effet d'affaiblir l'image du père.

Par exemple, et historiquement, on voit en 1885 (G. Delaisi de Parseval, 1981):

- dès 1850, la mère devient détentrice de l'autorité parentale en cas de séparation;
- disparaître le droit de correction;
- diminuer l'autorité du père dans la famille et le couple;
- reconnaître les filiations naturelles;
- se multiplier les contrôles administratifs et les enquêtes sociales;
- la notion de déchéance paternelle est introduite en 1889;
- ouvrir en 1912 des tribunaux pour enfants.

Pour Geneviève Delaisi de Parseval, la notion de père pouvant être insuffisant ou « carent » émergera avec la promulgation de ces nouvelles lois. Si l'on fait un rapide survol historique, on constate que la place et l'image du père vont largement évoluer, qu'elles subissent des bouleversements partout en Occident et qu'elles progresseront en général de la toute-puissance à leurs affaiblissements progressifs. Nous passerons du « Pater Familias de l'Antiquité », qui avait droit de vie et de mort sur les enfants, au père féodal, détenant son pouvoir de la représentation du Dieu chrétien, au Padre Padrone (« Père, Patron ») du XIX^e siècle, père chef d'entreprise. Puis à partir de l'industrialisation massive, le père quittera le milieu familial pour aller travailler au dehors, n'étant plus un modèle direct pour l'enfant. Dans la foulée de cet affaiblissement de l'image du père, naîtront les revendications des « nouveaux pères », réclamant de participer aux soins des tout-petits, et d'avoir, avec eux, accès à un vécu affectif et charnel. Les pères qui assumaient un rôle de pourvoyeur dans la société pré-industrielle vont alors progressivement réintégrer le milieu familial, mais sur un mode maternel.

La place du père au Québec...

Le Québec n'échappe pas au phénomène de l'affaiblissement de l'image du père. Cela se traduit notamment dans un malaise quant à la personne du père, au

fait qu'il est réclamé tout en suscitant beaucoup d'ambivalence; cela s'entend également dans une plainte provenant tout autant des hommes que des femmes qui fait état de son absence et du manque de modèles paternels.

La place du père dans la famille au Québec est mal connue. Ce sont souvent des historiens cléricaux qui ont parlé ou écrit sur le père et la famille et véhiculé une histoire souvent mythique de cette institution. La tradition historique et culturelle québécoise confère au père une place originale dans la famille et dans la société, en même temps que difficile à assumer et parfois souffrante. L'homme et le père québécois contemporains sont souvent dépeints comme en retrait, ayant choisi le repli sur le silence, ayant été livrés à des mouvements socio-culturels très forts, avec lesquels ils ont tendance à vouloir établir une rupture (Jacques Grand'Maison, 1982). Si l'on se tourne du côté de leur cheminement socio-historique, on voit qu'aux débuts de la colonisation (1600 environ), ils vivaient par nécessité ou par choix un modèle nomade d'existence, chassant, trappant, courant les bois, en contact étroit avec la nature et les indiens. Les premiers habitants vont développer un goût farouche de la liberté et des grands espaces. L'implantation de la première cellule familiale, composée du Sieur de Maisonneuve et de Marie Rollet, sera relativement tardive, vers 1642. Ce modèle de famille est d'abord mobile, les liens entre ses membres restant malgré tout très forts. La vie menée par ces premières familles est qualifiée de « vie de frontière » (Collectif Clio, 1982). Les femmes et les mères dans ce contexte vont développer une grande force de caractère et des qualités d'autonomie. Les enfants seront indépendants très tôt. Dès cette époque, on observe que la population masculine se maintient dans une certaine coutume d'extériorité par rapport à l'intimité familiale, aux femmes et aux enfants. (Figure 4).

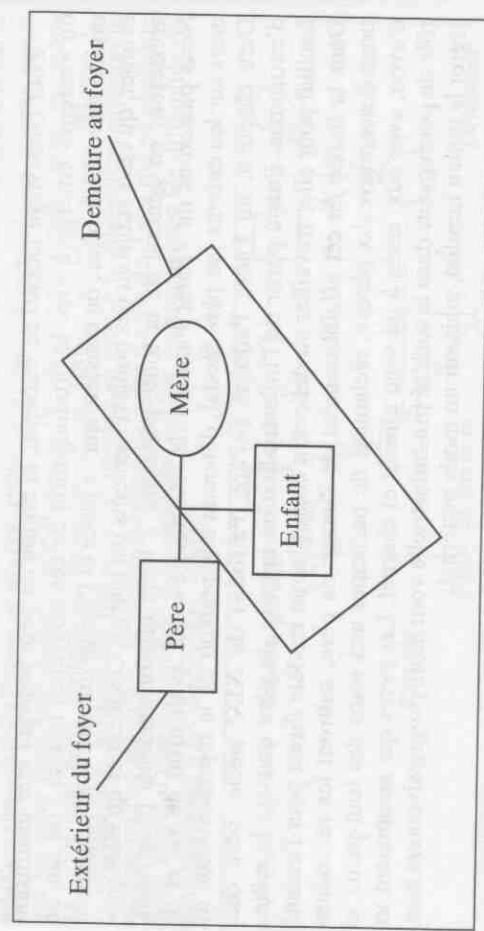


Figure 4.

La colonisation anglaise se produit en 1760. Cet événement sociologique n'est pas présenté par les historiens comme ayant eu des répercussions traumatisantes. La population continuera de parler sa langue et de pratiquer sa religion.

L'institution catholique et le clergé étendent progressivement leur pouvoir et la période suivant la révolte échouée des Patriotes (1837-38) sera présentée par les historiens de l'époque comme étant celle du « printemps de notre vie de peuple » (Nine Voisine, 1971). L'Eglise va étendre son emprise sur la collectivité et conférer à la famille ses caractères de stabilité et sa vocation agricole. Du nominalisme, on passera à la sédentarisation progressive de la population et à la survallorisation des valeurs traditionnelles dans la famille.

Désormais les deux concepts de patrie et de religion vont être associés et, selon l'historien Thomas Chapais (cité dans Nine Voisine), « un Canadien-Français qui n'est plus catholique après l'avoir été constitue une monstruosité, car il ne trahit pas seulement l'Eglise, il trahit la nationalité ».

On réalise qu'au plan collectif, la religion aura l'effet d'un « ciment », d'un collecteur d'énergie. Les trois fondements qu'elle privilégiera comme unificateurs de la famille seront « une foi, une langue, une terre ».

Aux plans individuel et familial, la religion va favoriser la mise en place de structures rigides. Elle va définir les rôles de chacun dans la famille, désigner une place à chacun de ses membres et en ce sens, va imprégner les modes de penser et d'agir. Des auteurs avancent (Colette Moreux, 1979) qu'il est possible de faire un parallèle entre le mode de fonctionnement familial de cette époque (et les valeurs qu'il privilégie) et le modèle de la famille divine. Comme si les deux niveaux pouvaient se superposer et se confondre. (Figure 5).

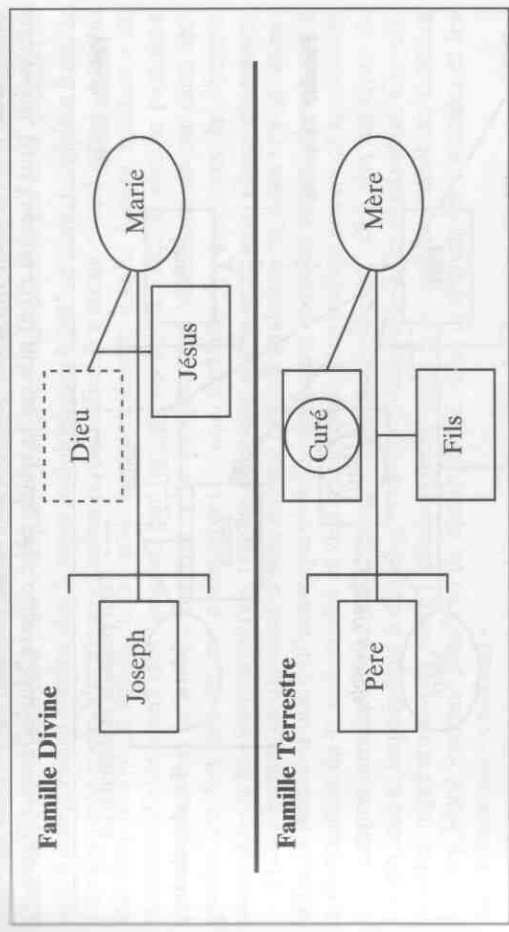


Figure 5.] signifie en retrait.

Ceci va engendrer une confusion de sens entre les valeurs et les personnes humaines et la dimension spirituelle et conférer de ce fait au père une place et des fonctions particulières dans la famille. On verra que traditionnellement le père va occuper une place autoritaire, mais en théorie seulement. En pratique, il semble

que ce fut davantage la mère qui « officiait »; elle était très investie émotionnellement, menaçait les enfants du père et ceux-ci se tournaient vers elle afin d'accéder au père.

Le discours religieux (repris par la mère) va renforcer la place autoritaire du père, le rendant du même coup inaccessible et redouté, autrement dit sur-représenté et absent. Le caractère sacré et divin du père se retrouvera dans des formules variées, telle celle de Lionel Groulx (1924), qui rappelle que si l'on cherche le secret de l'autorité si grande, presque redoutable du père, c'est que par en haut elle a des attaches vraiment surnaturelles.

On voit ici que le père est comme en prise directe avec Dieu, et que celui-ci devient ainsi un modèle d'identification à part entière; son représentant sera le curé, mais dans un registre terrestre cette fois-ci, devenant lui aussi un modèle identificatoire possible.

Pour le père lui-même, la mère et les enfants, nous voyons donc que la fonction paternelle pourra trouver une issue ou un compromis dans son exercice, du côté de l'image de Dieu et de la personne du curé.

Si l'on poursuit dans notre idée d'une superposition et confusion de sens entre famille terrestre et famille divine, nous rencontrons St-Joseph. Cela est reconnu, St-Joseph est un personnage populaire et apprécié au Québec. Geneviève Delaisi de Parseval, ethnologue et psychanalyste, auteure de nombreux ouvrages sur le père, voit St-Joseph comme un bon gars serviable et effacé. Il est le père adoptif de Jésus, mais pas l'homme qui le conçoit avec Marie. Sa fonction est en quelque sorte accessoire, tout l'accent étant mis sur la triade père céleste/Marie/Jésus. (Figure 6).

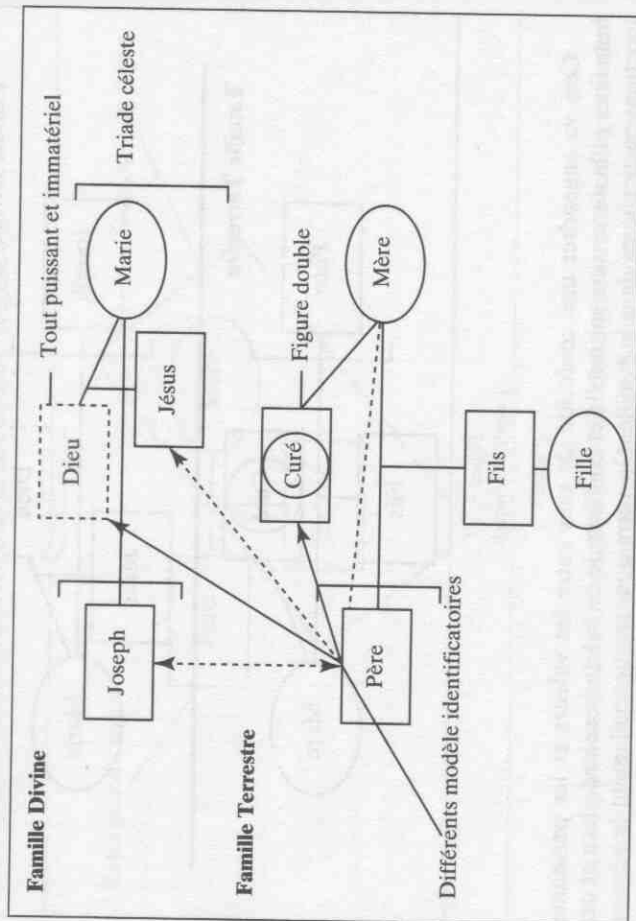


Figure 6.

Cette trilogie, associée à la présence de St-Joseph à ses côtés a été, selon nous, très présente dans le milieu familial québécois traditionnel, à un registre inconscient. Elle a marqué et orienté les rôles dévolus à chacun, ainsi que les valeurs morales qui les sous-tendaient.

Ces trois références religieuses, père céleste, St-Joseph, le prêtre, pourraient avoir été et être encore à des degrés variables, des pôles identificatoires disponibles aux hommes (et aux femmes), offrant des modèles auxquels se référer. Ce qui semble les définir, pour le père céleste, serait son immatériabilité, son évanescence. Pour St-Joseph, ce serait son caractère accessoire et pourvoyeur, son « absence d'implication sexuelle » auprès de Marie; et enfin, concernant le curé, ce serait son ambiguïté corporelle et sexuelle (Figure 6). Le prêtre, personne ambiguë quant à son identité sexuelle et niant dans le port de sa soutane sa spécificité masculine, jouait un rôle social et familial de premier plan. Le curé était le « Père » de la paroisse, le pont entre le père céleste et la famille terrestre. Les sermons de l'époque valorisaient l'abnégation de soi, le sacrifice, la souffrance et rappelaient constamment la dette envers Jésus, mort pour nous sur la croix. Ils insistaient auprès de la femme pour qu'elle procréé et invitait l'homme à laisser libre cours à ses instincts sexuels. Ainsi, le « Père » de la paroisse devenait omniprésent dans les familles et jusque dans la chambre à coucher. Il désignait de ce fait sa place au père tout en s'appropriant un rôle ambigu auprès de la mère.

Enfin, hormis ces trois références identificatoires d'inspiration religieuse, qui doivent être comprises comme « objets d'imitation », il nous a été possible d'en dégager deux autres d'orientation plus « laïque ». Celles-ci, tout comme les trois premières, sont à comprendre comme des formes sociologiques à part entière, produites à partir d'un contexte socio-historique et culturel particulier. Il y aurait sans doute eu possibilité d'en trouver d'autres; nous nous sommes limités à celle faisant référence au caractère d'extériorité des hommes par rapport au milieu familial avec la personne du « coureur des bois ». Et enfin, à celle évoquant les conditions de vie dans lesquelles les femmes furent maintenues à une certaine époque, avec la « femme enceinte » ou la « femme mère », rendue puissante par la succession de ses grossesses.

Pour résumer ce qui vient d'être énoncé jusqu'à maintenant, nous voyons apparaître, à défaut d'une référence paternelle, différents modèles sociologiques mis à la disposition de la collectivité et des hommes en particulier; ces modèles doivent être compris comme des sortes d'images archétypes venant offrir des solutions de compromis et imprégnant à des degrés divers le vécu masculin et paternel. Ces différentes représentations sont limitativement, mais non exclusivement au nombre de cinq. Nous verrons plus loin de quelle façon nous pourrions les identifier et les traiter dans nos « caseload ».

Le coureur des bois est instable et aventurier. Il n'est pas « père »; il est plutôt « fils » qui peut engendrer à l'occasion, mais part et laisse sa place vacante. Le modèle de « fils » est, rappelons-le, très valorisé aux débuts de la colonisation et renforcé aussi par l'arrivée tardive des femmes. Nous pensons que cet idéal de vie libre – rester fils – va continuer d'exercer un grand pouvoir d'attraction. Cette tendance, bien que souvent refoulée, se repèrera dans des difficultés majeures chez les hommes à assumer leur rôle de père et notamment à passer du statut de fils à celui de père.

D'autre part, le statut de fils pourrait être pour l'homme celui où il serait le plus en « sécurité », comme étant le mieux connu de lui: sorte de modalité où son « intérêt » serait le mieux assurée puisqu'il n'aurait pas à changer de registre*, en s'identifiant aux différentes représentations paternelles que nous évoquons plus haut (père céleste/curé/St-Joseph/mère). Il conserverait ainsi son vis-à-vis identificatoire en la personne de Jésus: un référant tangible. Mais que se passe-t-il quand ce fils devient un Père ?

Quant à la représentation de la femme enceinte, elle peut paraître surprenante. Cependant, elle nous semble en lien avec le pouvoir peut-être disproportionné qu'a pu conférer la capacité, hors du commun, à enfanter des femmes québécoises. Ce contraste est d'autant plus significatif que parallèlement à cette fécondité exceptionnelle, la situation sociale des hommes était dépréciée, les femmes devenant comme mères dépositaires de la survie du peuple. Michèle Lalonde rappelle que les mères vont désormais œuvrer pour une patrie, alors qu'en général la défense d'un pays se fait sur les champs de bataille occupés par des hommes.

Dans un registre inconscient, peut-on avancer l'idée que les ventres maternels auraient pu remplacer le champ de bataille ? On peut supposer que cette collusion de ces deux termes a pu faire germer chez les hommes un fort sentiment de culpabilité, un ressenti ambigu à l'égard des femmes et des mères, ainsi que créer de la confusion, entretenir chez eux des sentiments d'impuissance, de honte, de colère, ou de rage.

Cette suprématie biologique va donc conférer aux femmes un statut et une vocation particulière. Par ailleurs, du point de vue de la tradition religieuse, nous voyons qu'elles possèdent là encore un avantage sur l'homme. Contrairement à lui, la femme possède un référant identificatoire concret (palpable) en la personne de Marie (Figure 7). Par « concret », nous entendons que Marie possède un corps, donc une matérialité. Alors que le père céleste demeure impalpable, n'offre pas le même support identificatoire et référentiel aux hommes. Ce point d'ancrage corporel dans la personne (le corps) de Marie, permet l'établissement d'une lignée entre Marie et les femmes, ainsi que par rapport aux femmes entre elles. Marie est choisie par Dieu pour devenir la mère de l'Enfant Jésus et elle devient par la même occasion la « conjointe » de Dieu, participante de sa toute-puissance (Figure 7).

Cette filiation divine va conférer à la collectivité des femmes et des mères un statut privilégié dans la famille. Les femmes et les mères seront en un sens très soutenues par le consensus social, leur rôle de mère étant extrêmement valorisé et renforcé. On verra que la femme, dès qu'elle a acquis son statut de mère dans la famille, apparaît comme plus préoccupée par son rôle maternel que conjugal. Elle sera tantôt reine, tantôt gardienne du foyer. Le mariage sera un sacrement à l'intérieur duquel la sexualité sera mise au service de la procréation (Marinat, 1985). Selon Garigue (1967), la famille de cette époque favorisera « les valeurs de contrôle » et la « rationalisation de sentiments ».

L'homme et le père peuvent vivre, dans le courant de leur existence, des moments de crise identificatoire. La naissance d'un enfant pourrait en être une majeure. A la suite de notre exposé, nous voyons que, comme support à ces crises, peuvent émerger des modèles socio-historiques qui sont présents dans la société à des niveaux latents (Benedeck, 1959).

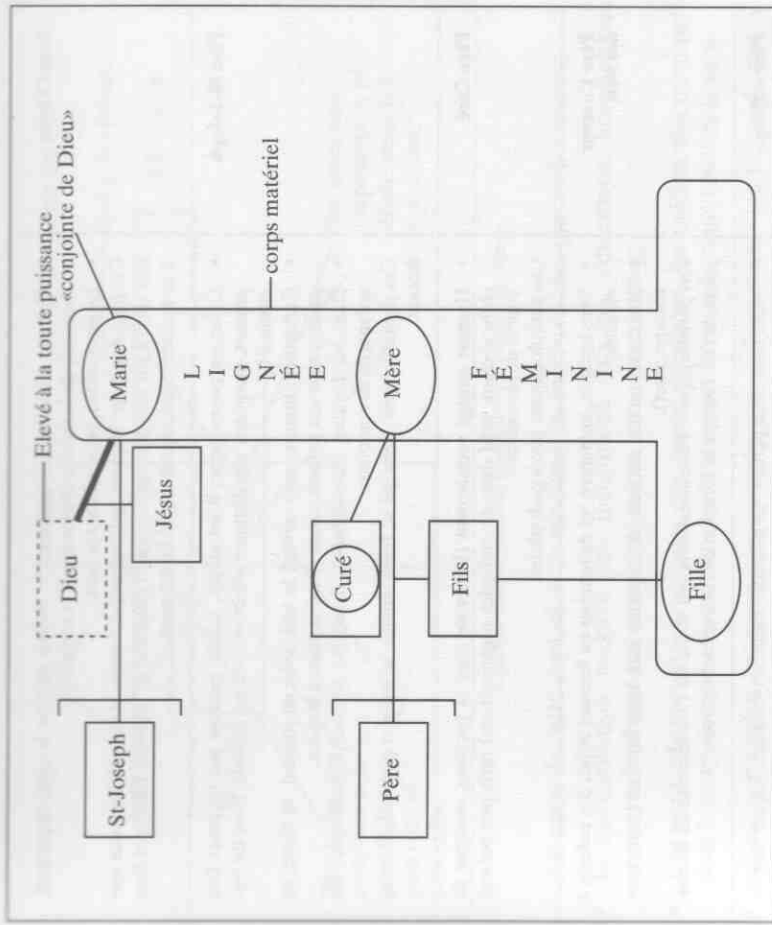


Figure 7.

... et dans nos dossiers psychosociaux

Nous voulons maintenant procéder à une sorte de mise en parallèle entre ces modèles identificatoires et la réalité paternelle de nos dossiers. Il est communément admis que nous n'avons pas les pères dans nos dossiers, ni dans nos interventions. Ils sont perçus comme absents et peut-être plus encore dans la famille négligente où nous avons fréquemment affaire à des mères « cheffes » de famille avec leurs enfants.

Mais derrière cette tradition du père absent, que se cache-t-il au juste ? Le père est-il vraiment absent ou peut-on le repérer derrière des formes sociales et collectives variées. Ces modèles référentiels que nous avons évoqués par exemple ?

Le tableau suivant se propose de présenter, derrière les cinq modèles identificatoires présentés, ce qui pourrait se révéler à nous comme réalités ou vécus de pères, et au-delà nous fournir des pistes précieuses dans nos interventions. Cette typologie de pères n'a pas de prétention scientifique et se propose davantage de susciter des interrogations, de mener à des réflexions. Rajoutons enfin que plusieurs de ces modèles peuvent se juxtaposer sans constituer une réalité de père dans nos dossiers.

Père Céleste	<ul style="list-style-type: none"> • Homme machiste, dominateur. Se définit comme le chef incontesté, l'autorité de la famille (Pater familias romain). • Le mari jaloux, possessif, suspicieux. <p>Cas pathologiques: Homme qui violente sa femme et ses enfants parce que très centré sur son pouvoir. Confond paternité et pouvoir. Résistant face à nos services perçus comme de l'ingérence.</p>
Père St-Joseph	<ul style="list-style-type: none"> • L'homme pourvoyeur; il est stable, fidèle, peut ne pas toujours être présent, maintient une distance affective avec ses enfants. Père dit traditionnel. • Caricature: homme assis devant la télé, avec un journal, sa bière, ne parle jamais aux enfants, laisse toute la place à la mère. • Dans les familles reconstituées, il accepte inconditionnellement les enfants de sa conjointe. <p>Cas pathologiques: Père qui se laisse abuser, se soumet pour satisfaire sa femme.</p>
Père Curé	<ul style="list-style-type: none"> • Homme engagé socialement (bénévole dans sa paroisse, membre de clubs sociaux, actif dans de multiples organisations) mais peu présent auprès de ses enfants. <p>Cas pathologiques: pères pédophiles.</p>
Père Coureur des bois	<ul style="list-style-type: none"> • Père instable, immature, va de femmes en femmes et fait des enfants à chacune. • Il est resté un fils. Attitude délinquante face à nos services (fuite, boycottage, rejet). <p>Cas pathologiques: Père incestueux qui abuse de l'adolescente de sa conjointe de fait. Occupe la fonction de fils avec les femmes.</p>
Père «Mère»	<ul style="list-style-type: none"> • « Les nouveaux pères »: en minorité dans nos dossiers. Jouent un rôle positif. Ces pères accèdent à leur pôle féminin-maternel en s'occupant de leurs enfants. Découvrent la polyvalence des rôles père-mère. • Pères dans les familles séparées/divorcées ayant la garde partagée des enfants. <p>Cas pathologiques: Père qui s'accapare « tout » le rôle maternel.</p>

Tableau 1: Modèles possibles de pères.

La société québécoise a subi dans la période de la Révolution tranquille (entre 1960 et 1970) un véritable séisme. Des mouvements idéologiques très forts vont proposer une redéfinition des rôles, dans la famille en particulier. Toutes les valeurs traditionnelles seront remises en question, notamment celles touchant à la fonction du père et de la mère. La place occupée par l'Eglise sera remise en question. Certains mouvements intellectuels et politiques porteront un regard critique sur le passé et vont définir un projet de société nouvelle. La société québécoise entrera dans l'ère de la modernité. D'un modèle culturel de type linéaire et traditionnel, on passera à un modèle culturel mosaïque ou éclaté (pluraliste). Tous ces bouleversements favoriseront l'émergence de nouveaux modèles de pères, de nouvelles formes de paternité, de nouvelles familles.

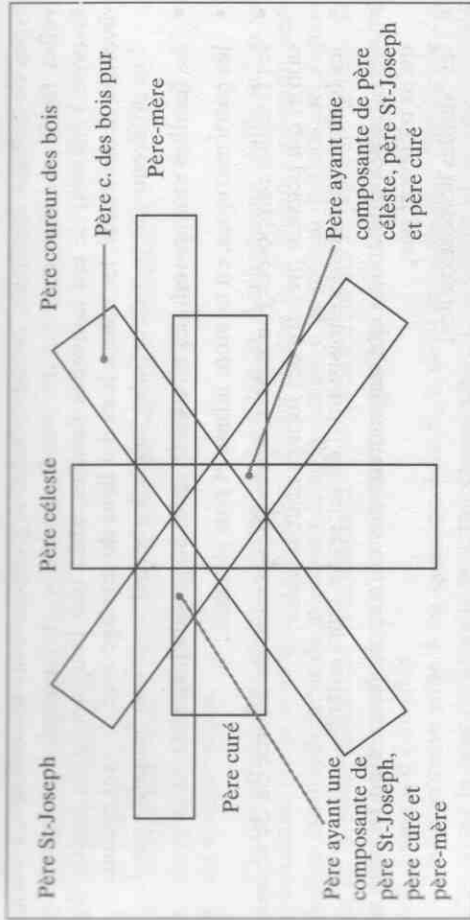


Figure 8: Superposition possible de modèles de pères.

Au cœur de cette explosion de modèles, on retrouve plus particulièrement:

- la sécularisation massive des institutions sociales, éducatives, hospitalières (nous reviendrons sur ce sujet plus loin dans notre texte);
- une véritable révolution au plan des communications, les médias électroniques font leur apparition et ouvrent une brèche sur le monde, dans tous les foyers;
- révolution également pour ce qui touche à la scolarisation. Une fièvre de rattrapage s'empare de tous, et dans tous les métiers, et on passe à plus de 90% d'individus scolarisés pour 30% d'analphabètes en 1936;
- des mouvements très forts, socio-politiques, tels que les mouvements féministes américains, proposeront une nouvelle définition des modes de pensée et d'agir des femmes. Ceux-ci amèneront entre autres une entrée massive des femmes sur le marché du travail;
- le Québec, comme le reste de l'Occident, vit les bouleversements de la révolution sexuelle. La sexualité qui était demeurée jusque là un sujet tabou, entre dans le registre public. Les anovulants font leur apparition vers les années '60 et suscitent des redéfinitions majeures dans les relations hommes/femmes. On assiste en effet à l'émergence d'une grande permissivité sexuelle, le contrôle des naissances dépend de la volonté des femmes, la famille traditionnelle éclate et le nombre des divorces monte en flèche.

La structure familiale subit des bouleversements. Peu d'auteurs s'entendent sur les modalités de ces transformations touchant sa structure. Cependant, il semble bien que d'une famille élargie dans un Québec rural, nous soyons passés à un modèle familial de type nucléaire en milieu urbain.

types de cellules familiales, communément regroupées sous le vocable de « nouvelles familles ». Une conjoncture sociale, politique et économique supporte et favorise l'éclatement de ces nouvelles familles, ainsi que l'augmentation rapide des divorces, la dénatalité, les unions hors des liens du mariage avec des enfants. Ces différentes formes de cellules familiales seront, mais non limitativement :

- les familles monoparentales matricentriques en grande majorité;
- les patricentriques, en nombre infime et plus récentes;
- les familles composées (ou mixtes) après un jugement de divorce ou de séparation et qui peuvent prendre des formes multisociales;
- les femmes célibataires choisissant d'élever seuls leurs enfants;
- les hommes célibataires qui engendrent des enfants de femmes en femmes et qu'ils n'élèvent pas;
- les familles homosexuelles;

et enfin un modèle de famille qui touche de près les intervenants :

- les familles dont les enfants sont placés en famille d'accueil, avec:
- les 2 parents biologiques;
- les 2 parents divorcés;
- 1 parent biologique et 1 nouveau conjoint.

Actuellement, les statistiques nous révèlent que les familles nucléaires composées des deux parents biologiques et de leurs enfants sont en passe de devenir minoritaires. En résumé, une des caractéristiques communes à ces nouvelles formes de famille nous paraît être l'exclusion du père, au sens où les enfants sont majoritairement élevés par leurs mères. D'autre part, il faut souligner que des recherches récentes avancent l'idée que le père est absent de plus en plus tôt dans la vie de l'enfant. On voit fréquemment des séparations survenir dans les premières années de vie de l'enfant, sinon pendant la grossesse.

Dans la foulée des bouleversements amenés par la révolution tranquille, on assiste aussi à la chute de l'Eglise. Les églises se vident. La pratique religieuse est abandonnée, les religieux et les prêtres quittent leurs ordres, perdent leur pouvoir et leur soutane. Les curés accèdent ainsi à une représentation corporelle plus masculine, délaissant de ce fait l'ambiguïté entourant le port de l'habit religieux. On passe d'un Dieu vengeur à un Dieu amour. Cette évolution a un impact certain sur l'exercice des fonctions masculines et paternelles, l'homme n'étant plus confronté comme dans la famille traditionnelle à ce référent ambigu qui travaillait sans doute bien inconsciemment à châtrer le père.

Les pistes de réflexion et de solution

Nous arrivons au terme de cette présentation et nous nous posons la question du « comment faire » dans les cas de négligence. Il nous semble important de comprendre celle-ci en tant que symptôme, signe, indice d'un dysfonctionnement.

Ce symptôme peut se manifester aux niveaux :

- individuel (père/mère/enfant);
- de couple conjugal;
- de couple parental;
- du système familial considéré comme un tout (une personne);
- du système familial élargi (avec les familles d'origine);
- du système social.

Ce symptôme devrait être analysé, autrement dit, il serait souhaitable qu'on se questionne sur le sens de ce symptôme et sur ce que la négligence pourrait permettre éventuellement de maintenir dans la famille à un niveau dynamique. A partir de là, notre démarche nous amène à nous questionner sur le père, sur le sens de sa présence et/ou sur celui de son absence en rapport avec les différents registres qui viennent d'être cités.

Enfin, comme suite à ce questionnement, il devient nécessaire d'observer ou d'analyser le sens du lien qui pourrait exister entre la présence et/ou l'absence du père et la négligence dans la famille.

Par exemple, une famille où le père est présent et assume sa fonction et ses rôles de père, est-elle potentiellement moins négligente qu'une famille où la mère serait seule avec les enfants? Il nous est impossible de répondre à une telle question, aucune recherche, à notre connaissance, n'ayant été faite à ce jour sur le sujet.

Cependant, on peut observer quotidiennement dans nos dossiers des situations de négligence où la mère et les enfants présentent des difficultés personnelles majeures, et où le père n'est pas là physiquement. Est-ce que la succession de ces trois phénomènes nous autorise à déduire que le père peut avoir un impact indirect sur la situation de négligence? Ou même, en allant plus loin, que la négligence pourrait être moins installée ou moins chronique s'il était présent?

Notre expérience clinique nous amène à faire l'hypothèse que la présence du père, ou d'un homme significatif, pour l'enfant dans la famille (et pour la mère) pourrait avoir un impact positif, et peut-être endiguer l'installation ou la chronicisation des situations de négligence.

Il existe des facteurs freinant l'implication du père tels que tous les clichés, stéréotypes qu'on véhicule à son sujet: le père étant présenté comme irresponsable - immature - violent - ne communiquant pas - ne dialoguant pas - ne comprenant pas - n'a pas le tour avec les enfants - ce qui est significatif est que la femme ou la mère « a le tour » avec les enfants.

Comme intervenants, homme ou femme, face au père, nous avons à nous situer. Nous pouvons être piégés dans notre désir d'introduire ou non le père, n'arrivant pas à analyser et à nous dégager de certains préjugés.

Notre rôle comme intervenant est complexe, face à lui ou à la famille dans son ensemble, car nous sommes amenés à jouer simultanément deux rôles parentaux que l'on pourrait comparer aux rôles paternel et maternel de contrôle et de support.

• Comme intervenant, il nous semble important de changer notre « carte topographique » à l'égard du père et de l'homme. Notre conception du père doit évoluer, ceci étant la condition nécessaire pour générer du changement chez la mère chef de famille.

- Introduire le père, c'est d'abord le **nommer** dans nos interventions. Parler de lui avec la mère, avec l'enfant, dans le système familial en tout cas, l'évoquer en tant que réalité, même s'il n'est pas présent; permettre à la mère et à l'enfant d'élaborer sur le père.
- Regarder chez la mère, son désir pour le père, quelle place occupe-t-il pour elle?
- Regarder chez l'enfant, son désir pour son père, comment en parle-t-il?
- Renforcer le père dans ses rôles, mais aussi s'intéresser à sa filiation, à son vécu, à son désir d'enfant. Quel sexe, fille ou garçon? etc. En tout cas, se tourner vers son désir ou son non-désir « d'être père ».

Dans des solutions très concrètes, on peut proposer que l'introduction du père soit amenée d'emblée dès l'accueil. Que les personnes responsables de l'accueil soient sensibilisées à l'importance de la présence du père et à sa participation dans le plan d'intervention.

Toujours dans le registre du « cadre », il serait souhaitable de favoriser des rencontres père/enfants à nos bureaux. Des groupes de sensibilisation sur la condition masculine et paternelle pourraient être mis sur pied où le vécu de ces pères serait entendu, etc. Enfin, introduire le père pourrait être aussi conditionnel à l'abandon de certaines attitudes: chez les intervenants, chez la mère également, en ce qui a trait particulièrement à la « toute-puissance ». Que la mère cesse d'espérer répondre en tout aux besoins de ses enfants, cesse de vouloir combler tous les manques. Que l'intervenant cesse par exemple de désirer « réparer » et d'être entièrement « bon » pour la mère, les enfants.

A ces conditions, un « espace » pourrait se libérer où le père pourrait exercer ses fonctions auprès des enfants et de la conjointe⁴.

Dans la pratique (Echange avec l'auditoire)

Suite à la présentation, les participants à l'atelier se sont penchés sur l'importance à accorder au père dans l'intervention pratiquée en contexte de négligence. On y a évoqué, entre autres, la difficulté qu'il y a à introduire ce père, qu'il soit présent mais assumant surtout un rôle « instrumental », qu'il soit réellement absent ou alors absent dans le désir de la mère.

On a rappelé le haut taux de divorce (37%), le nombre important de familles monoparentales (20,8% au Québec en 1988 dont 82,5% avec mère chef de famille) de même que l'incidence élevée de monoparentalité (43,7% [Mayer-Renaud, 1985]) dans la famille négligente.

⁴ Cette première partie du texte a été rédigée par les conférenciers de l'atelier 4.

Plusieurs enfants bénéficiaires du Centre de services sociaux du Montréal métropolitain vivent donc dans une famille où le père biologique est absent et a peut-être fait place au conjoint de la mère. Il est important d'évaluer dans ce cas la place qu'occupent dans la vie de l'enfant le père biologique absent et le conjoint de la mère. Ce dernier peut être une figure de père, une présence masculine significative pour l'enfant; il peut faire une différence s'il décide de s'impliquer.

Lorsqu'il y a succession de conjoints auprès de la mère, cela risque de créer beaucoup de confusion chez l'enfant.

Il est, dans l'un comme dans l'autre cas, primordial pour l'enfant qu'il sache qui est son père biologique qui ne vit pas avec lui, sans toutefois nier l'attachement réel qu'il pourrait avoir pour le conjoint de sa mère devenu personne significative pour lui. Il peut être opportun de plus d'aider l'enfant à faire le deuil du père biologique si c'est cela la réalité. Toutes ces stratégies d'intervention doivent bien sûr prendre en compte l'âge et la situation de l'enfant.

Diverses circonstances de vie ont été mentionnées. Si le père a abandonné la mère au début de sa grossesse et que la mère a vécu avec plusieurs conjoints, comment alors introduire un père symbolique auprès de l'enfant? Quand la mère, de plus, ne veut pas nommer ce père? Il est alors essentiel de travailler la question auprès de la mère pour qu'elle puisse arriver à parler de ce père biologique avec l'enfant.

Il y a lieu de reconnaître les craintes et l'angoisse que cela peut susciter chez la mère, de voir avec elle les conséquences pour l'enfant de ne pas avoir de père, de ne pas le connaître. Importance donc pour la mère de pouvoir parler à l'enfant de son père, de ses racines car cela le rassure. De cette façon, l'image du père se concrétise dans l'esprit de l'enfant. Il faut de plus, en tant qu'intervenant, éliminer toute attitude discréditante face à la mère en rapport avec certaines situations, telle une mère enceinte d'un troisième enfant dont les deux pères précédents sont différents.

On retrouve, à travers nos dossiers « négligence », beaucoup de femmes qui tentent de faire disparaître complètement de leur vie le père biologique ou qui en traitent une image négative à l'enfant, alors que cet homme existe et qu'il pourrait même être prêt à s'impliquer. On suggère alors d'amener la mère à considérer le fait que cet enfant n'a pas été fait que par elle et que ce père a sa place dans la vie de cet enfant.

Rejoindre les pères dans nos interventions s'avère difficile. Parmi les moyens, on a proposé:

- de poser notre cadre en l'introduisant dès l'accueil. S'il n'est pas présent (père symbolique), on peut le nommer, l'évoquer. Il est un personnage central dans le système famille;
- s'il est présent, de le renforcer dans son rôle: en s'intéressant à son vécu, en considérant son désir de l'enfant, son désir ou son non-désir d'être père, en explorant sa perception de lui-même en tant que telle...;
- de créer des groupes de pères où il sera possible pour eux de parler de leur masculinité, de leur paternité, de leurs difficultés d'identification à cet égard, de l'acceptation de leur génitalité;

- de susciter des rencontres père-enfants;
- d'être attentif à la tendance que l'on peut avoir d'introduire le père en ne lui rappelant que ses obligations, ses échecs..., ce qui est peu valorisant;
- de se rappeler la difficulté qu'ont plusieurs d'entre eux à identifier et exprimer leurs sentiments. Ceci fait appel à une attitude ouverte et empathique de la part de l'intervenant et à l'acceptation de cette dynamique.

On constate que dans certaines situations, il sera nécessaire pour l'intervenant comme pour la mère de faire le deuil de leur toute-puissance, il s'agit là de la condition pour qu'un espace se libère pour faire place au père.

On observe enfin qu'il est difficile pour le père dans la famille négligente d'accepter au départ l'aide d'un intervenant masculin alors que la mère cherchera, quant à elle, l'image du père chez cet intervenant. Des problèmes se posent face à l'intervention auprès de familles monoparentales avec mères chefs de famille lorsque des intervenants de sexe masculin y sont impliqués. Il s'agit pour ceux-ci de bien clarifier leur rôle en début d'intervention puisqu'il n'est pas question de se laisser impliquer dans un rôle de père substitut que la mère voudrait leur faire jouer face à l'enfant.

On se questionne, en dernier lieu, sur les conséquences différenciées de l'absence du père pour les garçons et pour les filles. Dans la littérature, on a surtout mis l'accent sur le garçon. Par contre, la conséquence sera vécue par la fille, croit-on, dans le choix de son conjoint futur et dans son « désir d'enfant ».

Il ressort de cette amorce de réflexion, qu'il faut rejoindre le père dans nos interventions pour des raisons variées autres que pour une question de pension alimentaire ou de responsabilité parentale. Dans nos interventions, nous sommes conscients que le père a tendance à fuir, à se dérober aux questions (concernant les enfants) en les remettant à la mère – « réponds toi ». C'est pour cela qu'il faut l'aider à prendre conscience de l'importance de son rôle et lui permettre d'exprimer ses sentiments en adoptant une attitude accueillante et empathique.

Eddy St-Amour
6897, rue de la Roche
Montréal Qc H2S 2E5
Canada

BIBLIOGRAPHIE

- Benedek H. (1959): Parenthood as a development phase – a contribution to the libido theory, *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Bowlby J. (1978): *L'attachement et la perte*, vol. 1, Paris, P.U.F.
- Collectif Clio (1982): *Histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Éditions Quinze.
- Coutu G., Massé A. (1979): De l'incompétence parentale à la compétence parentale. *Cahier de pédo-psychiatrie de l'hôpital Ste-Justine*.
- Delaisi de Parseval G. (1981): *La part du Père*, Seuil, Paris.

Ebinger P. (1978): Aspects psychopathologiques de la Paternité, *Descendance et natalité, Confrontations psychiatriques*, 16 (Special) Paris.

Garigue P. (1967): *Analyse du comportement familial*, Presses Universitaires de Montréal, Montréal.

Grand'Maison J. (1982): *La révolution affective et l'homme d'ici*, Éditions Lemeac, Montréal.

Groulx L. (1924): *Notre Maître, le Passé*, Bibliothèque de l'Action Française, Montréal.

Lalonde M. (1969): Le Père: le mythe du père dans la littérature Québécoise, *Revue Interprétation*, Vol. III, Montréal.

Leroux (1983): *Association canadienne pour l'avancement des sciences*.

Martinat S. (1985): *Paternité et contexte religieux au Québec*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Montréal.

Martinat S. (1985): Quelques aspects cliniques de la problématique paternelle dans la société Québécoise contemporaine, *Santé Mentale au Québec*, 1, Montréal.

Mayer-Renaud M., Berthiaume M. (1985): *Les enfants du silence: une revue de la littérature sur la négligence à l'égard des enfants*, édité par le Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, Montréal.

Moreux C. (1969): *Fin d'une religion? Monographie d'une paroisse Canadienne-Française*, Université de Montréal, Montréal.

Nicouri A. (1985): *Une place pour le père*, Seuil, Paris.

Voisine N. (1971): *Histoire de l'Eglise catholique au Québec, 1608-1970*, Fides, Montréal.

LA FRATRIE D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE

Muriel MEYNCKENS-FOUREZ¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- « les espoirs irréalistes du progrès ;
- l'ennui causé par la présence du handicapé ;
- le degré de frustration lié à l'absence de réalisation des aspirations parentales, ou fraternelles ;
- le stress psychologique causé par la présence de l'enfant ;
- la résignation et les sentiments de honte et de culpabilité. » (*Ibidem*).

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

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

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

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

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

Qui plus est, au sein même de la fratrie, chacun cherche aussi, plus ou moins consciemment, à se situer l'un par rapport à l'autre, dans l'instabilité ou au contraire dans l'opposition, la confrontation, comme dans l'adage, « être aimé, être aimé ».

Immergés dans le bain des valeurs familiales, les enfants peuvent les mettre en pratique, les questionner, voire les rejeter, et leurs comportements vont persister dans leur entourage des réactions d'émerveillement ou au contraire d'inspiration, privilégiant un certain type d'interactions car au moins ce n'est pas de l'indifférence.

Cherchant parfois à prendre une place « extraordinaire » au sein de la fratrie et à avoir tous les regards des parents sur eux, chaque enfant veillera à se comporter mieux que son frère ou sa sœur, ou en réaction à ces derniers, adaptant alors plus ou moins inconsciemment l'attitude opposée. Si l'un travaille mal à l'école, l'autre pourra mettre toute son énergie à briller, au prix de sacrifier certains intérêts personnels, si l'un est négligent, l'autre pourra devenir obsessionnel, si l'un a dû jouer un rôle parentifié, l'autre pourra rester infantile et se reposer sur l'enfant parentifié..., et réciproquement.

L'expérience montre que dans des familles où un enfant présente une maladie, ou un handicap, certains dans la fratrie cherchant une position active, occuperont un rôle parental, se positionneront du côté des soignants ou des éducateurs, d'autres du côté de ceux qui posent problème...

Le jeu d'identification en imitation ou en opposition ainsi que la « honte » pour tenter d'obtenir la meilleure place dans le cœur des parents, se manifestent, soit dans l'envie de les aider, voire d'être meilleur parent, ce qui peut être source de grosses tensions autour de la question : « Qui sera le plus compétent non seulement pour gérer les difficultés liées au handicap, mais encore pour l'ensemble de la conduite éducative ? », alimentant une rivalité terrible entre parent et enfant, rivalité encore présente à l'âge adulte ; soit en les inquiétant par le comportement ou des troubles psychologiques.

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

- Deux dangers guettent toute famille où un enfant préoccupe plus qu'un autre :
- celui de la surprotection où les parents (mais le plus souvent, un des deux) se montrent très proches de celui qui pose problème ;
 - celui du rejet.

En ce qui concerne la surprotection, le risque est :

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

permis, attisant la jalousie des autres, et faisant naître chez ces derniers le sentiment de ne jamais être reconnus dans leurs difficultés et leurs questions;

- de s'isoler du reste de la famille, avec le danger d'enkystement, et d'éloignement de la fratrie ou du conjoint;

- d'augmenter l'incompétence du handicapé face à la surcompétence du parent et en raison du manque d'expériences qu'il aurait pu vivre;

- pour un enfant en internat, d'être l'objet de convoitise si les autres constatent que tout tourne autour de lui le week-end de retour, que la famille se referme et que l'ambiance familiale n'est plus bonne.

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

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

Les relations fraternelles sont souvent empreintes de rivalité, ce qui est à la fois, normal, nécessaire et difficile à supporter, surtout pour l'observateur, *a fortiori* si celui-ci est un parent, et qu'il rêve d'une famille sans disputes.

Bien souvent, des enfants qui se disputent, se battent même, s'ennuieront en l'absence de l'autre, feront bloc contre les agressions, à l'extérieur; mais les adultes peuvent avoir envie d'intervenir, de calmer, et en cela, risquent d'envenimer la situation, d'empêcher que les frères et sœurs trouvent un compromis et que le conflit fasse place à une entente.

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

On peut ainsi trouver:

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

- *La rivalité de corps à corps*, chez l'enfant petit, vers 2-3 ans lorsqu'il traverse sa phase sadique, ou chez le plus grand, lorsque l'impulsivité fait place au combat.

- *L'agressivité verbale*: paroles de haine, souhait de mort, injures, mépris: «T'es pas fou!» - «T'es stupide»... ce qui pour l'observateur ou le récepteur, peut prendre une allure dramatique *a fortiori* s'il y a un élément de réalité dans ces injonctions.

- *Déplacement de l'agressivité* vers d'autres personnes ou objets: camarades de classe, animaux, jouets... (mutilation de poupée).

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

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

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

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

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

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

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

- *Retournement en contraire*, avec refoulement des pulsions agressives dans l'inconscient, ce qui peut provoquer une inhibition de toute l'activité pulsionnelle du sujet qui n'a alors plus de dynamisme vital et part battu d'avance. Ceci demande un grand contrôle, le sujet se tient sur ses gardes et éprouve une sourde angoisse de culpabilité. Il tâchera de la calmer en développant les tentatives opposées à celles qui sont refoulées.

Il donnera par exemple beaucoup d'affection, et développera une complète docilité aux appels des parents à la gentillesse. Nous aurons alors un enfant «trop sage», lent, distrait, timide, avec parfois des symptômes obsessionnels, enfant qui peut en arriver à refuser toute forme de compétition, ce qui peut le conduire à l'échec scolaire. Ou au contraire l'enfant peut devenir triste, grognon, jamais content des autres ni de lui-même, pleurer, présenter des dou-

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

Comme cette petite fille de 7 ans, dont les parents avaient consulté pour le frère de 4 ans présentant un retard de développement, et qui devenait morose et négative alors qu'elle avait toujours été la petite fille modèle.

Nous apprenons ainsi qu'il est demandé à cette petite de tout passer à son frère, au point même que les parents organisaient des concours de vitesse pour l'habillage, en demandant à leur aînée de commencer plus tard pour laisser gagner le petit. Autant dire que l'aînée se vivait très mal et que le petit garçon ne s'y retrouvait nullement dans les notions de grandeur.

Une séance a permis de mettre en évidence la grosse crainte des parents de voir leur aînée se désintéresser, voire rejeter le petit frère à problèmes comme les frères du papa avaient fini par couper les ponts avec ce dernier pour d'autres raisons.

Ce dernier point montre que ce qui se joue dans la fratrie peut prendre place dans l'histoire d'autres fratries.

Dans le cas d'une famille où un enfant est souffrant ou présente un handicap, plus qu'ailleurs, les affects négatifs sont moins autorisés. Chacun, parent comme enfant, tâchant de garder secrets pour lui-même et pour les autres, son malaise, ses questions, sa souffrance, sa colère.

Et pourtant, chacun peut à certains moments avoir bien envie de crier et de se sentir reconnu dans sa détresse.

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

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

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

Régression: le retour à un état de développement antérieur, ramène en quelque sorte l'enfant à une époque de sa vie où il n'existait pas encore de conflit avec le frère ou la sœur, et en même temps, il revendique par là une égalité de soins. Mais c'est aussi une manière d'imiter ce qu'il admire, nous dit F. Dolto, et il admire ce que ses parents admirent, c'est-à-dire l'enfant dont on prend tant soin.

Ce que nous pouvons constater dans les familles avec un handicapé, c'est qu'un frère ou une sœur peut chercher à être mal d'une autre manière en étant très difficile, en ratant à l'école, en présentant des symptômes... bref en interpellant les parents avec ce qui les préoccupe ou en tous cas, les mobilise. Les parents peuvent alors donner l'autorisation de grandir et dédramatiser en orientant les enfants bien portants vers d'autres univers, en s'ouvrant eux aussi à d'autres intérêts.

L'identification progressive: est le processus inverse, il émane du désir d'être plus grand, plus fort que l'on est.

C'est dans ce cas-là que le frère ou la sœur cherchera à avoir un rôle parentifié, parfois bien nécessaire pour l'économie familiale quand les parents se trouvent dans le désarroi, soit qu'un proche de la famille le lui ait demandé explicitement (un grand-parent par exemple), soit que lui-même se soit mis en tête qu'il devait le faire et se sente valorisé dans ce rôle. Le tout est de voir comment officialiser cette mission et lui donner un début et une fin, remercier l'enfant quand il l'a accomplie, le reconnaître dans l'aide apportée, en veillant toutefois à ce que ce ne soit pas trop lourd pour ses épaules.

Nous constatons cependant que, le plus souvent, ce rôle parentifié structure l'ensemble des relations familiales au point que le parent a du mal à retrouver sa place, que c'est finalement la fratrie saine qui met l'autorité, ce qui tôt ou tard risque de déboucher sur un conflit et une rivalité parent-enfant sain, pouvant être très destructrice et ce, très longtemps.

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

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

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

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

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

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

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

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

Quand l'enfant handicapé est l'aîné

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

s'unir et de facto, en mettre une troisième de côté... et tout ainsi de suite. Il y a donc de beaux espoirs ou de nouvelles déceptions quand le résultat est différent de ce que l'on avait idéalisé que l'on s'est fait.

Si l'enfant nouveau-né présente un problème, le développement se fait dans une crise. Le moment entourant l'annonce du handicap est particulièrement douloureux et il est essentiel de favoriser un dialogue entre les deux frères. Il y a toujours le danger de l'incommunicabilité entre eux. Dans les meilleurs des cas, un peu, les parents, après être passés par tous les états d'âme, apprennent à communiquer leur enfant, à trouver de la joie dans les événements de la vie quotidienne et dans l'environnement familial, l'enfant devient comme un autre.

Paradoxalement, comme le décrit Michaela, après l'annonce du handicap, l'enseignement et mère de deux enfants dont l'un est porteur handicapé, est souvent d'un second enfant en pleine santé constitue un défi pour elle. Elle se rend compte que se fait inévitablement, et ravive la douleur plus le fait que le handicapé grandit et dépasse le stade de développement auquel son frère souffrait de la même façon devenant soudain le 'grand frère' ou le grand sœur. Ce développement du plus jeune qui réjouit peut provoquer aussi une déception de la mère. L'enfant devient plus difficile de continuer à voir l'adulte se sentir dans l'attente d'un enfant idéal.

C'est un moment de doute pour les parents de continuer sans doute à poursuivre. « Pourquoi ne peuvent-ils pas voir les progrès de leur autre enfant ? L'autre est plus, comme parent, on peut attendre encore plus de l'autre. Ils ne peuvent pas tout, il peut comprendre lui. Peut-être n'a-t-il pas de la même façon le développement. Comme s'il n'avait aucune raison de se plaindre, il veut aussi de l'attention de ses parents.

C'est ainsi que dans une famille où les parents souffrent d'un handicap héréditaire, la fille était censée compenser tous les défauts de son frère qui non père si elle ramenait des mauvais bulletins. Ce n'est qu'à un moment où elle traversait une période difficile au moment de la séparation de son père qu'elle a pu vivre une relation positive avec son père et évaluer autrement sa valeur auparavant, exprimait-elle, elle devait répondre à son image ainsi était le sentiment que ce n'était jamais assez bien... Ce qui l'aiderait à accepter son handicap, duire le même type de relation avec son mari de que les autres enfants plus pour qu'il corresponde à une image idéale.

Comme parent, « on peut se surprendre à utiliser son enfant handicapé pour critiquer son frère ou sa sœur. Par exemple: tu as bien réussi ce devoir, tandis que ton frère ou la sœur va vite comprendre que quoique il fasse mieux le son de la sœur tourne autour de l'enfant handicapé. Le plus jeune peut aussi être encouragé à devenir une prolongation de l'aîné, comme s'il était normal et ne devait pas être traité comme un enfant handicapé. Ce qui est différent sans être.

Ce phénomène est accru quand il n'y a que deux enfants comme dans le cas de la dans des fratries de deux; car, si une qualité attendue d'un enfant n'est pas obtenue, il est

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

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

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

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

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

Quand l'enfant handicapé est l'aîné

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

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

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

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

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

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

Comme parent, « on peut se surprendre à utiliser notre enfant handicapé pour critiquer son frère ou sa sœur. Par exemple: tu as bien colorié ce dessin, mais si tu avais fait autant d'effort que ton frère, tu aurais pu faire mieux » (Michalegko). Le frère ou la sœur va vite comprendre que quoiqu'il fasse, toute la vie de la famille tourne autour de l'enfant handicapé. Le plus jeune perd son individualité et devient une prolongation de l'aîné, comme s'il était réduit à la partie normale que les parents auraient voulu qu'ait leur enfant handicapé. C'est effectivement difficile de traiter chaque enfant comme s'il était « différent mais égal ».

Ce phénomène est accru quand il n'y a que deux enfants, comme on le voit déjà dans des fratries de deux; car, si une qualité attendue n'est pas présente chez l'un,

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

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

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

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

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

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

Quand le handicapé est un puîné

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

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

– Entre 6 et 12 ans, les choses changent, en ce sens que, ce qui ne correspond pas à un certain modèle pose question; un handicap visible peut alors être ressenti comme quelque chose de honteux.

– De plus, si l'enfant perçoit le chagrin de ses parents, il n'osera pas avouer sa honte de peur de les chagriner encore plus.

– Chez les jeunes de 13 à 18 ans, le sentiment de honte peut évoluer en sentiment de culpabilité (car ce n'est pas permis d'avoir honte des siens) mais aussi en provocation. On teste les amis, on juge leurs réactions face au handicapé et s'ils se comportent en personnes gênées, ils n'ont plus à revenir dans la famille! » (Kebers).

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

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

Néanmoins, il vit en plus de son propre désarroi celui de ses parents qui peuvent alors, n'ont plus la force de faire face, d'être là et de comprendre.

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

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

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

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

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

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

Conclusions

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

UNE CONCEPTUALISATION SYSTÉMIQUE DE L'INCESTE

Pamela C. ALEXANDER¹

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

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

Mots-clés: Système ouvert – Echange d'information – Néguentropie – Homéostasie dynamique – Conceptualisation – Traitement.

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

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

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

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

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

Caractéristiques d'un système ouvert

Echange d'information

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

Pondy et Mitroff (13): «Le système ne pourra plus se nourrir que d'un échange avec l'extérieur, et finalement sa structure interne se détériorera au point que les interactions du système ouvert ne pourront être maintenues». L'environnement devient donc crucial que le système dans cette interaction. En outre, du fait qu'il se nourrit d'un besoin de diversité pour survivre, il doit chercher de la variété en se présentant avec des rôles qui l'affecteraient. On est bien loin de l'isolement fréquentement observé dans les familles avec inceste (10). La constatation que l'inceste est plus fréquent et plus durable dans les familles qui évitent l'interaction avec l'environnement de l'extérieur est importante. Bien que ceci n'implique pas que toutes les familles soient en danger, il est évident que les échanges avec l'extérieur, il se peut néanmoins que les échanges avec l'environnement rural soit choisi par les familles pour lesquelles de tels échanges sont nécessaires.

Néguentropie

Sans l'apport de la variété extérieure, un système fermé s'auto-organise et devient désorganisé, décliner et mourir. Les expériences de dissipations d'énergie dans les systèmes ouverts ont permis de constater que, dans les systèmes ouverts, l'apport d'énergie par un défaut de stimulation externe. La désorganisation résulte d'un manque d'apport extérieur illustre le concept d'entropie, ou le second principe de la thermodynamique. L'idée d'entropie contraste grandement avec le fait que les systèmes ouverts, dans laquelle on trouve un parcours dans le sens d'un processus d'entropie négative (néguentropie, 2). Une autre désorganisation est la néguentropie, relativement fermés et ouverts concerne justement le processus de néguentropie de l'extérieur. Les systèmes qui sont sur le versant «fermé» de leur continuum passent à une intrusion de l'environnement par une perte d'entropie négative, ceux qui sont plus ouverts répondent par une dissipation d'énergie. Les études d'élaboration entraîne une différenciation et une spécialisation de la famille et des rôles dans la famille. Ainsi que Minuchin l'a fait remarquer dans son ouvrage sur la néguentropie efficace se caractérise par une différenciation sous-jacente entre les rôles (conjugal et parental); entre famille nucléaire et famille d'origine entre les enfants d'âges et de niveaux de maturité différents; et dans les relations avec les émotions, les forces et les caractéristiques de chacun sans être une structurelle est de la néguentropie.

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

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

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

Caractéristiques d'un système ouvert

Exchange d'information

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

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

Néguentropie

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

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

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

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

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

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

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

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

Etudes de cas

Cas N° 1

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

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

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

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

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

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

Pour terminer il faut noter l'accent mis par la famille M. sur l'homéostasie. Comme il a été dit plus haut, l'idée que les adolescents allaient grandir, se faire des amis hors de la maison, et éventuellement partirait pour se marier, semblait une réelle menace pour la famille. De plus, la famille donnait peu de signes de la morphogénèse requise pour conserver le système «ultrastable». Pour les familles de J.M. et T.M., le retrait de leurs filles par les tribunaux fut manifestement une impulsion majeure dans le changement de la structure familiale. Cependant, les deux familles percurent ce changement comme si menaçant ou tellement impossible, qu'elles crurent préférable d'éliminer ces filles, considérées comme des parties du système, plutôt que d'essayer de négocier les problèmes résultant de la révélation de l'inceste. Les filles, de leur côté, corroboraient les besoins de leurs familles en exhibant des comportements perturbateurs qui réfèrent à la propension du tribunal à permettre assez de contact avec la famille pour, éventuellement, résoudre les problèmes. A l'image du renard dévorant sa patte prise au piège, chacune des familles réagissait comme si elle ne pouvait maintenir l'intégrité familiale qu'en coupant et en sacrifiant la part d'elle-même qui avait permis l'intrusion de l'environnement.

Ainsi à trois niveaux importants – leur évitement du contact avec l'extérieur, leur structure désorganisée, leur défaut de différenciation interne, et leur insistance sur l'homéostasie – on peut décrire la famille M. comme un système relativement clos. Aussi bien l'inceste peut-il être vu comme résultant, au moins partiellement, d'un manque de contact avec l'extérieur, comme congruent avec un défaut de différenciation intergénérationnelle, et comme une tentative pour décourager l'envie des adolescents de quitter la maison.

Cas N° 2

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

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

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

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

Conséquences pour le traitement

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

Encourager l'interaction avec l'environnement

Comme nous l'avons montré, le degré de participation de la famille à son environnement est la première donnée qui varie en fonction du degré d'ouverture du

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

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

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

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

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

Accroître l'entropie négative

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

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

Promouvoir une homéostasie plus dynamique

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

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

Conclusion

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

Family Process, vol. 24, 79-88, mars 1985
Translated and published by permission of *Family Process, Inc.*

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

L'ANOREXIE À TRAVERS LES ÂGES ET LES GÉNÉRATIONS: APPROCHE FAMILIALE

E. TILMANS-OSTYN¹

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

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

Mots-clés: Anorexie – Questionnement – Information.

Key words: Anorexia – Questioning – Information.

Comme thérapeute familiale et formatrice en approche systémique, je ne me suis jamais restreinte à une pathologie spécifique. Je ne me considère donc pas comme spécialiste de l'anorexie. De plus, mise à part la description d'un comportement, l'anorexie cache pour moi différentes sortes de structure de personnalité. Elles sont inscrites dans la logique du fonctionnement familial et je considère l'anorexie comme la pointe d'un iceberg dont toute la base reste cachée à première vue.

Travaillant en ambulatoire dans un centre de guidance, département enfants, et en consultation privée, toutes sortes de demandes nous sont adressées. En équipe, il nous semble essentiel de commencer par questionner les facettes normales et évolutives du comportement-problème. Nous n'acceptons donc pas d'emblée l'étiquetage de pathologie et nous essayons de dédramatiser. Ceci s'applique efficacement face à un début d'anorexie mentale.

Voici quelques exemples de questions utilisées lors du premier entretien:

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

- Quelles sont les autres formes de refus, de révoltes, que votre enfant peut utiliser, à part le refus de nourriture?
- Dans quel autre domaine est-ce que votre enfant peut s'attribuer l'initiative face à l'attente des autres?
- Comment est-ce que les conflits se gèrent en général dans la famille, comme à propos de limites corporelles et de tendresse?

Quelles sont les solutions déjà essayées, dès la prime enfance, quand les enfants refusaient de la nourriture, ou faisaient « non »? Est-ce que cela pouvait escalader jusqu'à ce que soit la mère, soit l'enfant, se sente rejeté comme « mauvais »? Qui aidait à la restauration du lien?

- Quel est le « prix » à payer en venant consulter les psychothérapeutes?

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

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

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

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

Y a-t-il eu un enfant mort-né ou un autre deuil autour de la naissance d'Anne? « Non ». Mais, déjà pendant la grossesse d'Anne, tous les membres de sa famille souhaitaient à la mère un enfant sans problèmes de nourriture, chargeant la relation mère-enfant d'une anxiété particulière.

Actuellement son mari lui reproche de devenir aussi anxieuse que sa mère. Ceci crisperait encore plus madame et chaque repas est redouté comme une scène d'horreur.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'anorexique se comporte de façon différente et incompréhensible pour son environnement.

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

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

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

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

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

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

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

Ce recadrage et ces prescriptions vont donc susciter toutes sortes de réactions qui nous permettront de découvrir ce qu'il y a de particulier au fonctionnement de cette famille et de pouvoir l'approfondir.

Ces catastrophes pires, à éviter à tout prix, imprécises dans la tête de chacun et que notre patiente éveille en faisant croire qu'elle a plus peur des mots qui pourraient sortir de sa bouche que de la nourriture qu'elle doit y introduire, sont de types très différents:

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

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

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

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

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

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

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

Ainsi, dans la logique des membres de la famille, règne l'idée qu'il vaut mieux éviter les conflits, car ils peuvent mener à des ruptures. Tout conflit n'est pas vécu comme permettant l'individuation mais comme débouchant sur des ruptures, comme si s'individualiser se faisait inévitablement contre quelqu'un (Stierlin, 1974).

Comme l'anorexique pourrait « bouffer » de la nourriture, elle pourrait aussi « bouffer » l'autre dans le contact social. Souvent après que les comportements anorexiques se lèvent, il y a tout un travail à faire sur la *phobie sociale*, rencontrée fréquemment dans ces familles. A nouveau, c'est l'anorexique qui exprime le plus fort la phobie sociale, mais un ou plusieurs membres la portent de façon « subcutanée ». La règle applicable reste de toujours élargir en faisant apparaître les différences.

Conclusion

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

Guy AUSLOOS¹

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

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

Mots clés: Thérapie symbolique-expérientielle – Whitaker Carl.

Key words: Symbolic-experiential therapy – Whitaker Carl.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le thérapeute a plusieurs moyens à sa disposition pour réorienter l'agressivité ou la colère des patients de manière créatrice: l'indulgence, la contre-attaque, la neutralisation, la justification, la diffusion ou tout simplement, il peut offrir un contenant (7). La thérapie est une lutte où la famille passe d'une phase de transfert avec le thérapeute à une phase existentielle se terminant sur un échange d'égal à égal entre individus autonomes. Cette thérapie est principalement centrée sur le thérapeute et sa propre dynamique. Il doit y avoir en cours de traitement un renversement des rôles qui permet à la famille d'établir sa propre théorie, dès le début du traitement; c'est elle néanmoins qui écrit sa destinée à tout moment du traitement.

Récemment (1991), L.G. Roberto (17) a quelque peu systématisé les interventions en thérapie symbolique-expérientielle en parlant de «*mediating goals*» qui ont à faire avec la création d'un nouvel environnement thérapeutique, dans lequel l'interaction familiale est modifiée pour produire une expérience affective diffé-

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

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

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

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

Kijk,

't is veel erger

dan je denkt;

als je denkt

is 't nog erger**.

Regarde,

c'est bien plus grave

que tu ne le penses;

si tu penses,

c'est encore plus grave.»

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

On peut résumer comme suit ses principaux apports:

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

* Souligné dans le texte anglais.

** En néerlandais dans le texte anglais.

- La technique de co-thérapie et de supervision directe en utilisant le miroir sans tain.
- La dépathologisation de l'expérience humaine en considérant le patient comme quelqu'un qui a reçu et accepté un rôle et dont la symptomatologie peut être redéfinie comme un ensemble d'efforts en vue de la croissance.
- L'usage de la métaphore et de la provocation pour déstabiliser un système familial encroûté dans ses croyances, ses mythes et ses rôles.
- L'importance accordée aux grands-parents (dans la mesure où le fonctionnement familial est pour lui un processus au moins trigénérationnel).

Ses positions thérapeutiques découlent très logiquement de son propre cheminement: «Les bases de notre style en thérapie familiale dépendent d'un pattern personnel particulier.» (12) Elles ont d'ailleurs sans cesse évolué.

Plus que pour tout autre, sa biographie nous éclairera donc sur sa façon de travailler.

Repères biographiques

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

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

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

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

Il se forme ensuite en psychiatrie de l'enfant et travaille selon le mode traditionnel pour l'époque: il examine l'enfant alors que l'assistante sociale s'entretient avec la mère. Le père n'est jamais impliqué. Il découvre la thérapie par le jeu et une assistante sociale lui conseille de lire *La psychanalyse de l'enfant* de Mélanie Klein.

A nouveau, il apprend «sur le tas», sans formateur. Cette fois, on lui demande en plus d'enseigner la psychothérapie aux étudiants en médecine de l'Université de Louisville. Il sera donc «forcé d'apprendre en enseignant». Avec des adolescents délinquants, il sera confronté aux problèmes de comportement.

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

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

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

En co-thérapie, ils vont accepter des interactions agressives avec les patients et finir par les provoquer. Bras de force, coups de pieds ou même confrontations physiques sont utilisées. A la même époque également, Whitaker s'endort fréquemment au milieu de la séance et rêve de la relation qu'il a avec son patient. Au lieu de réprimer cet incident qui l'embarrasse, il va l'utiliser et partager sa rêverie avec le patient.

Pendant ces années de guerre, ce jeune psychiatre sera donc forcé d'utiliser sa créativité pour résoudre les problèmes qui se posent à lui. Il réalise que, dans ce contact avec les patients, il évolue lui-même, passant d'une position plus maternelle à une position plus paternelle. Il découvre également que telle technique (donner le biberon à un psychotique par exemple), efficace à un moment donné, devient inutilisable par la suite, ou non transmissible, dans la mesure où elle est liée à un état particulier du thérapeute. Ce qui l'amène à dire que «chaque technique est un processus par lequel le thérapeute se développe lui-même en utilisant le patient comme intermédiaire» (12).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelques citations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«L'insight suit l'expérience.» (19)

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

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

Guy Austoos, M.D.
Clinique Jeunes Adultes, LHL
6070 Sherbrooke Est – bur. 106
Montréal, Qc
H1N 1C1 Canada

BIBLIOGRAPHIE

Textes traduits:

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

3. Napier A., Whitaker C.A. (1984): Les problèmes du thérapeute de famille débutant. In: D. Bloch (éd.), *Techniques de base en thérapie familiale*, Érès, Toulouse (Trad. G. Austoos, Y. Colas, A.M. Colas, éd. orig. 1972), (pp. 167-186) 167-186.

Originaux anglais:

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

RECENSIONS

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

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

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

INFORMATIONS

CONGRÈS, SÉMINAIRES

SÉMINAIRE MENSUEL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE: Coordonné par le Dr J.F. Le Goff un soir par mois de 20 h 30 à 22 h 30 à Paris.

Informations: I.F.E.C., 21, av. Marceau, F-93130 Noisy-le-Sec ou Dr J.F. Le Goff, tél. 48 36 22 22.

PREMIER COLLOQUE INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE PÉRinataLE: Organisé par Pr. Ph. Mazet, Pr. S. Lebovici, Dr M.R. Moro, Dr A.L. Simonnot, Monaco, 18, 19, 20 janvier 1996.

Informations: Comité d'organisation: Brigitte Pugnère, Marceline Gabel, 61, avenue de la Mer, F-06360 Eze-Sur-Mer. Tél. 93 01 57 04, Fax 93 01 56 11.

CONGRÈS EUROPÉEN: «Schizophrénies, épidémiologie et réhabilitation», organisé par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique avec le concours de la GFEP, WARP, Saarlörux, ABP, CCOMS Paris, Faculté de médecine de Lille, Lille, 25-26-27 janvier 1996.

Informations: Secrétariat du congrès: Laurence Vanwallegem, Centre Médico-Psychologique, 286, rue Kléber, 59155 Faches Thumesnil. Tél. 20 62 07 28, Fax 20 96 32 10.

COLLOQUE: «On trompe un enfant», organisé par la Société française de Thérapie familiale psychanalytique et la Société de Thérapie familiale psychanalytique d'Ile-de-France, 27-28 janvier 1996, Paris.

Informations: S.T.F.P.I.F., 17, rue Boulard, F-75014 Paris. Tél. 43 20 81 45.

CONGRÈS: «Entre jeune et famille, entre famille et société, entre mythe et norme, quel espace de liberté pour l'intervenant mandaté?», le 10 février 1996, à Bruxelles avec Stefano Cirillo (Milan), Edith Tilmans-Ostyn (Bruxelles), Robert Neuberger (Paris).

Informations: SAIRSO (Centre d'Orientation Educative), rue Meyerbeer 145, 1180 Bruxelles. Tél. (02) 344 17 09, Fax (02) 344 77 94.

5^E JOURNÉES ROMANDES DE THÉRAPIE FAMILIALE 1996: «Complémentarités», 8-9 mars 1996, Dornign (université), Lausanne.

Informations: Centre d'Etude de la Famille, CH-1008 Prilly, Cery, tél. (41) 21 64 36 401. (Le programme officiel avec formulaire d'inscription sera disponible dès automne 95).

COLLOQUE: «Le nouveau Centre d'Etude de la Famille de Milan» - les 15 & 16 mars 1996 à Paris, avec Stefano Cirillo, Anna-Maria Sorrentino & Matteo Selvini - avec la participation de Mara Selvini Palazzoli.

Informations: I.D'E.S., B.P. 11, F-77590 Chartrettes. Tél. (1) 64 87 10 13, Fax (1) 60 66 39 46.

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

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

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

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

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

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

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

Gilbert Pregno