

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE MENTOURI
CONSTANTINE**

THESE

Présentée à la
Faculté des Sciences Humaines et Sciences Sociales
Département de Psychologie.

Pour l'obtention du diplôme de

DOCTEUR D'ETAT
EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Par

AMARDJIA NACERDINE

Thème :

**CARACTEROLOGIE, GROUPE FAMILIAL ET
PSYCHOPATHOLOGIE.**

Devant le jury :

Président : Pr H. SAADI Université Mentouri de Constantine.
Rapporteur : Pr L. BOUABDELLAH U.F.A de Sétif.
Examineurs : A. TAAOUINATE. M.C. Université d'Alger.
Pr M. CHELBI Université Mentouri de Constantine.
Pr M. HAROUNI Université Mentouri de Constantine.
M.S. CHORFI M.C. Université Mentouri de Constantine.

Dédicace

*Je dédie ce travail à
ma femme Hania, à
mes enfants Tarek et Mellissa,
à ma mère, mes frères, ma sœur,
mes neveux et à mes nièces.*

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse.

Mes remerciements vont d'abord à monsieur le professeur Lahcène Bouabdellah mon encadreur, qui tout au long de ce travail, du début à la fin, n'a cessé de m'orienter, de diriger dans de bonnes conditions ce travail de recherche ; je le remercie également pour sa disponibilité et pour sa précieuse aide théorique et méthodologique.

Je lui exprime ma plus grande reconnaissance.

Je remercie également monsieur Moussa Harouni pour ses orientations, ses conseils et son aide, notamment concernant la prise en considération de la thérapie familiale en société Algérienne. Je le remercie vivement pour l'honneur qu'il me fait en étant membre du jury de ma thèse.

Je remercie aussi monsieur Mohamed Chelbi pour son aide, ses conseils, sa disponibilité et ses encouragements pour ce travail de recherche ; Je lui exprime mes vifs remerciements d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse.

Je remercie également monsieur Ali Taaouinate pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail de recherche et je remercie aussi d'avoir bien voulu accepter d'examiner comme membre du jury cette thèse.

Comme je remercie aussi monsieur le professeur Hacène Saadi pour l'honneur qu'il me fait en présidant le jury de cette thèse.

Mes remerciements vont également à monsieur Mohamed Seghir Chorfi, qui aussi, a porté un intérêt à ce travail de recherche et d'avoir bien voulu accepter d'examiner comme membre du jury cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

CHAPITRE I

BREF HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE :

1-LA PSYCHIATRIE PENDANT LA RENAISSANCE	17
2- LE DEBUT DE LA PSYCHIATRIE MODERNE AU 18^{ème} SIECLE	18
- Humanisme et réformes des asiles psychiatriques	19
3-LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE	21
- La contribution de la psychanalyse en psychiatrie	22
4-CAUSE EXPERIMENTALE, SENS CLINIQUE ET LA NOTION DE TRANSACTION :	25

CHAPITRE II

EPISTEMOLOGIE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

1- L'ECOLE BEHAVIORISTE (WATSON)	30
2-L'ECOLE CLINIQUE ET PSYCHANALYSE (D. LAGACHE)	31
- Tableau du double dépassement épistémologique.....	31
3-MODELE BIOMEDICAL	33
4-LE MODELE PSYCHODYNAMIQUE	34

5-LE MODELE MULTIFACTORIEL (BIO-PSYCHO-SOCIAL) :	36
---	-----------

CHAPITRE III

CARACTEROLOGIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE

1-PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT TRANSACTIONNEL DE LA PERSONNALITE	40
a- Caractère, pathologie et groupe familial	45
b- Structure, caractère et typologie familiale	50
<i>La structure - Le caractère - La pathologie - Les typologies familiales - Les caractères structurels (les structures de base)</i>	53
c- Les divers caractères (personnalité et leurs traits).	54
d- La typologie familiale.	59
<i>De la transaction au trait de caractère (de la fixation au trait)</i>	

CHAPITRE IV

THERAPIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE

1-LA THERAPIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE, HISTORIQUE ET FONDEMENT EPISTEMOLOGIQUE	78
a- De la relation affectivo-transactionnelle aux traits de caractère (la transaction de sens)	79
<i>De l'explication à la description et de la description à l'explication - La notion de relation en psychanalyse - psychanalyse et thérapie familiale.</i>	83

CHAPITRE V
THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

1-LE PATIENT COMME SYMPTOME DU TROUBLE FAMILIAL	99
2-L'EQUIPE DE PALO ALTO HISTORIQUE ET FONDEMENT EPISTEMOLOGIQUE...	100
-Fondement épistémologique de l'équipe du Palo Alto et typologie interactionnelle :	106
<i>La totalité - La rétroaction - l'équifinalité - Le processus communicatif - la famille comme système humain vivant et porteur de sens - Homéostasie comme finalité du groupe familiale - Règle et équilibre familial - La structuration des typologies familiales et métaapprentissage - Norme et structuration du groupe familial.....</i>	
	110
3-PSYCHOPATOLOGIE SYSTEMIQUE.....	117
a-Homéostasie familiale pathologique et patient désigné :	117
<i>Les mécanismes de défense familiaux et mythe familial - Le système familial pathologique - La fonction des symptômes et l'équilibre familial - Norme, règle et valeurs - Psychothérapie du changement et réévaluation - rôle individuel et règle transactionnelle - Le quid pro quo conjugal comme définition des rôles interactionnels - Le triangle pervers et problématique œdipienne - Diagnostic systémique (finalité) et diagnostique individuel (étiologie) ou la typologie contextuelle.</i>	
	129
b-les principes conceptuels de la théorie de la communication humaine et psychopathologie	132
<i>Définition de la communication - Le caractère circulaire de la communication.</i>	
c-Les axiomes de la théorie de la communication	135
<i>L'impossibilité de ne pas communiquer et pathologie - les deux niveau de la communication et pathologie (contenu et relation) - la ponctuation de la séquence des faits et pathologie - Communication digitale et communication analogique et pathologie - Interactions symétriques et complémentaires pathologiques.</i>	
	145

d-Typologie systémique des dyades (caractérologie systémique)	147
<i>Dégagement de la typologie systémique - Pathologie de la transaction symétrique et complémentaire</i> <i>- Transaction symétrique pathologique - transaction complémentaire pathologique.</i>	151
e- Structure relationnelle de la famille Algérienne :.....	151

CHAPITRE VI

ETUDE PRATIQUE DES CAS FAMILIAUX

METHODE D'APPROCHE	159
METHODE D'ETUDE DES CAS FAMILIAUX (échantillon et moyen d'investigation).....	160
1-ENTRETIENS FAMILIAUX ET ESQUISSE D'UNE TYPOLOGIE FAMILIALE :	164
a- Entretien familial : premier cas	164
<i>Le second entretien - Dégagement de la typologie du premier cas familial</i>	
b- Entretien familial : deuxième cas.....	172
<i>Dégagement de la typologie du deuxième cas familial</i>	
c- Entretien familial : troisième cas	179
<i>Deuxième entretien - Dégagement de la typologie du troisième cas familial</i>	
d- Entretien familial : quatrième cas.....	187
<i>Dégagement de la typologie du quatrième cas familial</i>	
CONCLUSION.....	199
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION :

En psychopathologie, plusieurs courants épistémologiques et thérapeutiques ont vu le jour, à savoir : la psychiatrie biologique, la caractérologie, la psychanalyse et plus récemment encore la thérapie familiale, laquelle a axé son intérêt plus sur le contexte où vit le patient que sur la nature intrinsèque. Elle propose une nouvelle conception à l'égard d'un vieux problème que sont les maladies mentales.

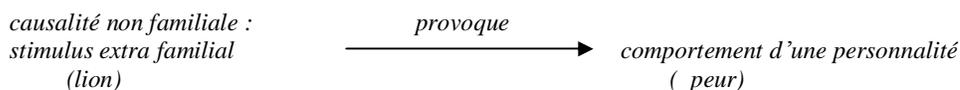
Les maladies mentales ont toujours été situées dans le cadre stricte de l'individu et jamais en dehors de lui. Ainsi parler de la pathologie mentale au niveau de la relation et non seulement à l'intérieur de l'individu, est une attitude épistémologique en rupture avec les conceptions monadiques classiques.

Il ne peut y avoir par conséquent, de phénomènes décrits en psychanalyse (inconscient, pulsion, narcissisme, relation objectale...) qu'il ne faut pas nécessairement rattacher aux processus systémiques. Le narcissisme, l'inconscient, les pulsions...par exemple ne sauraient s'expliquer en dehors d'un mécanisme groupal, rétroactif et transactionnel. Il en est de même des lois systémiques (interaction, circularité, totalité, communication digitale...) qui demeureraient comme des coquilles vides sans la dimension de sens, de drame et de romance propre à l'humain, tant étudiés par la psychanalyse.

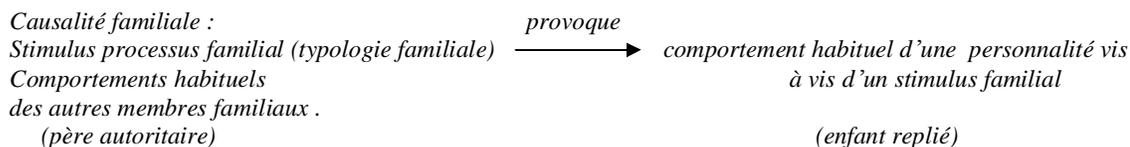
Dans le cadre de notre travail, nous essayerons de montrer que les traits de la personnalité d'un individu sont tributaires, et la résultante, des interactions aussi bien précoces que tardives vécues par le sujet. Ces traits se sont donc cristallisés en lui, tout en demeurant agissants sur son contexte familial. Il s'agit pour nous de mettre en évidence cette continuité entre, la formation de la personnalité (hystérique, schizoïde ...) selon une causalité psychogénétique d'une part, et d'autre part les interactions actuelles qui maintiennent les traits de cette personnalité dans son contexte, selon une " causalité contemporaine ". Il en est de même des symptômes psychiques qui obéissent donc à cette " double causalité " historique et actuelle.

En d'autres termes, on peut dire que les lois de la caractérologie (personnalogie) et ceux de la typologie familiale sont assez complémentaires et décrivent, en fait, le passé d'un présent psychologique (caractérologie psychanalytique individuelle) et le présent d'un passé psychologique (caractérologie psychanalytique familiale). Des anciennes transactions relationnelles forment des traits de caractères, lesquels participent d'une façon contemporaine aux transactions actuelles.

Schéma des causalités :



Comportement = f(stimulus ´ personnalité).



Comportement habituel = f(stimulus familial (habituel) ´ personnalité).

De ce fait, le comportement normal ou pathologique d'une personne est lié essentiellement à cette double causalité, son système familial actuel et ses traits de caractères ; alors que l'environnement extra familial n'agit sur le sujet que comme révélateur de ces conduites et non comme processus de structuration psychologique. L'individu reproduit donc des comportements habituels (familiaux) et constitue de ce fait la réaction des traits à leur propre processus.

Stimulus familial ancien ou actuel	Stimulus non familial
Stimulus processus <div style="text-align: center;">  </div>	Stimulus révélateur <div style="text-align: center;">  </div>
Comportement du sujet renforçant ce processus et les traits d'une personnalité donnée (du sujet).	Comportement révélant les traits de la personnalité
Comportement processus comme réaction au stimulus processus.	Comportement révélé comme réaction stimulus extrafamiliale.

En clinique ; le rôle du patient désigné consiste, paradoxalement, à maintenir l'équilibre familial. Ceci implique évidemment que l'économie du fonctionnement familial est assuré au prix de la santé individuelle, étant donné que la finalité de tout système tend à la recherche permanente d'une stabilité.

Par ailleurs, les antipsychiatres, à travers des observations des familles de patients schizophrènes ont pu aboutir à la thèse selon laquelle la schizophrénie serait considérée comme un trouble collectif et la famille comme lieu de ce trouble. Le patient est pour ainsi dire le seul membre « normal » de sa famille.

La famille est donc définie par son identité ; celle-ci est structurée par les interactions en cours, et ces mêmes interactions sont régies par des règles tacites, ainsi que par toutes les autres propriétés systémiques.

Ainsi, la conception systémique a fini par décentrer l'individu qui fut jadis le seul pôle d'attraction des diverses investigations cherchant à connaître sa mystérieuse nature. En fait, ce type de méthodologie, linéaire et monadique, réduisait considérablement la possibilité de saisir les choses dans leur complexité propre, et aboutissait finalement à une sorte d'autovalidation où l'hypothèse est confirmée par elle-même.

La thérapie familiale comme l'antipsychiatrie ont très vite compris la pertinence de replacer le patient dans son contexte familial avant toute action thérapeutique. Mais il est à préciser que la théorie du sujet que sous-tend la pensée systémique n'est pas celle que sous-tend la théorie psychanalytique.

Pour la première, le sujet est ce qui le lie à son contexte interactionnel réel et observable, obéissant aux lois systémiques et cybernétiques. Le sujet n'est qu'un segment de celui-ci. Alors que pour la psychanalyse, le sujet est celui de l'inconscient (pulsion investissant l'objet fantasmatique) et ne peut être repéré que dans le discours du patient, sous une forme très singulière. Le sujet en psychanalyse est celui qui est épris de sens, de tragédie et de romance.

La thérapie familiale explique les phénomènes humains exclusivement par des lois systémiques qui sont très appropriés aux systèmes cybernétiques non humains mais complètement inappropriés aux groupes humains porteurs de sens, de drame et de romance. Par contre la psychanalyse possède des concepts respectueux de ce sens humain (narcissisme, idéal du moi, œdipe) mais reste incapable de rendre compte de ces transactions de sens qui, dans la réalité, s'échangent entre les individus dans des groupes qui leur sont importants.

L'observation des conduites par exemple est pertinente dans le cadre des thérapies familiales et non dans le cadre de la théorie Freudienne. Ainsi nous pouvons déjà constater que la thérapie familiale systémique et la psychanalyse n'ont pas le même objet d'étude. Ce qui est pertinent à observer pour l'une ne l'est pas pour l'autre la thérapie systémique observe et analyse le fonctionnement interactionnel familial réel par contre la psychanalyse analyse l'interaction fantasmatique entre la pulsion et les objets narcissiques, œdipiens et oedipiens.

Pour la thérapie familiale, l'objet d'étude est le « système de relation réel » qui se crée entre les individus, alors que l'objet pour la psychanalyse est « l'analyse du transfert ». Le premier est une chose qu'on peut situer dans le cadre de la réalité, alors que le second est de nature fantasmatique et imaginaire, car le fantasme c'est la réalité désirée qu'on comprend

plus qu'on observe alors que les interactions familiales réelles ne sont que le « comment ? » manifeste de ceci et non « le pourquoi ? ».

Donc, pour dépasser quelque peu ce conflit épistémologique entre la thérapie familiale et la psychanalyse, il est devenu nécessaire d'associer les concepts des deux épistémologies où la notion de narcissisme..., entre autres, ne serait être comprise sans la notion de Mère schizophrénogène, etc...

Bref, il s'agit (divers scénarios du désir face à la réalité fantasmée) de donner à la dimension de sens humain les lois systémiques qui le régissent au quotidien et de donner aux lois de la théorie générale des systèmes (le comment systémique de ces scénarios) ce qui leur manque de spécifiquement humain à savoir le sens compréhensible des événements humains. La caractérologie familiale clinique peut constituer cette fructueuse rencontre entre la mécanique des lois systémiques et le sens humain (entre le fantasme de la réalité et son pourquoi et la réalité des fantasmes, son comment) ; car les personnalités décrites dans son cadre (schizoïde, paranoïaque, hystérique ...) sont le produit du sens spécifiquement humain sous l'action des interactions systémiques.

” Typologiser c'est humaniser ”

Psychanalyse (fantame de la réalité)	Thérapie familiale systémique (réalité externe des fantasmes)	Thérapie familiale clinique A.Eiguer
<u>Comprendre</u> le vécu, le drame et le sens de l'histoire singulière du sujet comme par exemple son histoire narcissique de toute puissance, ou son histoire anaclitique et dépressive de perte d'amour ou son histoire œdipienne de jalouser le Père. Sans que cela soit rattaché à logique transactionnelle.	<u>Expliquer</u> et saisir le fonctionnement familial par les notions de la communication, l'interaction, rétroaction, homéostasie, pseudo-équilibre, patient désigné... <u>donc expliquer le but du système qui a comme finalité l'équilibre sans que cela soit rattaché à une logique de sens, de drame et de romance au niveau du groupe familial et du sujet.</u>	Elle associe sens du roman humain ² aux lois cybernétiques. <u>Le but</u> devient le bonheur psychologique individuel fantasmatique individuel et l'équilibre familial, c'est à dire une <u>double finalité</u> : sens individuel avec équilibre familial. Donc comprendre et expliquer. <u>Donc comprendre le but du sujet qui est la recherche du bonheur psychologique fantasmatique, impossible à saisir (à comprendre et à expliquer) sans que cela soit rattaché à une logique d'échange et d'interaction entre le sujet et les autres membres familiaux.</u> (fantasmes de la réalités intégrés à la réalité des fantasmes compris et expliqués).

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique :

La réalité quotidienne et clinique nous conduit à observer que souvent les troubles psychiques individuels coexistent avec certaines conduites familiales assez typiques et caractéristiques, au point de nous interroger sur un lien possible entre les deux réalités psychologiques. Les conduites familiales nous semblent très ressemblantes aux genres de pathologies observées au niveau des patients.

Les symptômes psychologiques paraissent refléter cette caractérogénie familiale où les conduites d'un membre semblent être très analogues ou compléter les conduites des autres membres familiaux. Cette coexistence entre les conduites individuelles et celles du groupe familial devraient, quelque part, obéir à des règles familiales inconscientes ou conscientes, comme par exemple « ne pas parler aux étrangers, aimer les mêmes arts, avoir les mêmes loisirs, avoir le même humour, tenter les mêmes explications (mythologiques) de la réalité, choisir les métiers proches, idéaliser ou dramatiser, d'une façon identique, les mêmes faits » ; et au bout du compte, développer des symptômes assez identiques en apparence sinon en structure. En somme, nous considérons que la si la notion de caractère, (de personnalité) est habituellement attribuée aux individus, elle correspond, en réalité, à un contexte psychotransactionnel, à la fois fantasmatique, réel et groupal ; et pour ainsi tout dire il y aurait un certain caractère ou personnalité familiale.

La personnalité familiale est une structure affective transactionnelle latente qui se manifeste quotidiennement à travers les conduites individuelles de ses membres.

De ce fait, il nous paraît possible de supposer l'existence d'un lien, d'une corrélation bi-univoque (deux paramètres) entre la pathologie et le caractère individuel, d'une part, et la pathologie et le caractère familiaux , d'autre part. Ce lien est de type Narcissique, Anaclitique ou Symbolique.

Cependant, le lien supposé entre la psychologie individuelle et la psychologie familiale obéit-il, en fait, à des lois de type général (un conditionnement réciproque selon les lois classiques de l'apprentissage à savoir : répétition, renforcement etc ...) ou bien, à des lois du genre typologique qui signifient des transactions redondantes préexistantes structurant les membres familiaux ; c'est-à-dire il est question d'une typologie familiale identifiable au niveau de plusieurs cas de familles semblables et élatonnables , ou bien plus spécifiquement à des lois de types casuistiques où seule l'histoire transactionnelle, d'abord précoce-fantasmatiques, ensuite se déroulant dans la réalité quotidienne, d'une famille donnée et

concernant seulement cette famille qui est prise en compte; et qu'on peut qualifier de « famille-sujet » au sens Lacanien du terme.

Notre problématique et les hypothèses qui devrait en découler s'articulent donc sur les deux paradigmes épistémologiques (séparés et complémentaires) comme suit : substituer Freud à Watson (*Individuel*) et substituer Eguier à Bertalenfy (*Familial*).

Autrement dit, mettre la loi clinique individuelle à la place de la loi générale individuelle et la loi clinique familiale à la place de la loi générale familiale. Donc :

a- D'abord insérer systématiquement l'individuel au familial, de telle façon que la psychologie individuelle ne devient que le reflet de la psychologie du groupe familial. C'est-à-dire les éléments psychologiques individuels ne sont que la dimension manifeste de la structure psychologique latente du groupe familial, laquelle est constituée par les éléments groupaux suivants : mythologie familiale, règles et normes familiales, transactions fantasmatiques et réelles typiques, homéostasie, interactions pathogènes, traits de caractères familiaux narcissiques, anaclitiques ou oedipiens.

b- Ensuite reconnaître le type de lois régissant aussi bien la psychologie individuelle que familiale ; à savoir :

Les lois générales systémiques (totalité, rétroaction, communication, équi-finalité) de tout système, humain ou non, et qui sont « le béhaviorisme systémique » ; *c'est-à-dire ce que représente le béhaviorisme Watsonnien à la psychologie individuelle est constitué par la théorie générale des systèmes (von. Bertalenfy) pour le groupe familial.* Autrement dit, il y a un processus de conditionnement individuel (Watson) et un processus de conditionnement familial (Bateson) où tout est question d'apprentissage, qu'il soit individuel ou groupal. Les lois typologiques qui correspondent à une psychologie de l'étalonnage où les conduites, aussi bien individuelles que groupales (familiales), sont testées, observées, questionnées, et une fois que les données sont obtenues, elles seront comparées aux étalons référentiels, individuels ou familiaux, constitutifs de la psychométrie classique. Les lois typologiques au niveau de la personnalité individuelle correspondent aux critères et résultats des différents tests de personnalité, en fait, assez connus (le Rorschach, le T.A.T, le M.M.P.I, le test de l'arbre, du bonhomme, le village imaginaire, etc...) pour diagnostiquer et caractériser aussi bien la personnalité que la pathologie de l'individu. Et les lois typologiques au niveau du groupe familial (personnalités ou caractères familiaux) dans une perspective de dégagement des types psychologiques familiaux, sont également les critères et les résultats de test familiaux et d'échelles d'évaluation des interactions familiales pathologiques (une sorte de grille d'observation des relations familiales). Des tests familiaux développés par G.Riskin et

E.E Faunce, celui de Munichin qui est un test familial plus psychanalytiques (vers le clinique), et surtout la typologie familiale de A. Eiguier* dont l'étalonnage est décrit en termes davantage psychiatriques correspondent à ces lois typologiques familiales, à savoir : la famille narcissique-psychotique, la famille limite-dépressive et la famille névrotique-symbolique. Si le déséquilibre se fait au détriment des liens objectaux cela conduirait à ce que les liens narcissiques soient dominants : c'est le cas de la famille où les différences générationnelles, de sexes, des individualités, de la perception de l'écoulement du temps s'émoussent (famille à structure narcissique, à patients psychotique).

Un autre cas de figure serait celui des familles où les liens narcissiques apparaissent comme affaiblis face aux liens objectaux, ils sont de ce fait comme déformés, le soi familial et trop incertain, les limites famille-monde extra-familial sont peut claires, laissant apparaître une dévotion excessive envers les familles d'origines des parents (ou d'un des parents) et leurs objets infantiles. Les attitudes sacrificielles ne sont pas rares. Les parents resteraient fusionnés aux grands-parents ; les deuils longs et difficiles ; les affects nostalgiques. (Famille à structure anaclitico-dépressive ; patients dépressifs, alcoolisme).

Le cas de la « famille à structure névrotique » ne verrait pas apparaître les liens en déséquilibre mais les inversions sexuelles joueraient un rôle dans l'origine des troubles*.

La théorie systémique est de ce fait « *aclinique* » et la psychanalyse est (*atotalité*). Car le problème de la divergence entre la psychanalyse et la théorie systémique n'est pas seulement l'antinomie individu-groupe familial mais surtout l'opposition entre le clinique (sens = cause particulière) et l'expérimental. Autrement dit, le défaut épistémologique de la psychanalyse est l'absence en son sein de la dimension groupale, par contre le défaut épistémologique de la théorie systémique consiste en le manque de la dimension du sens. *La psychanalyse lui manque donc le principe de totalité et du comment des transactions psychologiques, alors que la théorie systémique ce qui lui manque c'est au fait le principe du sens et du pourquoi des transactions, qui est la pulsion dans ses différents états investissant une réalité narcissique, dépressive ou névrotique.*

Ainsi, la Thérapie Familiale clinique va constituer *ce double dépassement* car elle est l'étude de *la totalité* ayant en même temps un *sens*. Elle est pratiquement à l'opposée du Watsonnisme (*individualité et sans sens*). *Des formulations comme : transactions familiales narcissiques, limites ou névrotiques deviennent ainsi possibles.*

* EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale**. Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière. <http://perso.club-internet.fr/mahwin/Franco-Arg/Pichon/eiguier.htm>

Pour ce qui est des lois cliniques casuistiques, on retrouve le même parallélisme individu-famille sauf que cette fois ci les lois en question sont davantage idiosyncrasiques et singulières. Il n'est plus question de repérer les types (caractères) familiaux en fonction d'un étalonnage préétabli de typologies familiales sus-cités (Riskin, Faunce, Richter, Eiguer), mais d'observer et de repérer à travers d'entretiens familiaux le discours familiale, « le sujet familial et le cas familial», dont le fonctionnement et le sens sont à rattacher au vécu particulier et global (holistique) dans la structure et la genèse du roman singulier de chaque famille (dans le sens de D.Lagache). Cette double globalité est à saisir dans un sens *ultraholistique*, impliquant « non pas seulement *toute* la personnalité du patient mais *toute* sa famille selon des règles propres à cette famille. Lagache disait : « Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé le programme de la psychologie clinique ». P.105 .*

En somme, il s'agit bien d'une double totalité qu'il faudrait reconnaître au groupe familial, totalité de l'assemblage non additif au sens systémique et totalité holistique, globale, molaire au sens de Lagache. Ou bien le global (famille) dans le globale (holistique et complétude de sens) ; c'est-à-dire une métaglobalité ou le sens molaire de la psychologie familiale.

Il s'agit bien là d'un double dépassement épistémologique qui signifie le passage de l'individuel au profit du familial et le passage des lois mécanique-générales (individuelles ou familiales) au profit du clinique-singulier. C'est-à-dire le passage vers le total tout en conservant la signification typique des choses. Il faut noter que la définition des deux conduites, molaire et moléculaire, est comme suit pour en saisir la portée dans cette nuance entre le clinique et le non clinique et par conséquent entre l'individuel et le familial :

Conduite molaire : réponse impliquant toute la personnalité (exemple : avoir peur dans la situation d'examen qu'ont certains, d'autres non).

Comportement moléculaire : le retrait réflexe de la main au contact du feu que tout individu a.

Conduite molaire familiale : transactions familiales de sens narcissiques, anaclitiques et névrotiques.

Conduite moléculaire familiale : rétroactions, homéostasie, communication, équi-finalité...

Comme esquisse à notre hypothèse générale on peut dire que : *la loi moléculaire familiale est constituée par la théorie générale des systèmes par contre la loi molaire familiale c'est la caractériologie familiale clinique.*

Reuchlin (M) (1996) – Les méthodes en psychologie. Edition PUF. Paris.

La pathologie mentale n'est pas plus affaire de médecine que de sens humain, au demeurant, si complexe et si compliqué à définir. Cette complexité concerne aussi bien la dimension culturelle, à laquelle appartient un groupe familial, que les dimensions psychologiques et transactionnelles propres à ce groupe.

Le comportement d'un individu obéit donc, par exemple, à la coercition d'un tabou culturel et au vécu passé et actuel de cet individu (traits de caractères individuels et familiaux) ; sans négliger, bien entendu, son tempérament biotypologique.

C'est en cela qu'on définit la complexité de la conduite aux causes et aux sens multiples.

On peut dire que par rapport aux deux aspects théoriques de notre recherche (thérapie familiale systémique et thérapie familiale psychanalytique), que la proposition que nous formulons est une confirmation, vu les travaux et conclusions de la thérapie familiale systémique (école de Palo-Alto) ou psychanalytique classique (Ackerman, Levy, Nagy...) ; et une affirmation dans le cadre de notre thèse puisqu'elle soulève le sujet de la *thérapie familiale caractérologique à tendance psychanalytique*, non abordée par ailleurs.

LES HYPOTHESES :

Hypothèse générale :

La caractérologie familiale fantasmatique plus les transactions réelles dans le groupe familial induisent des traits et des symptômes au niveau des individus.

Les hypothèses opérationnelles d'un point de vue épistémologique :

(les hypothèses doivent être perçues ici pour leur formulation et conséquence théorique).

- 1- Les facteurs moléculaires individuels (stimuli) sont responsables de l'apparition des réflexes naturels. *(Lois moléculaires).*
- 2- Les facteurs molaires (cliniques, vécu) individuels sont responsables de l'apparition de la conduite de la personnalité. *(lois molaires).*
- 3- Les facteurs circulaires révélés par les lois générales systémiques (moléculaires) n'agissent que comme structure *non singulière* sur toute famille (que toute a).

4- Les facteurs cliniques (molaires, vécu) familiaux induisent les conduites cliniques (vécu individuel) et les traits de caractère.

Remarque : il s'agit de la même hypothèse générale ayant seulement plusieurs aspects, épistémologiques et méthodologiques, et non pas d'hypothèses différentes.

Les hypothèses opérationnelles d'un point de vue psychologique :

(les hypothèses doivent être perçues ici au sens méthodologique et pratique).

1- La psychogenèse familiale induit le caractère familial.

2- Le caractère familial induit la psychogenèse individuelle .

3- La psychogenèse individuelle induit le caractère individuel.

4- Le caractère individuel participe à la psychogenèse familiale.

5- La psychopathologie familiale induit la psychopathologie individuelle.

6- Le caractère familial associé à la psychogenèse individuelle, associée au caractère individuel, lui même, associé à la pathologie familiale induisent la pathologie individuelle.

CHAPITRE I

BREF HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE :

Les directions fondamentales de la médecine furent tracés par les grecs. La médecine grecque s'est située entre deux pôles : la pensée magico-religieuse répandue en orient et la pensée rationnelle étayée de discours sur l'humain EMPEDOCLE et HIPOCRATE voyaient dans la santé l'équilibre entre les quatre humeurs : le chaud, le froid, le sec et l'humide renvoyant elles mêmes aux typologies des tempéraments.

Néanmoins, elle était caractérisée par deux tendances, réductionnistes où la (maladie est vue comme lésion locale) et globale, représenté par Hippocrate, où l'homme est observé dans sa totalité et où il est devenu nécessaire de concilier la maladie avec la nature.

Les troubles mentaux apparaissent donc quand ces quatre éléments sont pervertis. Aristote tentait, quant à lui, d'articuler le corps des naturalistes avec l'âme platonicienne, laquelle aurait trois fonctions hiérarchiques : croissance – sensation – intelligence.

L'héritage doctrinal d'Hippocrate fut par la suite repris par les Alexandrins au 3^{ème} siècle qui furent davantage praticiens du cerveau que les Grecs l'avaient été..

Plus tard les Romains considéraient la médecine comme une pratique qui ne concernait que les esclaves ASELEPIADE ami de Ciceron, en rejetant la théorie humorale, propose celle où la maladie serait la manifestation de trois canaux de l'organisme.

SARANUS d'Ephese décrivait l'angoisse et l'hystérie comme des stictus et leur traitement se faisait par la conversation.. Cette époque a connu ainsi une grande richesse en vocabulaire médical décrivant la souffrance morale, folie, la débilité et le délire.

Le christianisme, à ses débuts, voyait l'art médical comme une pratique païenne et la maladie comme conséquence du péché originel qu'il fallait assumer par l'amour et la charité.

Vers le 10^{ème} siècle, en Andalousie notamment, les médecins arabes recueillirent l'ensemble de l'héritage de l'art médical pour le répandre dans toute l'Europe. Le malade mental ne connaissait aucune ségrégation et la thèse de la possession démoniaque fut rejetée

EL-KINDI a pu lier la posologie des médicament aux effets thérapeutiques obtenus. Quant à IBN SINA (980 – 1037) " Avicenne ", par son ouvrage KANOUN, il a pu influencer toute la médecine du moyen âge. Il a aussi étudié les troubles de mémoire, de la perception et la mélancolie. IBN ROCHD et IBN TOFAIL, quant à eux traitaient des questions de psychologie fine.

Le premier "hôpital pour malades mentaux" fut créé à Bagdad et s'appela "Dar El Maristou".

La médecine hébraïque joua l'intermédiaire entre la médecine arabe et la médecine chrétienne, de part les traductions et les voyages que ses tenants effectuaient.

Les théologiens continuèrent, tout au long de cette époque, de s'occuper des maladies de l'âme. Celles-ci étant toujours assimilées à la notion de péché.

Il y a eu d'abord "S^t AUGUSTIN" *, ensuite ISIDORE de Séville, lequel s'est intéressé à la question de la tristesse paresseuse (acedie) avec sécheresse spirituelle, comme le fera CASIEN (Abbé de Saint- Victor) par la suite. Ils ont essayé, par ailleurs, d'apporter un remède, à cette maladie par le travail.

Pour ALBERT, comme pour AVICENNE, les ventricules cérébraux étaient responsables des fonctions mentales. Cependant, THOMAS D'AQUIN refusait de rattacher la démence naturelle au péché.

Le renouveau de la médecine fut amorcé en Espagne et en France (précisément à Montpellier) au 11^{ème} siècle, endroit où foisonnait les contacts avec la médecine arabe. A la même époque CONSTANTIN l'africain rédigea un traité sur la mélancolie. Ensuite, de leurs cotés le Catalan ARNAUD (1250-1313) et RAMON LULLE étudièrent la manie et la mélancolie. Pendant ce même 13^{ème} siècle, des universités furent créés en France et en Italie. Les troubles mentaux sont vus désormais comme une perversion des humeurs, à soigner par des purges et des saignés.

A la fin du moyen âge (14^{ème} et 15^{ème} siècle), l'Eglise s'associe à la croyance populaire pour faire chasse aux sorcières et aux esprits démoniaques, c'est à dire la chasse aux malades.

Nous tenons à préciser que cette approche historique de la pathologie mentale a été explicite car, c'est de cette façon là, qu'on peut situer, correctement, la naissance de la thérapie familiale dans cette évolution historique de la psychiatrie. Autrement dit, le problème de la pathologie mentale est d'abord de nature épistémologique (théories explicatives, compréhensives...), pour être ensuite de nature méthodologique pratique et enfin de nature thérapeutique.

* figure prodigieuse de la numidie (Algérie) antique.

1- LA PSYCHIATRIE PENDANT LA RENAISSANCE :

En 1525, la pensée d'HIPPOCRATE est traduite très correctement. Un mouvement d'humanisme apparaît, représenté par Montaigne et Léonard de Vinci, quand survient, à la même époque, la révolution Copernicienne. L'image du fou devient celle d'un personnage qui refuse règles et usages. La conception du rapport homme fou / monde s'inverse en un rapport homme sain/monde fou.

La sorcellerie est désormais tolérée à condition qu'elle reste dans ses propres limites. Meyer (1515- 1588) apparaissait comme le meilleur défenseur des sorciers, il en est autrement pour le juriste Jean Bodin (1580), qui les rejeta violemment.

A cette même époque, la clinique des maladies mentales connaissait un grand essor, notamment avec Jean Fernel (1486-1557) qui en établit une classification. :

- 1) maladie avec fièvre : a- Frénésies, atteinte directe du cerveau
 - Parafrénésie, atteinte par sympathie.
- 2) Maladies sans fièvre : a- Simples, secondaires aux jeunes, perte de sang.
 - Mélancolie et manie
- 3) Affaiblissement mental..

Pour Jacques DUBOIS (SYLVIVS) (1478-1555) et l'anglais Andrew BOORDE (1490-1549) la maladie se doit d'être traitée par son contraire et par la contrainte.

Le manicomie (Casa de Orates) de Valence, fondé en 1409 par Juan GILABERTO JOFRE, était en quelque sorte un foyer pour les insensés en Espagne. De nombreux endroits de ce genre apparurent par la suite, notamment celui de Jean Ciudad (1495-1550) le portugais à Grenade.

Au 18^{ème} siècle, la médecine ne pouvait se passer et se valider que par le langage mathématique, vu la prééminence de ce dernier.

GALILEE, DESCARTES, NEWTON, PASCAL, HUYGENS, LEIBNIZ, par l'impulsion qu'ils surent donner à la connaissance scientifique de leur époque, marquèrent tous son orientation où le mouvement, le dynamisme, la raison et la volonté étaient des concepts privilégiés pour connaître la réalité.

La physiologie, discipline dynamique, l'emportait sur l'anatomie, discipline statique. La "médecine mentale " fut longuement influencée par les traités philosophiques touchant l'humain.

La pathologie mentale était l'objet des seuls médecins mais appartenait également aux théologiens, aux moralistes et aux juristes qui s'intéressaient aussi à cette question.

Le dualisme cartésien âme-corps a beaucoup influencé cette époque où seule l'âme pensante (le cogito) était reconnue. J. LOCKE élaborait la méthodologie empiriste dont l'influence fut notable en psychologie et en psychiatrie alors que LEIBNIZ parlait déjà du parallélisme psychophysique. SPINOZA, quant à lui, refusa le dualisme cartésien.

Cependant, deux écoles ont pu marquer la médecine du 18^{ème} siècle :

- a- L'iatromécanique : cartésienne où le corps est vu comme une machine fonctionnant selon les lois de la statique et de l'hydraulique.
- b- L'iatrochimie : fondée par le précurseur de la biochimie moderne Van HELMONT (1577-1644) ; où le corps est vu comme dépendant d'un principe vital, où s'effectuent des fermentations.

Le 17^{ème} siècle ne distingua pas une médecine organique d'une médecine mentale. REYNOLDS et RICHARD MORTON s'intéressèrent, eux, aux difficultés alimentaires d'origine nerveuse.

T. WILLIS et SYDENHAM (1624-1689) se sont penchés, quant à eux, sur le problème de la mélancolie et l'hystérie, qu'ils localisaient, comme Charles LEBOS, au niveau du cerveau, et dont ils mirent en évidence l'aspect simulateur.

L'Espagnol Sébastien SOTO (1639) s'intéressait plutôt à la folie mystique liée à l'état religieux, alors que Paolo ZACCHIA (1584-1659) a pu fonder ce que nous appelons aujourd'hui la médecine légale. En 1659, une réforme des hôpitaux fut engagée par Louis 13 en France.

2-LE DEBUT DE LA PSYCHIATRIE MODERNE AU 18^{ème} SIECLE :

Le problème de la médecine mentale fut inauguré au 18^{ème} siècle par P. PINEL dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Il proposait de faire sortir les malades mentaux des prisons et de les distinguer des criminels, où des cures spéciales leur furent administrées.

Les philosophes du 18^{ème} siècle ont énormément contribué au développement de la médecine mentale, de part leur esprit méthodique et humaniste. L'empirisme de LOCKE qui voyait dans la source des idées, la sensation. BERKELEY et son célèbre immatérialisme. Un courant matérialiste vit cependant le jour au sein de la pensée médicale de l'époque, attribuant toute manifestation psychique au corps et au cerveau (DIDOROT).

J. J. ROUSSEAU et la bonté naturelle de l'homme, KANT et les catégories limitées de la raison, orientèrent la pensée de l'époque vers un humanisme de tolérance.

La maladie mentale est cependant toujours confondue avec les troubles somatiques. BOISSIER DE SAUVAGES (1700-1767) établit une nosologie méthodique dans laquelle il distingue :

- les troubles extérieurs au cerveau (ex. hypochondrie...)
- les troubles du cerveau (ex. Manie et mélancolie)
- la démence sénile et infantile .

L'hydrothérapie reste en vigueur en Espagne. En Italie, des travaux sur le cerveau débutèrent : William CULLEN (1710-1790) professeur à Glasgow ; dans ses ouvrages `la pratique de la médecine` et `la nosologie` dresse une synthèse de la maladie mentale, qui sera très utile pour les aliénistes de l'époque. Il inventa le mot `névrose` pour désigner l'ensemble des troubles nerveux.

Benjamin RUSH (1745-1813) est considéré comme le père de la psychiatrie américaine. Sa thèse prônait l'étiologie cérébrale de la maladie mentale, bien qu'il écoutait ses malades et leur parlait.

MESMER (1734-1815) rédigea son mémoire sur le magnétisme animal, et pensait que la maladie n'est qu'un trouble du magnétisme vital. Il est inutile de rappeler les méthodes d'hypnose qui en découlèrent (l'école de Nancy, CHARCOT, BREUER et FREUD).

En parallèle une tendance à la localisation cérébrale commença à se développer, amenant la théorie du criminel-né de LOMBROZO.

a-Humanisme et réformes des asiles psychiatriques :

ESQUIROL (1772-1840), élève de PINEL et FERRUS (1784-1861) élaborera la loi de 1838 qui fut signée par Louis-Philippe. Cette loi avait pour fonction la protection des malades mentaux et leurs biens. Deux formes d'internement à l'asile étaient désormais pratiqués ;

- a- Internement volontaire (décidé par la famille du malade).
- b- Internement d'office (décidé par le préfet).

Des réformes hospitalières virent aussi le jour au cours de cette période , notamment en Italie, en Angleterre et en Allemagne.

En réalité, l'essor de la psychiatrie du XIX^{ème} siècle est très lié au développement de la psychologie .

Au XIX^{ème} siècle, avec l'arrivée du positivisme, la biologie fait un grand pas dans la recherche et la connaissance (LAMARCKE ; C. BERNARD) ; la méthode anatomo-clinique s'impose de plus en plus comme seule forme acceptable d'une médecine scientifique. A cette époque, on trouve aussi les travaux de L. PASTEUR, de R. KOCH dans le domaine de la bactériologie et BAYLE pour la paralysie générale.

Par ailleurs, le darwinisme influença énormément la pensée psychiatrique de l'époque (Herbert SPENCER, , 1820-1903). Le sensualisme demeurait toujours prédominant notamment, lorsqu'il se conjuga à l'associationnisme anglais de Stuart MILL (1806-1875).

BROCA et WERNIKE s'intéressèrent aux lésions cérébrales responsables de l'aphasie. De 1881 à 1883, RIBOT publia trois ouvrages portant sur les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité. Période pendant laquelle la psychophysique apparaît en Allemagne avec WUNDT et WEBER où il était question de mesurer les fonctions psychiques pour les connaître.

Aux Etats Unis, W. JAMES fonda la psychologie pragmatique qui directement s'opposait à l'anatomisme associationniste, critique soutenue aussi par la thèse ` vitaliste` de BERGSON (mémoire et matière). Dans le même sens, KOFFKA, KOELLER... établissent leur "GESTALTTHEORIE".

Parallèlement à ceux-là, un mouvement sociologique apparaissait avec DURKHEIM et son ouvrage sur le suicide (1897), qui influença profondément la pensée psychiatrique. A cette époque, certains poètes et médecins tentèrent de rattacher certaines drogues à la maladie mentale (BAUDELAIRE...). De nombreux philosophes ont radicalement marqué l'ensemble de la pensée du XIX^{ème} siècle et même le XX^{ème} (MARX, KIERKEGAARD, NIETZSCHE...)

De 1847 à 1912, la théorie de la dégénérescence de MOREL et MAGNAN vit le jour, prônant la particularité de l'hérédité notamment concernant l'arriération mentale. Quant à Ernest LASERGUE et J. FALRET (1824-1902) restant à notre avis les seuls psychiatres de l'époque ayant pu admettre la notion de la " pathologie relationnelle " (dans leur ouvrage " la folie à deux, ou folie communiquée ", Nov. 1877 – Annales médico-psychologiques, T.18).

En 1843, le médecin anglais James Braid s'intéressa à `l'hypnose`. Cette tendance est à rattacher au grand courant du magnétisme animal et à l'intérêt porté à l'hystérie, à l'hypnose et à la suggestion psychologique avec J. CHARCOT à la Salpêtrière, puis S. FREUD, le fondateur de la psychanalyse et avec BERNHEIM à Nancy.

P. JANET fonda la théorie de la faiblesse du "Moi" dans la névrose (psychasthénie). L'intérêt sera ensuite porté sur la description nosographique des divers troubles mentaux, d'où la notion de "démence précoce" comme entité clinique à part.

C'est l'objectivisme organiste de Emil KRAEPELIN qui finalement sépara la psychiatrie de la philosophie en faveur de la biologie. Pour lui le malade n'est qu'un ensemble de symptômes dont il faut connaître le fonctionnement. A l'institut de recherche de Munich, E. KRAEPELIN établit définitivement sa nosographie des troubles mentaux (1896) distinguant deux grandes formes de psychose :

- a- La psychose maniaco-dépressive (qu'il considère comme curable)
- b- La démence précoce (catatonie ; hébéphrénie et la démence paranoïde qu'il considère comme incurables).

Quant à la psychiatrie anglo-saxonne, elle connut d'abord, au XIX^{ème} siècle, un intérêt vis à vis de la psychiatrie légale, ensuite pour une conception évolutionniste de la maladie mentale.

J. H. JACKSON (1835-1911) voit dans la complexité du cerveau les étapes ontogénétique et phylogénétiques de l'humain et la pathologie mentale ne serait qu'un processus régressif de ceci.

En Italie, mis à part les réformistes des asiles psychiatriques, c'est César LOMBROSO (1836-1909) qui professa le premier la théorie du " criminel-né ".

En Russie, BABINSKI puis Ivan PAVLOV, étudièrent les mécanismes réflexes du cerveau, et élaborèrent la théorie du conditionnement. KORSAKOFF étudia la psychose alcoolique et les troubles de mémoire qui en découlent.

3-LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE :

Il est certain qu'au début du XX^{ème} siècle, l'influence du siècle précédent, dans le domaine de la psychiatrie demeure présente. P. JANET fonda ce qu'on appelle "la psychologie clinique" qui met en valeur l'observation des cas individuels.

De nouveaux courants apparurent sur la scène de la psychologie et de la psychopathologie, ceux sont :

- La psychologie de l'enfant (H. WALLON, J. PIAGET), et les différents stades évolutifs de la personnalité de l'enfant.
- L'élaboration des tests mentaux et projectifs (BINET-SIMON, le RORCHACH...).

- Le behaviorisme de WATSON (la théorie de l'apprentissage instrumental, stimulus-problème).
- Développement de la réflexologie russe ainsi que de la Gestalt en Allemagne.
- Psychopathologie phénoménologique de K. JASPERS en 1913. (être dans le monde).
- L'avènement de la psychologie sociale et son essor aux Etats Unis (K. LEWIN) et l'étude des interactions des petits groupes.
- La sociométrie de MORENO et le psychodrame.

a- La contribution de la psychanalyse en psychiatrie :

(L'histoire psychologique (non sociale,...) du sujet)

La période de l'enfance avec les événements traumatiques qui peuvent s'y produire était pour FREUD le moment le plus déterminant de la vie mentale.

Pour lui, la névrose n'est que l'incapacité de l'individu à dépasser cette chose critique qui s'opère dans l'inconscient.

Au début du XX^{ème} siècle, l'hystérie était une maladie très répandue dans la société bourgeoise . Ainsi, FREUD a pu distinguer deux entités hystériques :

a – L'hystérie de conversion : ayant un symptôme des troubles corporels et un théâtralisme.

B – L'hystérie d'angoisse : (Névrose phobique ayant comme symptôme la sensation d'angoisse vis à vis d'un objet ou d'une situation en rapport avec un refoulement).

L'hystérie, en raison de l'absence d'une explication étiologique organique, fut à l'origine de la découverte de la psychanalyse.

FREUD rapprocha cette maladie d'un refoulement sexuel qu'il ne faut pas confondre cependant avec génitalité. Il déplaça l'étiologie de l'hystérie des troubles organiques vers un trouble des représentations et du sens (sens comme cause particulière).

La médecine de cette période était caractérisée par la méthode anatomo-clinique qui consistait à rattacher les symptômes à des lésions cérébrales. Lors de son voyage en France, à la Salpêtrière, FREUD put suivre les cours et les démonstrations que faisait CHARCOT sur l'hystérie.

Les hystériques étaient des patients facilement hypnotisables de telle sorte qu'une simple suggestion, sous état hypnotique, provoquait en eux une mobilité des symptômes. toutefois, pour CHARCOT, l'hystérie correspond bel et bien à une lésion neurologique. FREUD, dès son retour de Paris, sceptique quant à une étiologie cérébrale de l'hystérie, aidé par BREUER, a montré que celle-ci n'était qu'un trouble psychique inconscient qui porte un sens (le célèbre

cas de Anna. O.), trouvant son origine dans un traumatisme d'ordre sexuel subi pendant l'enfance et qui reste comme souvenir refoulé dans l'inconscient.

FREUD en abandonnant l'hypnose, trouva dans la libre association puis dans la cure verbale le meilleur remède à l'hystérie ainsi qu'à toutes les névroses dites de transfert (névroses obsessionnelle et phobique). Le malade opère un transfert sur son médecin, et en verbalisant ses fantasmes (vécu imaginaire et singulier) abrégait son conflit et s'en libère (catharsis).

La psychanalyse de FREUD a mis en valeur, grâce à l'hystérie :

- L'importance de l'histoire du sujet (histoire remplie d'imaginaires),
- Le rôle pathogène des souvenirs refoulés imaginaires et conflictuels, en rapport avec la sexualité infantile.

C'est vers 1920 que la psychanalyse connut un nouveau souffle qui lui a permis un certain élargissement conceptuel et clinique. Au delà des névroses de transfert concernant une clientèle adulte, les psychanalystes se sont intéressés à la psychose , aux névroses infantiles et aux troubles psychosomatiques.

Au cours des années 30, Mélanie KLEIN, en Angleterre, s'intéressa à la psychose infantile. De ce fait, l'œuvre Kleinienne semble compléter celle de FREUD, lequel ne s'est pas particulièrement intéressé à la psychose. KLEIN, dans ses analyses sur l'origine de l'état psychotique remonte aux phases les plus archaïques de la structuration de la vie psychique. Pour elle, la psychose comme la névrose n'est qu'une fixation dans l'une ou l'autre position archaïque de la prime enfance ; à savoir : la position schizo-paranoïde ou la position dépressive.

Aux Etats Unis, la psychanalyse est rapprochée de toute la dimension culturelle (E. FROMM, K. HORNEY, H. S. SULLIVAN). Certains psychanalystes se détachèrent de la pensée freudienne pour établir leurs propres théories ou écoles : A. ADLER et la psychologie individuelle, C. G. JUNG et la psychologie analytique, furent les principaux dissidents de la psychanalyse freudienne. Quoi qu'il en soit, le psychanalyste, contrairement au médecin classique, s'intéressait au malade et non à la maladie, et son approche se fondait sur l'écoute du " malade ".

Au début du XX^{ème} siècle, la neurophysiologie poursuit des recherches et gagne progressivement du terrain dans le champ de la psychiatrie. L'anatomie, comme la physiologie du cerveau, sont mieux connues. L'expérimentation sur le cerveau est de rigueur, permettant aux neurophysiologistes, par altération d'une aire quelconque du système nerveux, d'observer des réactions pathologiques qui en découlent.

Le néo-cortex est reconnu comme le siège des fonctions supérieures du comportement (mémoire, intelligence, langage...). La biochimie cérébrale constitue ainsi une partie considérable dans ce domaine. Conséquence logique à cela, la psychopharmacologie connaîtra désormais un intérêt capital, pour les cliniciens, en raison de sa commodité et de son action immédiate sur le système nerveux. Depuis, les psychotropes sont devenus l'apanage des hôpitaux psychiatriques.

BLEULER, quant à lui, établit une synthèse des travaux de FREUD et de KRAEPELIN en dégagant une nouvelle nosologie, d'où le terme "schizophrénie" qui lui revient.

En 1911, Ernest KRETSCHMER fait de la biotypologie la seule discipline capable de mieux rendre compte de la nature des maladies mentales.

Personnalité psychologiques et structure du corps, pour lui, ne font qu'un. La cyclothymie est un tempérament qui tend vers la psychose maniaco-dépressive, et la schizothymie vers la schizophrénie.

La notion de " réaction exogène " est toutefois reconnue, avec celle du "terrain favorable" aux agressions.

De nombreux psychiatres commencèrent à reconnaître alors l'existence possible d'une multiplicité étiologique des troubles mentaux, tels Jean DELAY et Henri EY (théorie multifactorielle).

J. DELAY et DENKER ont établi une classification générale des psychotropes, que nous présentons comme suit :

Le type	Action
1- psycholeptique sur l'humeur : neuroleptiques et tranquillisants	a- sur la vigilance : hypnotique
2- psycho-analeptiques	a- stimulant de la vigilance (amphétamines) b- stimulant de l'humeur (antidépresseurs ou thymo-analeptiques)
3- psychodysleptiques	hallucinogènes.

Dés le début du XX^{ème} siècle, les tests psychologiques (observation provoquée) font leur apparition, notamment avec Francis GALTON (1822-1911), SPEARMAN (1863-1945) et James CATTELL (1860-1944). BINET et SIMON ont créé le test du QI ; et CLAPAREDE en suisse le test professionnel, Harman RORCHACH (1884-7-1922) inventa, quant à lui, le test projectif de la

personnalité. Il est certain que les deux guerres mondiales ont énormément favorisé l'usage des tests pour la sélection en vue d'incorporation militaire.

La relation médecin-malade fut par ailleurs mise en valeur par les travaux de BALINT (1956). Les méthodes psychothérapeutiques, qu'elles s'inspirent ou non de la psychanalyse (expérientielles ; systémiques...) ont connu un remarquable essor. La dimension sociale s'affirmant de plus en plus dans la problématique de la maladie mentale. Les hôpitaux psychiatriques connaissent, depuis, des améliorations progressives d'où la notion de psychiatrie institutionnelle à l'instar de la chimiothérapie.

4-CAUSE EXPERIMENTALE, SENS CLINIQUE ET LA NOTION DE TRANSACTION :

Le signe au sens de symbole, renvoie à l'idée que n'importe quel objet peut constituer un signe dès qu'il exprime autre chose que lui même.

Le message selon la théorie pragmatique de la communication n'est pas celui défini par Ferdinand de SAUSSURE.

Le signe linguistique est, en effet, selon F. de SAUSSURE, composé du signifiant (image acoustique) et du signifié (le concept). Signifiant et signifié sont en réalité indissociables. Leur lien est nécessaire, bien qu'arbitraire. Ce sont les deux faces d'une même médaille.

Le signifié est l'impression psychique (concept, qu'il ne faut cependant pas confondre avec le référent " l'objet " de la réalité extra-linguistique).

Par contre, un message ou un élément de message sont pour les théoriciens de la communication, (le groupe Palo Alto), des comportements qu'il faut saisir dans leurs situations dynamiques et pragmatiques.

Cette même distinction est faite par Albert SCHEFLEN dans sa " méthode d'analyse de contexte " par opposition à l'analyse du contenu qui reste intrinsèque aux éléments composant les matériaux à étudier (textes, mots, images, etc..)*.

Autrement dit, dans la théorie de la communication, on parle plus de communication que de langage, puisqu'il s'agit d'étudier un lien d'interaction et non un objet en lui-même (le langage).

Pour F. de SAUSSURE, la langue, même en étant un objet en lui-même, est un système de signes où le plus important sont les rapports d'opposition et de différence.

* BATESON, BIRDWHISTELL, GOFFMAN... : « La nouvelle communication », P. 79, recueillis par Yves WINKIN, Ed. du SEUIL, Coll. Points, 1981.

Il a aussi mis l'accent : sur le fait qu'un signe, en dehors de ce système n'a plus de valeur linguistique, c'est à dire qu'un signe linguistique n'a pas de sens absolu mais devrait toujours être rattaché à son contexte langagier. A cet égard, les théoriciens de la communication, par complémentarité, ont dit que ce même contexte langagier doit lui aussi être rattaché au contexte pragmatique (comportemental) des relations interpersonnelles.

Il semble que, de ce point de vue, la langue n'est pas une substance mais une forme organisée.

En d'autres termes, l'analyse structurale ne porte pas sur la réalité effective du mode ; ce qui est l'objet des autres disciplines, 'le propre de son étude est ce qui dans le langage est référence au monde'**(p. 95).

Dans la linguistique structurale saussurienne, il n'est pas question de chercher en dehors de la langue même des explications de son objet. Car, comme le dit SAUSSURE lui même : « la langue est un système qui ne connaît que son ordre propre »* (p. 87).

Il n'est pas besoin de rappeler l'intérêt que porte la psychanalyse à la linguistique, et ceci a été d'autant plus fructueux avec les considérables contributions de Jacques LACAN dans ce domaine. La notion de "chaîne signifiante", "cet ordre propre" constitue de ce fait le paradigme central de ce rapprochement, dans la mesure où le signifiant a été revalorisé par rapport au signifié. De ce fait, le sujet cesse d'être source de la parole mais devient plutôt l'effet de celle-ci. L'algorithme Lacanien SA/SE à l'inverse de celui de SAUSSURE, exprime cette revalorisation du signifiant sur le signifié dans le discours du sujet.

W. Von. HUMBOLD donne à cet égard la définition suivante : « la langue est un ensemble d'éléments finis qui permet de créer un nombre infini de messages » ** (p. 132).

Dans le discours médical (dans la méthode anatomie – clinique) le signe renvoie à quelque chose, à une "cause", alors qu'en psychanalyse, le signe (ou symptôme) renvoie à un "sens". Le terme de symptôme signifie étymologiquement "ce qui vient avec, en corrélation", et par rapport au problème qui nous occupe renvoie donc à une structure, celle de l'inconscient ; il renvoie donc à la notion de sens, c'est à dire à une histoire fantasmatique singulière.

* « la révolution linguistique », Ed GRAMMONT, Lausanne, Robert LAFFONT, réalisé sous la direction de Henri TISSOT, 1975.

** « la révolution linguistique », Ed GRAMMONT, Lausanne, Robert LAFFONT, réalisé sous la direction de Henri TISSOT, 1975

** K.V. HUMBOLT (1767-1835) philologue , frère de l'explorateur et homme de science : Alexander V. HUMBOLT (1769-1859).

--	--	--	--

CHARCOT	FREUD	PALO ALTO	Thérapie familiale clinique
Cause (chose matérielle)	Histoire psychologique. Sens (histoire, discours fantasmatique singulier au sujet)	fonctionnement relationnel systémique	Sens relationnel non systémique mais singulier à la famille. Histoires fantasmatiques-réelles.
Cause – effet Qui se constate seulement.	<u>Comprendre</u> le sens de l'histoire singulière du sujet dont le but est la recherche d'un bonheur psychologique fantasmatique impossible (l'objet et le but du désir...)	<u>Expliquer</u> les lois circulaires du système familial dont le but est l'atteinte d'un équilibre.	<u>Comprendre et expliquer</u> le sens du roman humain mais sur la base des lois systémiques. Le but consiste à expliquer et à comprendre, donc la recherche du bonheur psychologique au niveau individuel qui aboutit par la formation du caractère et l'équilibre systémique qui aboutit à la formation d'une identité ou d'un type familial. Caractère individuel et type familial sont liés aussi en amont et en aval, dans le général et dans le singulier.

En thérapie familiale, le signe comme introduction d'information (ou comportement) dans un système relationnel, renvoie donc à une "situation" ou à un "sens relationnel".

CHAPITRE II

EPISTEMOLOGIE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

Lois générales, lois typologiques et lois cliniques de la famille et de l'individu :

Les problèmes épistémologiques en matière de psychopathologie sont analogues et reliés à ceux existants en matière de psychologie fondamentale (générale). Le débat se situe, donc, au niveau des concepts essentiels entre les écoles de pensée qui sont à tendances béhavioristes, à tendances typologiques, ou franchement à tendances cliniques (casuistiques).

Le dépassement de ce désaccord épistémologique en psychologie fondamentale, quant à l'objet, à la méthode, au but, et en psychopathologie, quant à l'étiologie, à la classification et à la thérapeutique des maladies mentales, ne peut se faire qu'en admettant l'hypothèse de la complémentarité théorique entre les écoles de psychologie (néobéhaviorisme, la psychologie clinique de D. Lagache...) pour le premier et qu'en admettant l'hypothèse de la multifactorialité de la pathologie mentale, avec une nosologie plus dynamique, pour le second.

En somme, il s'agit de faire donc un double dépassement épistémologique où *l'individuel* doit être rattaché au *groupal* (famille) et en même temps concilier les lois psychologiques générales aux lois typologiques, voire même aux lois cliniques (causes très particulières).

A propos de la psychologie fondamentale, la divergence de vue, classique au demeurant, entre les écoles de pensée est héritière de Dilthey (fondateur de l'épistémologie des sciences humaines) qui voyait, à priori, une incompatibilité entre les sciences de la nature (physique, chimie, biologie...) et les sciences humaines (psychologie, sociologie ...), lesquelles ne peuvent avoir, comme identiques, des principes (causalité ou finalité ?), une méthodologie (expérimentale ou bien clinique ?) et une nature de l'objet étudié (matérielle ou bien spirituelle ?).

Les sciences de la nature fournissent des données stables et constantes puisqu'elles opèrent sur des objets matériels dont les caractéristiques essentielles sont l'observabilité externe, la mesurabilité et sur lesquels on peut effectuer des expérimentations répétables afin de pouvoir dévoiler les causes ayant produit ces objets (explication). Par contre, les sciences humaines fournissent, en général, des données plutôt approximatives et non stables, puisqu'elles opèrent sur des objets immatériels (*comportements individuels et sociaux...*), dont les caractéristiques essentielles sont l'observation intersubjective ou bien *l'entretien (accès à la subjectivité d'autrui)*, ils sont en partie intérieurs et accessibles seulement à la compréhension et non

à l'observation externe).Ils sont non mesurables et se prêtent mal à l'expérimentation. Seule la compréhension clinique peut accéder et connaître le sens (*cause particulière*) d'un comportement.

Sciences	Ecole psychologique	Exemple	Méthode de recherche	Objet	But
Sciences de la nature	Ecole béhavioriste cherche à appliquer tous les concepts des sciences de la nature à la psychologie.	Objet libre qui tombe à cause de l'attraction. Lion → peur	Méthode expérimentale causalité – recherche des causes par vérification.	Matériel - observable extérieurement- mesurable – soumis à l'expérimentation.	Explication par rattachement constant des phénomènes (cause – effet).
Sciences humaines	Ecole clinique de D. Lagache : la cause est un sens (cause particulière).	Paralysie de l'hystérie due non à une cause organique mais à un sens (cause particulière à la personne, désir interdit...)	Méthode clinique (casuistique) qui recherche le sens intérieur par l'entretien avec le sujet le sens narcissique- anaclitique ou oedipien.	Immatériel –non observable de l'extérieur- non mesurable – pas d'expérimentation. Intérieur, singulier et doté de sens.	Comprendre le sens (cause singulière) du comportement Saisir le sens narcissique, anaclitique et névrotique de la conduite.

Exemples simples :

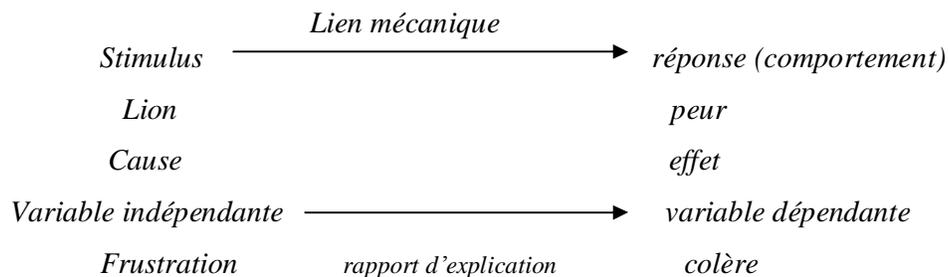
	Matière grasse. Science de la nature	Main de l'enfant Béhaviorisme	Main de l'adulte Psychologie clinique
feu	fond	Retrait réflexe (comportement moléculaire)	Evite de s'approcher (comportement molaire).
analyse	Explication, causalité, le feu qui est la cause de l'état fondu du beurre.	Comprendre l'instinct : le comportement de retrait de la main ; (identique chez tout le monde) ; est causé à la fois par le feu et par le but de l'instinct de conservation générale. Comportement moléculaire = f(individu) × stimulus. Comportement moléculaire = f(but) × stimulus.	Comportement clinique (du cas) : le comportement d'évitement anticipé du feu (non identique mais selon la personnalité et son vécu) est "causé" à la fois par le feu comme danger et par le but du Moi personnalisé qui évite le déplaisir. Comportement = f(personnalité) × stimulus. Comportement = f(but singulier) × stimulus.

*Wilhelus Dilthey « critique de la raison historique. Introduction aux sciences de l'esprit et autres textes » 1883(P.U.F, 1943).

Notre partie théorique est plus ample que la partie méthodologique car le thème de notre recherche est lui-même de nature épistémologique (explication de la maladie mentale, le statut scientifique de la psychologie, le problème de ses méthodes ...).

2-L'ECOLE BEHAVIORISTE (WATSON) :

C'est le courant le plus objectif en psychologie car il rejette l'introspection comme méthode de connaissance, qui pour lui, ne permet ni l'observation extérieure ni la mesure quantifiée des phénomènes psychiques, ni l'expérimentation. Comme il rejette aussi la notion de "conscience " comme objet de la psychologie scientifique car échappant à la méthode expérimentale. Le béhaviorisme a été très influencé par les sciences de la nature et a, par conséquent, appliqué la méthode expérimentale, qui consiste à observer objectivement le comportement extérieur et le mesurer à l'aide d'instruments objectifs, lequel comportement est vu comme une " chose " ayant des causes externes (stimuli) et constantes données, à partir desquelles on peut dégager (induire) des lois générales semblables aux lois des sciences de la nature.



Loi générale applicable à tous les êtres humains sans tenir compte ni du type de personnalité, ni du sujet singulier. C=organisme ´ stimulus.

Le néobéhaviorisme : le béhaviorisme subjectif a reconsidéré la conscience et son rôle dans la production des comportements extérieurs, lesquels sont le produit entre le but intérieur (vouloir s'adapter) et le stimulus extérieur. Tolman a mis en valeur le comportement intentionnel en disant que le comportement extérieur sans la personnalité (conscience, but, intention, dimension intérieur) n'est qu'une gesticulation sans sens. Car la personnalité est la variable intermédiaire entre le stimulus et le comportement.

Comportement = f(personnalité) × stimulus.

Comportement = f(but singulier) × stimulus

3-L'ECOLE CLINIQUE ET PSYCHANALYSE (D. LAGACHE) :

Parmi ses représentants, on a bien au début Dilthey, ensuite K. Yaspers, D. Lagache, C. Rogers... Elle voit dans le fait psychique des phénomènes internes inaccessibles à la méthodologie expérimentale (observation extérieure, mesure, expériences, causalité...) ; mais accessible à une méthodologie adaptée à la spécificité humaine. Il s'agit de la méthode clinique, dite compréhensive et qui consiste à s'entretenir avec la ou les personnes à étudier pour saisir, comprendre, dévoiler le sens singulier (cause et but singulier) ayant motivé leurs comportements. Ce sens obéit plus à des lois cliniques, c'est à dire, applicable seulement à cette personne, à ce cas ; ou/et à des lois typologiques (divers personnalités et caractères) qu'à des lois générales applicables à tous les êtres humains de la même façon. Dilthey disait que : « *si la nature s'explique, l'humain se comprend* ».

Tableau du double dépassement épistémologique :

Ce double dépassement va du général (béhaviorisme) au profit du typologique et de l'individuel au profit du groupe familial.

	Lois générales	Lois typologiques	Lois cliniques casuistiques
Individu	Béhaviorisme (Watson) Stimulus – Réponse	Caractérologie psychopathologique (Bergeret : caractères névrotiques, psychotiques, narcissiques). Stimulus – Réponse typologique.	Le sujet de l'inconscient, le cas (Lacan, Lagache, Allport). Stimulus- Discours du sujet et fantasmes singulier.
Famille.	Théorie générale des systèmes (<i>système familial</i>).	Typologie familiales Wynne, Rischter, et Faunce.	Thérapie familiale clinique, casuistique. Eiguer et Ruffiot.

Dans le même ordre d'idées, Maud Mannoni considère que la théorie familiale anglo-saxonne comme préoccupée seulement par certaines données de types expérimentaux, se référant à la fois à des critères logiques et au recours de l'enquête psychosociologique.

En épistémologie, on a toujours considéré que chaque phénomène a des causes qui le produisent. Et la connaissance scientifique consiste justement, en employant, une méthodologie bien délimitée, à rattacher les phénomènes à leurs causes.

De ce fait, les maladies mentales sont aussi un phénomène qui existe, dès lors on peut légitimement poser la question de leurs causes.

	CHARCOT	FREUD
Nosologie Science des symptômes	Symptômes hystériques (paralysie, cécité...) organiques	Symptômes hystériques (paralysie, cécité...) organiques
Etiologie (science des causes)	Organique : trouble ou lésion dans le système nerveux	Psychologique : trouble dans les représentations narcissiques-limites-oedipiennes .

Cause → effet. Sens (cause particulière) → effet

La psychiatrie et la psychopathologie traitent du même objet, à savoir les troubles psychiques. Or la psychopathologie ne se contente pas seulement de décrire, sérier ses troubles et en proposer une panoplie thérapeutiques. La psychopathologie, à la différence de la psychiatrie, tente aussi d'établir des théories, si non des lois à ces symptômes psychiatriques. C'est à dire, elle transcende la psychiatrie, épistémologiquement parlant, en proposant une connaissance explicative et non plus seulement descriptive des maladies mentales.

Donc, ces faits psychopathologiques sont, en effet, sériés, classés mais aussi expliqués, voire même compris, dans le cadre de la psychopathologie.

Ainsi le rituel du lavage de l'obsessionnel, la peur non justifiée du phobique, la paraplégie de l'hystérique, la persécution du paranoïaque, les hallucinations auditives du schizophrène ou le dégoût de la vie du dépressif sont des symptômes (variables dépendantes en terme méthodologiques) dont les causes (variables indépendantes) sont mises en évidence par la psychopathologie.

Toutefois, en matière de psychopathologie, s'il y a une relative convergence entre les divers courants scientifiques, cette convergence se limite en général au niveau des dénominations (définitions) des maladies mentales et leur classification (tel que le DSMIV(1996), CIM...) ; et n'intervient que rarement au niveau des théories ou lois explicatives. C'est donc à ce niveau là que se situe le débat épistémologique dans cette discipline.

Ainsi, on a trois grands courants psychopathologiques et chacun de ces courants peut avoir plusieurs théories particulières mais obéissant à un même paradigme. Ce paradigme peut être le "biologique", le "psychologique" ou le "biopsychosocial".

Ainsi on a trois grands modèles explicatifs de ce qui est la maladie mentale.

4- LE MODELE BIOMEDICAL :

C'est un modèle qui est à la recherche de la cause. Ici il n'est pas question d'histoire, de drame narcissique, dépressif et oedipien infantile ou adulte, pas de romance mais des choses au sens matériel du terme.

Ce modèle épistémologique est aussi connu sous le nom d'organogénèse . Dans ce modèle les causes des maladies mentales sont un processus pathogène organo-physiologique, c'est à dire il s'agit d'un trouble ou lésion se situant dans le système nerveux, et ce trouble est à l'origine des symptômes psychopathologiques. Les processus pathogènes sont conçus comme se déroulant en dehors de la personnalité du patient et de son milieu, lesquels n'y sont pour rien dans l'apparition de la maladie.

Les causes organiques concernent aussi le type de constitution corporelle (leptosome, pyknique, athlétique...) si on rattache les théories constitutionnalistes classiques (biotypologie, Kretschmer, Sheldon...) au modèle biomédical.

On relie, donc, ces causes organiques aux symptômes psychopathologiques par les méthodes expérimentales et anatomo-cliniques qui vont mettre en relief le rapport suivant :

Lésion comme "cause" → symptôme comme "effet" ou cause → effet.

Le modèle biomédical est un "modèle explicatif" s'appliquant en général sur toutes les maladies du champ médical. D'un point de vu historique, Ribot est considéré comme l'un des précurseur de ce courant car il avait élaboré à son époque toute une théorie, de type organogénétique, expliquant les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité.

<p>Modèle biomédical. (Ribot, Charcot, Kraepelin, Kretschmer, la psychiatrie biologique moderne).</p>	<p>- Troubles biochimiques ou lésion dans le cerveau. - Biotype (leptosome, pyknique...).</p>	<p>Psychopathologiques : symptômes Délire de grandeur, obsession....</p>
	<p>Etiologie →</p>	<p>nosologie</p>
<p>Relation d'explication (cause) sans renvoyer à un sens, elle se constate c'est tout.</p>		

« Il est évident que le modèle biomédical qui malgré sa vigueur scientifique ignore tout des composantes psychologiques et sociales de la maladie ... ». P. 6. *

Le modèle biomédical est un modèle réductionniste, vu la complexité de la pathologie mentale, puisqu'il voit dans les perturbations neurochimiques du cerveau la cause unique de cette pathologie.

5- LE MODELE PSYCHODYNAMIQUE :

C'est un modèle qui s'intéresse aux histoires fantasmées et imaginaires, vécues par les patients. Le complexe d'œdipe est une histoire, ou vécu comme une histoire spéciale et fantasmée.

Ce modèle est : " à la recherche du sens " , il s'agit donc, de comprendre le sens des histoires précoces et infantiles vécues par l'individu, jusqu'aux histoires actuelles dans sa vie d'adulte.

Ce modèle est connu aussi sous l'appellation de 'psychogenèse' qui signifie littéralement « cause psychologique ». Les histoires inconscientes sont des histoires spéciales, très spéciales, tels que : *l'enfant se sent tout puissant, l'enfant est triste pendant l'absence de la mère idéale, l'enfant aime sa mère, le père est jaloux de l'enfant etc...*, vécues par les sujets.

Selon ce modèle, les causes des troubles psychiques sont, donc, psychologiques : c'est à dire un trouble dans les représentations, lesquelles sont liées aux différents stades de l'évolution de la personnalité (dimension psychogénétique), caractérisés par une série de conflits et de crises (histoires imaginaires de toute puissance, de dépendance ou de rivalité) entre le soi (self), qui se forme, et l'objet qui se crée progressivement, en se détachant du moi.

Le non dépassement (non résolution) d'un conflit entre soi et l'objet , même à une phase précoce, arrête l'évolution de la personnalité et configure déjà la structure de la personnalité d'un individu et, par conséquent, le type de pathologie mentale qui risque de l'atteindre, éventuellement.

Le développement psychologique de la personnalité passe, donc, d'un narcissisme fusionnel et morcelé avec l'objet mère vers un narcissisme unifié et mégalomane, ensuite vers une période anaclitique d'affaiblissement du moi, désormais séparé de l'objet (la mère) mais très dépendant d'elle ; et enfin vers une période de relation triangulaire, caractérisée par

* Psychiatrie clinique approche bio-psycho-sociale. Lalonde, Grimberg et Coll Ed. Gaetan Morin. 1988. Montréal.

L'introduction de l'ordre (le Père symbolique) dans le vécu imaginaire et exclusivement fantasmatique de l'enfant.

Dés lors, les causes psychologiques qui sont derrière l'apparition de telle ou telle maladie mentale sont justement la fixation et la cristallisation du fonctionnement psychologique à l'une des phases décrites précédemment ; ce qui donne lieu à une structuration psychologique donnée : d'abord psychotique, ensuite anaclitique et enfin névrotique.

Chacune de ces trois structures a, en fait, deux destins : celui de la personnalité, dont les traits sont le prolongement extérieur et observable de la structure profonde, en cas d'adaptation ; ou une pathologie mentale comme prolongement extérieur et observable, avec des symptômes déterminés de cette structure psychologique profonde en cas de désadaptation.

<p>Relation objectale : Histoire psychologique Histoire objectale. Le vécu comme discours sur un drame fantasmé</p>	<p>Période du narcissisme morcelé. <u>Histoire psychologique</u> : vit dans la mère, bonheur total, il ne sent pas de limite à son corps...</p>	<p>Période du narcissisme unifié. <u>Histoire psychologique</u> : vit un sentiment de toute puissance du moi. Moi victorieux.</p>	<p>Période anaclitique. <u>Histoire psychologique</u> : il vit une tristesse. Moi affaibli.</p>	<p>Période triangulaire.. <u>Histoire psychologique</u> : il désire la mère et déteste le père</p>
<p>Structure psychologique</p>	<p>Structure schizophrénique</p>	<p>Structure paranoïaque</p>	<p>Structure limite</p>	<p>Structure névrotique</p>
<p>Maladie</p>	<p>Dissociation de la personnalité</p>	<p>Délire de grandeur, délire de persécution.</p>	<p>Dépression</p>	<p>Hystérie, névrose Obsessionnelle</p>

A la différence du modèle biomédical qui recherche la cause (une chose et non un sens) de la maladie mentale, le modèle psychodynamique recherche plutôt un sens, un drame, un discours, une romance, une tragédie, ou tout simplement " une histoire qui se comprend ", même infantile. Tel que : l'enfant aime sa mère, laquelle le rejette etc.

<p><i>Freud, Yung, Lacan, Bergeret . Exemple d'histoire fantasmatique mais qui se comprend : enfant aime mère, mère aime enfant, enfant ignore l'existence du père, mère rejette père, père refuse de retirer l'enfant de la relation duelle...</i></p>	<p><i>Troubles des représentations et des vécus (drame, discours, histoire, romance, tragédie), qui se comprennent même infantiles mais qui ont un sens. Chaque stade a une histoire particulière le caractérisant.</i></p>	<p><i>Symptômes divers</i></p>
--	---	--------------------------------

6- LE MODELE MULTIFACTORIEL (BIO-PSYCHO-SOCIAL) :

La pathologie mentale a des causes organiques conjuguées à des "causes" (histoires) psychologiques et sociales. C'est le modèle le plus proche de la vérité et le plus utilisé en psychiatrie.

Les perturbations biochimiques ne peuvent à elles seules expliquer tous les aspects de la schizophrénie par exemple ; c'est une condition nécessaire mais non suffisante pour expliquer la maladie mentale. Car un trouble biochimique dans le cerveau ne va pas se limiter aux frontières du biologique mais va déplacer l'individu du fait matériel perturbé, qui ne contient pas un sens ou une histoire psychologique, vers le domaine du sens et des représentations (causes singulières) chez l'humain.

En plus, à ces causes biopsychologiques s'ajoutent des facteurs proprement sociaux (relations familiales, sociales, professionnelles...) qui concernent toutes la dimension communicative, interactionnelle et culturelle, qui déterminent la pathologie mentale de l'individu.

Cette dimension influence donc la façon dont va se structurer et évoluer cette maladie. Ceci a été vérifié statistiquement.

"Il existe de nombreuses preuves, en éthologie et en épidémiologie, que les expériences existentielles précoces, récentes et courantes affectent la forme et l'évolution de beaucoup de maladie mentales et physiques". P.7*

Wiufrid Huber déclare à ce sujet en disant : "quant au malentendu concernant les facteurs biologiques, nous pensons à l'idée fréquente, et pas seulement chez l'homme de la rue, selon laquelle un trait de personnalité ou un comportement sont d'autant plus stables dans le temps qu'ils sont plus fortement influencés par un facteur génétique, et qu'ils ne sont modifiables que par une intervention directe sur le patrimoine génétique...l'erreur de ce raisonnement apparaît lorsqu'on considère le fait que l'expression d'un caractère génétique est fonction de certaines caractéristiques du milieu qui permettent ou non sa manifestation. ". P.82**

Ce principe de la combinaison hérédité-milieu a été mis en évidence par les travaux sur la mouche Drosophile où il a été démontré que le nombre de facettes des yeux est déterminé à la fois par la constitution génétique et par certaines conditions du milieu dans lequel évolue cette mouche.

* Psychiatrie clinique approche bio-psycho-sociale. Lalonde, Grimberg et Coll ED. Gaetan Morin. 1988. Montréal.

** l'homme psychopathologique et la psychologie clinique Wiufrid Huber ED FUF. Paris 1993.

Henry Ey a déjà, dans le passé, dénoncé le danger pour la psychiatrie, représentée par la vision cartésienne (parallélisme corps/esprit). La psychiatrie risque d'être écartelée entre un méandre sociologique pure, qui la dissoudrait, et un biologisme purement organique, incapable de rendre vraiment compte de ce qu'est l'humain, son drame, son histoire, son sens.

Pour H. Ey***, dont la théorie est assez proche du modèle bio-psycho-social, il y a " un corps psychique " qui est le produit de l'interaction du système nerveux avec les expériences psychologiques personnelles et qui va toujours vers un état de plus en plus évolué et complexe ; c'est à dire, d'un comportement automatique et élémentaire vers un comportement volontaire et conscient.

La maladie psychologique n'est que la régression de cette évolution vers un état où ce corps psychique se dissout, situation qui laisse apparaître des formes comportementales primitives, élémentaires, automatiques et inconscientes ; c'est à dire la formation des symptômes psychopathologiques. Le sommeil avec les rêves est un exemple ordinaire de cette dissolution.

Modèle biopsychosocial.

1-facteur prédisposant biologique (biotype)	Trouble biochimique au niveau du système nerveux avec un biotype donné (leptosome, pycknique...)	Symptômes psychopathologiques divers
2-facteur prédisposant psychologique (structure psychologique de base)	Histoire imaginaire qui a un sens singulier pendant l'enfance (histoire narcissique, anaclitique, triangulaire)	
3-facteur déclenchant de type social NB : le facteur social est toujours chronologiquement et réellement après le facteur biotypologique et psychologique.	Interaction familiale actuelle (histoire non imaginaire, réelle, singulière à un type familial. Relation socio-culturelle.	

Etiologie multifactorielle (Complexe) → nosologie.

***H. Ey (1978) « Manuel de Psychiatre ».

Ce modèle épistémologique semble être le plus pertinent et semble mieux correspondre à la réalité, du fait qu'il tient compte de tous les aspects de la vie, en général, et ceux de la pathologie mentale en particulier ; il faut dire que les phénomènes sont toujours complexes et composés ; et en particulier quand il s'agit des phénomènes humains qui sont régis à la fois par des lois propres aux sciences de la nature et par des lois propres aux sciences humaines (lois typologique et lois cliniques, casuistiques) .

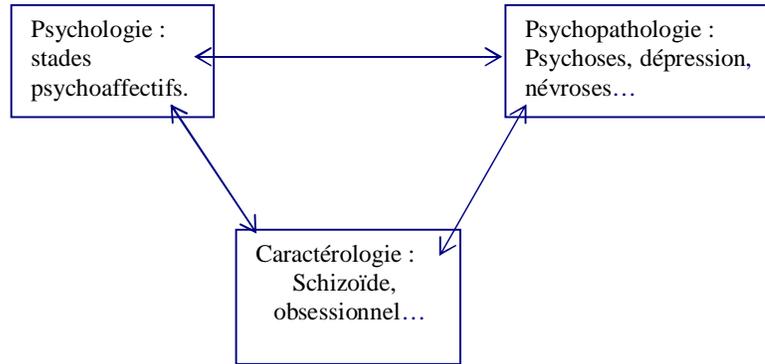
Le modèle biologique (innéiste) et le modèle sociologique constituent deux positions extrêmes, se situant de part et d'autre de la réalité humaine si complexe.

"Cette action (NDR : action du milieu) ne doit pas être considérée antagoniste du donné génétique. C'est un va et vient permanent, un dialogue, un feed-back qui s'établissent. C'est la psychanalyse qui nous a relevé la force des fixations affectives de l'enfance. Il ne convient pas pour autant de négliger l'importance des facteurs cognitifs et l'importance *des échanges ultérieurs* avec le milieu (qu'on a parfois tendance à minimiser au profit des premières relations). D'où notre démarche qui consiste à situer le sujet successivement le long de l'axe vertical ou diachronique de son historicité et dans le plan horizontal ou synchronique de sa "sociabilité". P.8.*

· Psychologie psychiatrie. C. Koupernick, C. Gaidamour., J. J. Schneider. ED. Flammarion Medecine 2^{ème} édition n°19. Paris. 1973.

Donc, une personne saine ou malade est un ensemble complexe de données biotypologiques singulières, avec des données sociofamiliales.

Par ailleurs, si on rattache le champ de la psychogénétique, à celui de la caractérologie et à celui de la psychopathologie, nous pouvons dégager les lois psychologiques suivantes



- 1- STADE PSYCHOAFFECTIF : NARCISSIQUE = [Fusionné
Moi + Objet] moi ignore l'existence de l'objet extérieur, fusionné avec lui.
Moi narcissique Total
Moi se prend comme Objet et s'aime
structure psychologique psychotique (Schizophrénie, paranoïa).
Risque : moi éclaté (angoisse).
- 2- STADE PSYCHOAFFECTIF : ANACLITISME = Séparé
Moi / Objet moi est conscient de l'existence de l'objet extérieur, mais le moi dépend de lui.
*Moi aime l'Objet idéal (statut de complément narcissique)
Extérieur à lui : manque narcissique des état-limites,
Des toxicomanes.*
structure psychologique-limite (dépression, maladies psychosomatiques)
Risque : moi perd l'objet (angoisse).
- 3- STADE PSYCHOAFFECTIF : TRIANGULATION = Père symbolique
Séparé / Interdit
Moi / Objet « Sexuel » moi est conscient de l'existence de l'objet extérieur, séparé de lui et interdit par le père symbolique.
Structure névrotique.
Risque : moi culpabilisé

CHAPITRE III

CARACTEROLOGIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE

1-PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT TRANSACTIONNEL DE LA PERSONNALITE :

Un système de transactions aurait comme effet sur un membre familial, depuis l'enfance, la structuration et l'émergence des traits de caractère qui en se combinant formeraient un modèle comportemental, un deutéroapprentissage (ou apprentissage de la façon d'apprendre comme le dirait Grégory Bateson), qui devient ensuite la source des conduites futures du dit membre.

" L'apprentissage est une modalité de traitement de l'information, qui conduit à la modification des systèmes de pensée, d'action et d'émotion, par essais et erreurs, en fonction des données de l'environnement interne et/ou externe. Il repose sur différentes formes de mémoires, qui intègrent des données éventuellement transmises d'une génération à une autre. L'apprentissage est ce qui permet l'acquisition des automatismes inconscients et préconscient, en fonction des expériences apportées par les interactions familiales et sociales " P. 42*.

Bateson distingue donc quatre niveaux d'apprentissage hiérarchisés :

- Apprentissage de niveau zéro : il est effectué sans contexte et concerne les acquisitions primaires définitives, tel que les associations motrices ou perceptives.
- Apprentissage de niveau I : il suppose un changement dans la spécificité de la réponse dans un contexte fixe, tel que le conditionnement Pavlovien.
- Apprentissage de niveau II, deutéro-apprentissage : il correspond à un transfert d'apprentissage ou l'apprentissage d'un modèle d'apprentissage, ou bien, une façon habituelle d'apprendre (ce qui correspond à notre sujet) ; il s'agit donc du processus responsable de la formation d'un caractère ou d'une personnalité, c'est à dire la façon de se comporter, de la même manière, dans les multiples contextes. « Pour G. Bateson, *la description des caractères humains* (dépendant, fou, hostile, passif, joueur, habile, etc.) est une manière de ponctuer l'interaction humaine en fonction des contextes de contextes dans lesquels s'opèrent les interactions habituelles. Il s'agit donc d'un apprentissage que l'individu fait de ses apprentissages successifs. De même, les phénomènes de transfert en

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous diret de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

psychothérapie, et de double bind, apparaîtront comme des apprentissages d'apprentissages des systèmes de relation familiale et sociale » P 44*

C'est l'apprentissage général que fait l'individu de ses propres apprentissages particuliers.

- Apprentissage de niveau III : il est rare, c'est le changement dans la façon de changer qui se produit après une psychothérapie (changement du caractère)
- Apprentissage de niveau IV : apprentissage inaccessible à l'humain.

Dans le cadre de notre recherche, nous tentons d'établir des liens, ou une corrélation biunivoque entre ce que sont les traits d'une personnalité et éventuellement les symptômes qui y surgissent, et une sorte de typologie familiale, ayant aussi des traits caractérisant ses transactions, ses mythes, ses rôles, ses modes de pensées ... voire même sa pathologie. Cette typologie familiale est donc derrière les profils des personnalités de ses membres. Les traits de caractère des individus ne sont que les reflets des types familiaux auxquels ils appartiennent. " Les interactions se stabilisent en transactions schizophréniques, anorectiques, psychosomatiques, toxicomaniaques, délictueuses (G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, A. J. Ferreira, S. Munichin, M. Slvili-Palazoli, etc ...). Les typologies cherchant à généraliser et objectiver les intuitions cliniques des typologies précédentes, en prenant en compte la possibilité d'une poly-symptomatologie dans certaines familles, d'une souffrance familiale potentielle dans des familles sans aucun symptôme, et en reliant les caractéristiques de ces familles à certains *paramètres spécifiques des interactions* ". P. 578 *

La méthodologie de notre travail consiste justement à établir cette corrélation entre d'une part le clinique et le typologique individuel et d'autre part le clinique et le typologique familial.

"Ces typologies sont à la base des grandes découvertes de l'école de Palo Alto et de l'épistémologie qui en est résulté. Leur mérite est d'avoir établi un pont dynamique entre certains diagnostics ayant un caractère essentiellement statique aboutissant à un pronostique traditionnellement défavorable et des possibilités d'amélioration dynamiques entièrement nouvelles. Il en résulte une transformation radicale des relations entre psychothérapies et sociothérapies par le biais de l'approche familiale, un symptôme schizophrénique, un comportement anorectique, un caractère ou un délire paranoïaque, un acte délictueux, etc... peuvent aussi être reliés à des systèmes ayant un sens relationnel, et modifié par une intervention groupale sur ces systèmes ". P. 579 .*

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous diret de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

Parmi les plus importantes typologies familiales conceptualisées, on a d'abord celle élaborée par Jules Riskin, E. Faunce mais surtout celle de A. Eiguer**, comportant la famille narcissique, anaclitique et névrotique que nous développerons en détail dans ce chapitre et qui s'appelle les typologies familiales "multivoques". Ces types ou caractères familiaux sont établis sur la base des paramètres de l'échelle d'évaluation des interactions familiales pathologiques ; c'est-à-dire l'établissement de caractères familiaux en observant, lors d'entretiens avec les familles, le genre et le style d'échange et de discussions entre membres sur la base d'étalons référentiels de transactions familiales répertoriées.

Cette échelle d'évaluation est donc comme suit :

- Clarté – obscurité des énoncés échangés.
- Continuité – discontinuité des thèmes de la conversation.

Engagement – désengagement des partenaires aux propos énoncés.

- Accord – désaccord entre eux.
- Intensité des variations affectives en fonction de la nature des échanges.
- Qui parle à qui, qui interrompt qui ?
- Qualité amicale, indifférente, agressive de la relation.

A travers cette grille, ces auteurs ont abouti à une classification de cinq types de famille :

- familles à problèmes multiples.
- familles bloquées.
- famille avec un enfant – patient désigné.
- Famille aux problèmes interactionnels non typiques.
- Famille normale.

S. Munichin a proposé, quand à lui, deux types de familles : P. 580 *

- familles désengagées : transaction psychopathiques ; exemple à cela : les parents sont indifférents si leurs enfants volaient l'argent du déjeuner.
- familles enchevêtrées : il n'y a pas de différenciations importantes et claires entre les membres. Le comportement d'un membre se diffuse sur les autres membres d'une façon contagieuse. Ce type familial correspond aux familles psychosomatiques, psychotiques, où le lien entre caractère familial est plus direct quoique plus fantasmatique.

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous diret de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

** EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale**. Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière.

Par ailleurs, il y a eu aussi une typologie familiale psychanalytique "fantasmatique", où les transactions Enfants-Parents sont plus imaginées que véritablement réelles. Il s'agit de la relation directe Mère / Enfant, qui est d'abord narcissique ensuite devient anaclitique, et enfin se transforme en une relation triangulaire, grâce à l'introduction du père symbolique, qui mettra en ordre ces premières relations "naturelles" Mère / Enfant en les moulant dans une relation culturalisée.

" Le modèle psychanalytique conduit le plus souvent à faire les distinctions suivantes : familles caractérielles, symptomatiques, névrotiques, psychotiques, perverses, objectales, dépressives, narcissiques (cyclothymiques, paranoïaques, schizophréniques)". P. 582. *

H. E. Richter parle de névroses familiales, de symptômes qui s'organisent autour d'un patient désigné, isolé (délinquant ...), et de névroses familiales de caractère qui n'isolent pas ses membres.

*A. Eiguer***, propose dans le même ordre d'idées les trois types familiaux suivants et qui concernent l'étude de nos cas familiaux traités au chapitre VI « étude pratique des cas familiaux » :

a- La famille normale : ayant accédée à l'ordre symbolique.

Le cas de la « famille à structure névrotique » ne verrait pas apparaître les liens en déséquilibre mais les inversions sexuelles joueront un rôle dans l'origine des troubles*.

b- La famille dépressive : organisée par l'absence de l'objet.

Un autre cas de figure serait celui des familles où les liens narcissiques apparaissent comme affaiblis face aux liens objectaux, ils sont de ce fait comme déformés, le soi familial et trop incertain, les limites famille-monde extra-familial sont peu claires, laissant apparaître une dévotion excessive envers les familles d'origines des parents (ou d'un des parents) et leurs objets infantiles. Les attitudes sacrificielles ne sont pas rares. Les parents resteraient fusionnés aux grands-parents ; les deuils longs et difficiles ; les affects nostalgiques. (Famille à structure anaclitico-dépressive ; patients dépressifs, alcoolisme).

c- La famille narcissique : organisée d'une façon rigide et sur l'illusion.

Si le déséquilibre se fait au détriment des liens objectaux cela conduirait à ce que les liens narcissiques soient dominants : c'est le cas de la famille où les différences générationnelles, de sexes, des individualités, de la perception de l'écoulement du temps s'émoussent (famille à structure narcissique, à patients psychotique)**.

* Dictionnaire des thérapies familiales, sous direction de Jacques Miermont, Ed. Payot, Paris 1987.

** EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale**. Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière.

C. Brodeur a plutôt élaboré une typologie sur la base de rôles mythiques de Père, Mère et Enfants, assignés aux membres de la famille qui aboutit à la caractérologie familiale suivante :

- famille matriarcale : qui est maniaque, mélancolique, maniaco-dépressive, paranoïaque, angoissée ou caractérielle.
- Famille patriarcale : la famille accède à l'ordre symbolique grâce au père symbolique (famille névrotique).
- Famille fraternelle : le père, la mère et les enfants se libèrent du père symbolique (opposition entre les membres).
- Famille fraternelle homosexuelle : il y a négation de l'opposition entre membres.
- Famille fraternelle hétérosexuelle : l'accès des frères au symbolique œdipien.

Concernant les typologies transactionnelles de la famille qui ont été développées par J. Halley, T. Lidz, L. Wyne, H. Stierlin, A. J. Ferreira, M. Selvini (thérapeutes familiaux) et par les psychanalystes Searles, Rosen, Racamier, E. J. Kestenberg, Décobert, B. Brusset... , il a été plus question du lien observable entre le symptôme individuel et les transactions familiales.

« Il existe souvent, de manière empiriquement constatable, une corrélation entre le type de pathologie individuelle et la forme particulière de transactions observées. On peut alors considérer l'aspect symptomatique des relations comme modalités dynamiques de réalisations de la personnalité, sans préjuger de l'origine du trouble (ponctuelle ou, plus vraisemblablement, multifactorielle, individuelle et relationnelle) ». P. 584 *

Ces types de famille (schizophréniques, anorectiques et délictueuses) sont distinguées par les critères familiaux suivants : les mythes, l'expérience du consensus, structure des rôles, la transmission, la communication, la perception des rapports étranger-familier, la qualification de leurs propres messages et du niveau de message d'autrui, le problème de Leadership et les alliances.

* Psychologie médicale, Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. M. Consoli. Ed. Masson. Paris , 1996.

a- Caractère, pathologie et groupe familial :

On peut dire que la personnalité n'est pas une donnée biologique et héréditaire transmise directement aux enfants. Elle est plutôt le produit, bien évidemment, de ces données biologiques, mais en interaction avec l'environnement en général et avec la famille en particulier. Ce produit n'est pas, d'ailleurs, établi d'une façon définitive car les influences "extra-individuelles" peuvent toujours modifier partiellement cette personnalité. Cependant quelque soit les aléas que peut rencontrer l'individu, la personnalité se caractérise par le dégagement progressif de grandes constantes qui deviendront la structure psychologique de l'individu, avec les traits qui lui sont tributaires.

La personnalité se construit, donc, grâce au système relationnel propre au milieu familial.

Ph. Jeammet et all dit : « la continuité du sujet se construit en miroir de la continuité de ses relations. L'unicité du sujet répond sinon à l'unicité du moins au lien privilégié avec une des figures dominantes la mère, ensuite le père de son identification mais doit par la suite nécessairement s'arrêter pour que s'engage le deuxième axe caractérisant la formation de la personnalité, à savoir : l'axe d'autonomie ou de différenciation de la mère et de l'entourage familial pour être soi. » *

Donc, l'axe de la continuité relationnelle et celui d'autonomie sont complémentaires et tout empiétement de l'un sur l'autre risque de conduire à la pathologie mentale. Il s'agit bien entendu d'une complémentarité paradoxale du fait que pour assumer d'être soi et autonome des autres, il faut vivre complètement cette relation de dépendance à leur égard c'est à dire accepter de se nourrir des échanges avec les autres au départ. Il s'agit d'échanges identificatoires où la qualité des premiers échanges détermine les échanges ultérieurs « l'esprit se nourrit d'autrui, tout comme le corps est fait de la nourriture absorbée et transformée en ce qui devient la substance propre de ce corps ». P.72 *

Donc, le couple continuité / différenciation se complexifie progressivement sans qu'il y ait opposition de l'un à l'autre, pour qu'il y ait une réelle maturation de la personnalité.

D. Winnicott a déjà annoncé ce paradoxe relationnel en disant : « l'objet doit être là (et répondre adéquatement aux besoins de l'enfant) pour que celui-ci ait le sentiment de créer l'objet ». P. 72.*. Il s'agit de la fameuse aire transitionnelle décrite par Winnicott.

Les relations précoces de l'enfant avec sa mère (mère suffisamment bonne) lui assurent une assise narcissique, confiance de base selon Erikson, très utile pour lui pour la suite de son

*Winnicott in Psychologie médicale, Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. M. Consoli. Ed. Masson. Paris , 1996.

épanouissement ; c'est d'ailleurs la première ébauche de la structuration de son moi, de sa personnalité, peut on dire. Autrement dit il lui est garanti de la sorte, à la fois, une certaine "quiétude", pas d'angoisse, et une certaine "identité" de soi. Car l'une des difficultés existentielles consiste dans le fait que l'angoisse est le corollaire de l'être et la quiétude celui du néant. Alors pour bénéficier de l'être et de la quiétude en même temps, il faudrait que l'autre soit là pour assurer l'existence harmonieuse de *cet être sans angoisse*. Le soi c'est l'autre intériorisé en soi.

« La personnalité de l'enfant se construit à partir de la confrontation entre le poids de l'hérédité, ce qu'on appelle les compétences du nourrisson et les échanges avec l'environnement. » P. 70.*

Pendant la période du narcissisme l'enfant se voit comme le centre de l'univers, ensuite, en sortant du narcissisme morcelé et même unifié, l'enfant sort en fait de la période du total plaisir (bonheur absolu) et entre dans la période des conflits.

Il se déplace d'un fonctionnement psychologique basé sur le processus primaire (le ça) vers un fonctionnement psychologique basé plutôt sur les processus secondaires (l'ordre de la réalité).

Dans le principe du plaisir, l'enfant cherche continuellement à fuir les situations de tension et tente de réaliser son désir de façon " totale et immédiate".

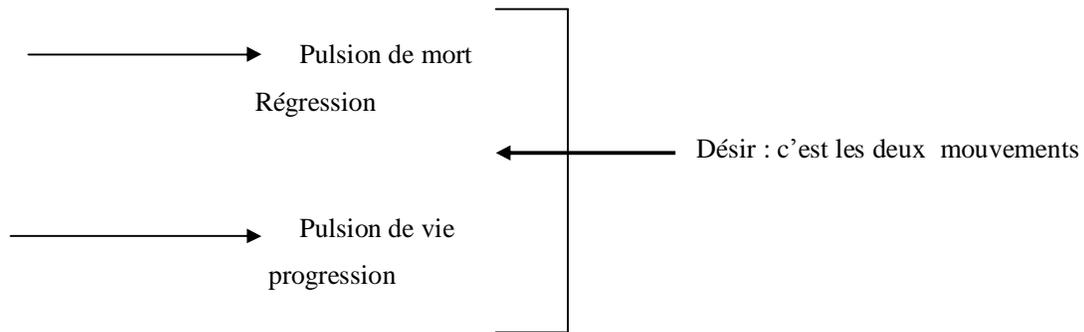
" Le processus primaire est le fonctionnement primitif de l'appareil psychique". Il est doté d'un caractère chaotique, semblable à l'activité du rêve, lequel est une langue primitive et pas socialisée.

Le narcissisme, en général, correspond à ce qu'on appelle " le moi idéal " où l'enfant se sent tout puissant (*l'enfant roi*) et qui est, en fait, une position mythique du moi. Le narcissisme est une osmose entre le ça et le moi car, à ce stade, le Moi n'est pas conscient de l'ordre et des pressions de la réalité. En clinique, et on le verra quand il sera question de la formation des caractères et des pathologies, si le moi est l'allié du ça, ceci nous donnera la structure psychotique, par contre si le Moi est plutôt l'allié du Surmoi, la structure qui se forme est la structure névrotique. Ainsi le psychisme naît au travers du conflit entre la recherche du plaisir narcissique absolu et les difficultés propres à l'Ordre du réel.

La pulsion de mort est le désir absolu de retourner à ce narcissisme primaire d'une façon totale et définitive. Le retour vers une situation aconflictuelle comme celle caractérisant le sommeil, par exemple.

La pulsion de vie recherche ce même état de plaisir absolu, mais avec un "désir partiel" et différé ; un plaisir "momentané" et toujours renouvelé, comme le sont la sexualité et le sommeil. Ceci est dû au fait que le désir est articulé sur "le manque de cet état narcissique de béatitude", qui, ressemblant à une mort momentanée, où le désir disparaît. Or, la pulsion de vie est faite pour la vie et l'objet du désir n'est jamais obtenu d'une façon totale et définitive.

Lacan disait « *l'état d'exister est toujours un état de manque, parce que le manque est lui-même le principe du plaisir* ».



D'une façon brève et schématique on a :

Etat de manque → désir → satisfait par l'objet → bonheur absolu momentané
 (but comme état sans désir semblable à la mort) → réapparition du manque et renouvellement du désir...

Par ailleurs, il faut noter que la psychose est un état de mortitude, par la régression, vers le bonheur narcissique premier.

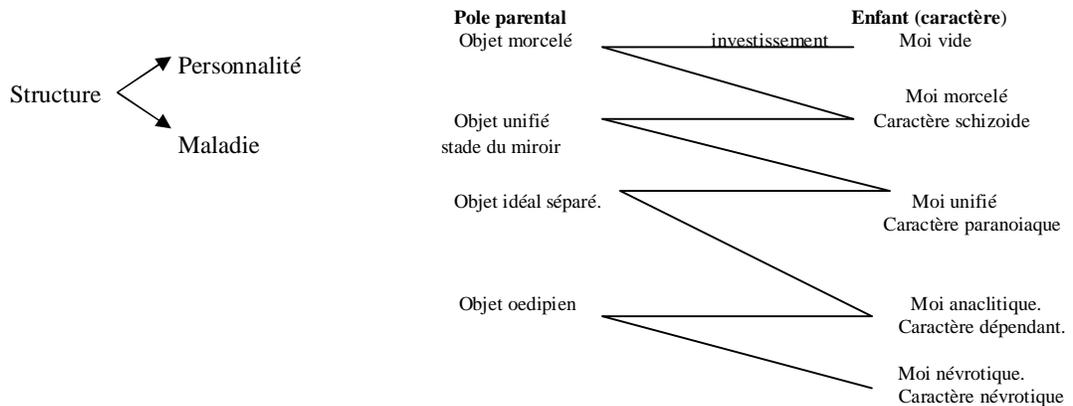
Ainsi, on ne peut séparer la notion de pulsion narcissique, ou autre, de la notion de formation du caractère avec le contexte relationnel, ni de celle de la pathologie mentale, car là est le cheminement que prend le psychisme humain avec ses multiples manifestations.

Le schéma de la formation du Moi :

a- l'aspect fondamental (l'individu avant la formation de sa personnalité) individu biologique. <i>Situation initiale primaire.</i>	b- personnalité en formation (ébauche de la structure psychologique individuelle). <i>Psychogenèse.</i>	c- personnalité structurée et formée, éventuellement apparition des symptômes psychiques. <i>Caractériologie et Psychopathologie.</i>
Pulsion de vie (espèce) pulsion d'autoconservation (moi) narcissisme (pulsion de vie +	Pulsion en réalisation, en fantasmes, en conflit avec l'objet et/ou avec le monde	Divers personnalités : schizoïde, paranoïaque, psychopathique, dépressive, hystérique, compulsive,

pulsion d'autoconservation) + Pulsions de mort de la situation aconflictuelle.	extérieur : ébauche de la structure de la personnalité.	évitante. Divers symptômes psychopathologiques en cas de décompensation.
(le cristal en fusion liquide)	(le cristal en formation dans un moule)	(le cristal formé par un moule donné)

Le désir induit une relation objectale, laquelle donnera une structure qui elle même aboutit :



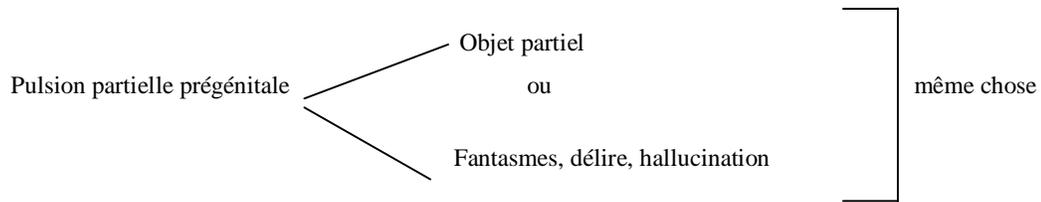
Le développement de la personnalité, sur le plan psychoaffectif, se fait sur la base du vécu de l'individu des différents stades spécifiques de l'évolution du moi. Et à chaque stade, l'individu sort avec des caractéristiques psychologiques bien définies qui s'ajoutent les unes aux autres dans sa personnalité pour fonctionner à la fin comme un tout cohérent dont les parties sont interdépendantes.

Stades du narcissisme morcelé (stade fusionnel Mère / Enfant) :

Période de l'anobjectal : à cette période l'enfant vit un état de fusion avec sa mère où n'existe pas encore de frontière entre lui et le monde extérieur ; lequel est vécu comme un prolongement de soi. Ses pulsions sont partielles (non unifiées) avec des représentations d'objet partiels (sein maternel et pas de la mère...) et tout cela sur le primat du principe du plaisir total et immédiat, la béatitude narcissique absolue. La réalité est exclue dans cette osmose ça /moi complète. La structure psychologique qui s'édifie en cas de fixation privilégie à cette période est la structure psychotique autistique.

Période de l'objet partiel : l'enfant sort de la période anobjectale. Il y a apparition de l'objet partiel (le sein maternel et non la mère totale) qui n'est plus exclu comme c'était le cas précédemment sauf que cet objet partiel reste toujours un prolongement au soi sans une frontière étanche véritable. Cet objet partiel est investi par la libido pour réaliser à l'enfant ses

pulsions partielles, lesquelles sont étayées sur des besoins biologiques réels (faim...) et régies par le principe de plaisir et par le refus de la réalité. D'après Melanie Klein, cet objet partiel aurait la qualité de " bon objet " en cas de satisfaction et la qualité de " mauvais objet " en cas de conflit avec la pulsion et d'où émergerait l'angoisse qui serait introjectée et projetée à la fois. En clinique cet objet "problématique" est à l'origine de la création des hallucinations et des délires, lesquels correspondent à la structure paranoïde, structure psychologique de la schizophrénie, dont les germes sont semés à cette période de l'évolution psychogénétique :



Stade du narcissisme unifié spéculairement (pseudo-séparation imaginaire Mère/Enfant, deux ans) :

C'est la période du " moi idéal unifié ". A cette période l'enfant s'engage dans un processus d'unification de son moi morcelé mais d'une façon spéculaire ; car la différenciation réelle de l'objet n'a pas encore intervenue. Il ne s'agit à ce stade que d'une distanciation imaginaire. Ce processus est baptisé au nom du *stade du MIROIR* par Jacques Lacan. Ici l'objet (la mère, le petit a, l'autre) n'est que l'image du Moi idéal, même si la Mère est totale, n'existe pas encore en dehors du soi. L'objet n'est que le reflet de soi, c'est le plein narcissisme fictivement structuré.

Ici, le Moi est organisé et constitue pour l'enfant " la première expérience d'unification de son Moi morcelé " et c'est bien entendu une position mythique du Moi. Le Moi narcissique et unifié peut être considéré comme étant plus évolué que le Moi des périodes précédentes bien que son unification demeure en l'apparence seulement. C'est un stade qui reste sous le primat du principe du plaisir et le déni de la réalité et où le Moi est idéal, triomphant et l'objet est imaginaire.

En clinique psychopathologique, la structure psychologique profonde qui se forme à ce niveau est la structure paranoïaque, qui se reconnaît par les délires de grandeurs et de persécution, en cas d'inadaptation du sujet à la réalité interne et externe.

D'une façon générale on peut dire que dans le processus de l'évolution du Moi, à travers toutes les périodes narcissiques, *l'unification du moi précède sa distinction de l'objet.*

Stade de la relation anaclitique Mère / Enfant (deux à trois ans) :

C'est la période la plus proche de l'objet réel (M. Klein) car l'enfant commence pour la première fois à se différencier de sa mère (monde extérieur) mais tout en restant dépendant d'elle d'une façon anaclitique.

Pendant cette période anaclitique (séparation mais dépendance) le Moi perd sa grandeur illusoire, son idéalisme et son narcissisme imaginaire ; et se vide de sa libido pour l'investir sur l'objet idéal sur lequel il doit dépendre désormais affectivement.

Autrement dit, toutes les qualités narcissiques des phases précédentes dont jouissait le Moi pour lui même s'en trouvent détachées de lui pour être transférées vers "l'objet idéal" à savoir les dimensions mythiques, de grandeur, d'amour propre excessif, d'égoïsme....

Le Moi se découvre désormais faible, impuissant, réduit à ses limites tristes, sans estime de soi, dans un sentiment tragique d'appauvrissement.

La structure psychologique qui se cristallise à cette période, en cas de fixation et de difficulté de dépassement, est la structure " état limite " qui est caractérisée par l'amour platonique non œdipien (non génital). La littérature mondiale est remplie à cet égard d'histoires romantiques révélant cet amour idéalisé, en l'occurrence on peut citer l'œuvre Schekspirienne " Roméo et Juliette "... " Keis et Leila"...

L'objet est idéalisé et quand il est perdu (angoisse de perte d'objet) le sujet-limite sombre dans une détresse et une tristesse énorme assez analogue aux symptômes de la dépression. Le mécanisme de défense essentiel à cette structure est l'identification à la perte d'objet.

Stade oedipien Mère, Père/Enfant (Deux à Six ans) : l'enfant sort du mode d'investissement et de satisfaction total et définitif par l'objet imaginaire (Nirvana) caractérisant la psychose et les états limites et choisit un nouveau mode de relation objectale acceptant la limite symbolique et la solution non définitive de satisfaction libidinale.

b –Structure, caractère et typologie familiale :

Comme nous l'avons souligné auparavant, le caractère comme la pathologie mentale découle de la même origine, à savoir une *structure psychologique de base*, laquelle elle même découlerait d'une origine psychogénétique dont nous avons déjà présenté et analysé les différentes périodes successives : *narcissisme morcelé, puis unifié, ensuite la dépendance anaclitique et enfin la triangulation.*

En plus des travaux de Bergeret, insistant sur la nécessité à la fois de bien distinguer et de bien associer les trois notions fondamentales que sont, la structure, le caractère et la

pathologie, il nous paraît nécessaire, aussi pour nous ,de bien leur ajouter une quatrième notion, qu'est le type relationnel familial, lequel élargirait le sens que doivent prendre les trois notions tout en les complétant.

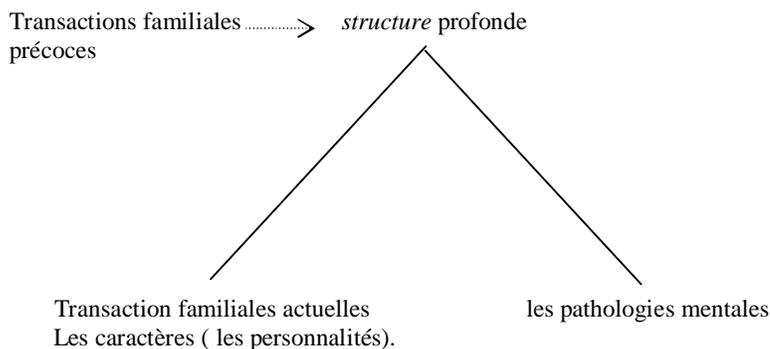
La structure :

La structure de base de toute personnalité est constituée par un ensemble d'éléments psychiques (pulsions, fantasmes, relations objectale, mécanismes de défenses...) lesquels vont donner lieu à un type de fonctionnement psychologique, parmi plusieurs, caractérisant un individu ; notamment quand cette structure se complétera par son complément extérieur qu'est le caractère observable avec ses traits.

Si la structure est déterminée par les relations familiales précoces, le caractère sera formé plutôt par les effets des relations familiales à l'âge adulte. Ceci est la suite logique au vécu infantile.

La structure de base est un socle stable mais sous-jacent. Les manifestations possibles de cette structure sont d'abord le caractère, quand le sujet s'adapte bien intérieurement et relationnellement, et la symptomatologie quand il échouera en cela.

Si le nombre de personnalité est important (diverses personnalités), le nombre des structures de base qui sont à leur origine demeure par contre limité à trois. On a deux structures stables névrotique et psychotique et une organisation (structure instable) dite limite.



Le caractère :

Il est le prolongement extérieur et visible de la structure de base et marque aussi les qualités d'adaptation intérieurement (absence d'angoisse, culpabilité...) et extérieurement (absence de conflit avec les autres, communication saine ...). La liste des divers caractères a été établie et répertoriée par la psychopathologie moderne et on cite quelques uns de ces caractères à savoir : schizoïde, paranoïaque, dépressif, hypomaniaque, pervers, hystérique, évitant, compulsif...

La pathologie :

Les symptômes psychiques apparaissent comme nous l'avons déjà signalé quand la structure de base devient inadaptée intérieurement (angoisse, culpabilité, conflit intrapsychiques, échec des mécanismes de défenses...) et extérieurement (relation intrafamiliales enchevêtrées, bloquées, paradoxales, de pseudo-mutualité, situation de déséquilibre entre homéostasie et morphogénèse etc).

Les typologies familiales :

L'individu à ses attributs psychologiques que nous venons de décrire à savoir : la structure de base, le caractère extérieur et la pathologie mentale. Or la problématique psychologique et psychopathologique de la personnalité reste incomplète si on la limite seulement à l'individu en l'occurrence malade, et perd de ce fait la complexité contextuelle qui en principe la caractérise. Cette complexité contextuelle concerne, bien entendu, la typologie familiale de l'individu dans laquelle se déroulent diverses transactions typiques, redondantes et spécifiques. La typologie familiale participe initialement, pendant l'enfance précoce à l'édification de la structure de base de l'individu, ensuite celle de son caractère après cette période précoce et enfin, en cas de dysfonctionnement ou de décompensation, à l'apparition des symptômes.

Le mode de fonctionnement psychologique structurel comme les traits de la personnalité individuelle ne sont pas étrangers au mode de fonctionnement relationnel familial ni à ses traits transactionnels spécifiques.

Sur les bases des traits de caractères répertoriés par la caractérologie, et sur celle de la typologie familiale, il serait pertinent de jeter un pont conceptuel qui pourra mieux rendre compte de la réalité de la pathologie mentale dans sa complexité. Il s'agit pour nous de dégager une certaine corrélation entre les deux champs.

Ce qui distingue un individu des autres, c'est à la fois son caractère structurel profond (structure de base acquise pendant l'enfance précoce), son caractère adaptatif externe (traits de caractère acquis ultérieurement), la typologie de son groupe familiale (types des transactions) et enfin le genre de symptomatologie qui puisse l'affecter en cas de décompensation.

Quand on emploie le mot de " névrose ", il faut préciser si ce terme concerne la structure névrotique que beaucoup de gens peuvent avoir au fond de leur personnalité sans pour autant

être malade, le caractère névrotique qui signifie plutôt une personnalité adaptée avec des traits donnés (c'est le complément externe et adapté de la structure névrotique), le type familial névrotique (névrose collective) et la névrose maladie avec des symptômes spécifiques (hystérie, névrose obsessionnelle...).

Les caractères structurels (les structures de base) :

C'est l'organisation psychologique profonde d'un individu héritée des transactions infantiles avec les parents. Il y a trois types de structures profondes :

La structure psychotique :

C'est l'organisation et le fonctionnement psychologique profond régi par la logique narcissique dont les propriétés sont :

Le principe du plaisir (recherche de la satisfaction d'une façon totale et immédiate), inexistence de frontière entre soi et le monde extérieur (désir de la réalité , pas d'objet extérieur réel), le Moi est envahi par le ça. Le monde réel paraît superflu, en plus, pour le psychotique car il a le sien qui est un monde imaginaire.

Eventuellement, une unité fictive de soi qui demeure au fond morcelée, et le danger pour la structure psychotique c'est l'angoisse de morcellement.

L'organisation des états limites :

C'est une organisation instable quoique plus évoluée que la précédente, car le fonctionnement et l'organisation limite a dépassé le danger de l'éclatement du Moi et a accédé à une conscience de l'extériorité de l'objet et du monde extérieur par rapport au soi, mais dans une logique de dépendance anaclitique à l'objet idéalisé, sur lequel le sujet doit s'appuyer affectivement pour éviter l'angoisse de perte d'objet. C'est l'idéalisation de l'autre (*l'idole*) qui assure une identité au sujet limite.

La réalité n'est ni niée au profit du narcissisme, comme dans la structure psychotique, ni culpabilisante et castratrice comme c'est le cas de la structure névrotique, elle est tout simplement idéalisée au sens platonique du terme.

La structure névrotique :

C'est une organisation et un fonctionnement psychologique plus évolué que l'organisation limite du fait que le sujet perçoit l'objet, le monde extérieur sur la base de la séduction érotique. Cette séduction à l'égard du sexe opposé qui devient, à la fois recherché et redouté

car c'est la logique œdipienne qui prévaut. L'accès à l'ordre symbolique (J. Lacan) fait sortir l'individu du narcissisme béat, de l'idéalisme platonique et le fait entrer dans un système où la culture humaine, son ordre, ses rites... deviennent les codes (code culturel) qui canalisent pulsions, fantasmes, désirs... vers ce qui est admis, vers ce qui n'est pas interdit ; car le danger que cours la structure névrotique c'est l'émergence de l'angoisse de castration, c'est l'angoisse de faute.

Lacan disait que les deux alternatives possibles qui sont offertes à l'être humain c'est justement soit accepter cet ordre symbolique d'empêchement de ce qui est foncièrement naturel, ou sombrer dans la folie.

Personnalité totale : Caractère + structure	Caractère psychotique : Schizophrène, Paranoïaque.	Caractère limite : psychopathe	Caractère névrotique : Hystérie...
	Structure psychotique.	Organisation limite	Structure névrotique
	Psychose –maladie en cas de décompensation	Dépression –maladie en cas de décompensation	Névrose –maladie en cas de décompensation.

c-Les divers caractères (personnalités et leurs traits) :

Les caractères psychotiques, limites ou névrotiques ne sont pas désormais des données morbides mais des pures expressions comportementales, sans symptômes, caractérisants les différents types de personnalité existant.

Les caractères psychopathologiques (caractères psychotiques, limites et névrotiques) :

Structure psychotique		
Personnalité	Traits	Maladie
Schizoïde : réservé et ne cherche pas le contact, il a peu d'intérêt pour autrui, sexualité réduite, souvent immature, replié sur soi, solitaire, distant et rêveur, introverti. Ses activités sont plutôt théoriques. Derrière cette froideur se cache un	Schizoïde : Repli – isolement- imagination – bizarreries- ni triste ni gai- maladresse d'utilisation du corps.	Schizophrénie

<p>imaginaire riche. Il est susceptible de fournir des idées originales et créatives au monde.</p> <p style="text-align: center;">Schizotype :</p> <p>Sa pensée et sa communication sont perturbées. Il a une difficulté à connaître sa propre pensée mais un talent à connaître celle d'autrui, surtout celle de haine. Souvent superstitieux et se dit clairvoyant. Il se dit doué de pouvoirs spéciaux de pensée et il est en fait plein d'imagination et de peurs infantiles. Le discours est parfois étrange et obscur. Peur d'avoir des relations sociales. A l'occasion de stress il peut présenter des traits psychotiques.</p>	<p style="text-align: center;">Schizotype :</p> <p>Isolé – tenue bizarre- pensée magique.</p>	<p>Personnalité, schizotypique pathologique.</p>
<p style="text-align: center;">Paranoïaque :</p> <p>Il est méfiant et susceptible car il a une tendance injustifiée d'interpréter les faits, les gestes, les paroles d'autrui comme menaçantes. Il vit dans la crainte et l'attente d'être floué par les autres d'où les doutes envers les amis et proches. Facilement vexé, il se montre susceptible et peut être agressif et rancunier. Il a une fausseté de jugement qui se manifeste par de fausses interprétations. Ne tenant pas compte de la réalité, il développe un système de pensée qui aboutit toujours à la confirmation de ses propres vues. Pas d'autocritique et critique autrui. Hypertrophie du moi qui se manifeste par la survalorisation de soi même. Autoritaire et orgueilleux et trop sûr de ses opinions qu'il veut partager ou imposer. Pas d'humour et se veut rationnel. Il a peu de relations sociales et affectifs et est en conflit avec les autres.</p>	<p style="text-align: center;">Paranoïaque :</p> <p>Surestimation de soi- méfiance – critique les autres et pas d'autocritique- autoritaire.</p>	<p>Paranoïa</p>
<p style="text-align: center;">Paranoïaque sensitive :</p> <p>Participe à la fois de la personnalité paranoïaque et de la personnalité psychasthénique. Hyper-émotif. Scrupuleux, sentiment d'incomplétude, orgueil et méfiance, fatigue.</p>	<p style="text-align: center;">Paranoïaque sensitifs :</p> <p>Influencé par ce que dit et fait l'autre d'où colère – émotif – scrupuleux.</p>	<p>Paranoïa</p>
<p>Organisation limite</p>		
<p>Personnalités</p>	<p>Traits</p>	<p>maladies</p>
<p style="text-align: center;">Dépressive :</p> <p>Le caractère dépressif est le noyau de base de toute la caractérologie limite. Une affectivité prégénitale platonique. Idéalisation de l'autre aimé (idole , artiste...).</p> <p>Ambivalence pulsionnelle où amour et haine, vie et mort, violence et tendresse coexistent.</p>	<p style="text-align: center;">Dépressif :</p> <p>Tristesse et sous estimation de soi – attaché à une idole- amour et haine en même temps.</p>	<p>Dépression</p>

<p align="center">Limite :</p> <p>C'est l'oscillation psychologique. Instabilité de l'image de soi (gentil , pas gentil, adulte ou enfant , heureux ou malheureux, a réussi ou échoué...). Des relations interpersonnelles instables d'idéalisation excessive et de dévalorisation intense et dramatique. Une dépendance vis à vis de l'autre idéalisé puis solitude. Parfois des comportement antisociaux. Triste ensuite en colère. Le monde est vu comme blanc ou noir mais jamais neutre, d'où instabilité socioprofessionnelle.</p>	<p align="center">Limite :</p> <p>Instabilité psychologique profonde cachée par une hyper- adaptation sociale superficielle et apparente – très dépendant d'autrui.</p>	<p>Pseudo-névrose, pseudo-psychose, dépression</p>
<p align="center">Narcissique :</p> <p>Amour dirigé vers soi même, il critique les autres comme le paranoïaque, à la différence de celui-ci il les admire et reste attaché et dépendant d'eux. il a beaucoup d'ambitions et cherche à avoir les meilleures positions sociales et professionnelles (gloire, pouvoir, fortune, amour). Tout en maintenant un contact apparent avec la réalité, il est entièrement préoccupé de sa personne. N'accepte pas d'être critiqué.</p>	<p align="center">Narcissique :</p> <p>Aime sa propre personne – critique autrui mais a besoin de lui avec admiration- grandes ambitions- le sentiment d'être unique- demande à être reconnu comme exceptionnel.</p>	<p>Dépression</p>
<p align="center">Hypomaniaque :</p> <p>Cherche à fuir l'angoisse dépressive sous-jacente par des joies excessives, des suractivités et des états euphoriques. Moqueur, et amuseur des foules (il fait le clown) parfois triste.</p>	<p align="center">Hypomaniaque :</p> <p>triste puis gai.</p>	<p>Manie, dépression.</p>
<p align="center">Abandonnique (névrose d'abandon) :</p> <p>Il a à la fois l'angoisse de perte d'objet, déçu de lui même et une angoisse réactionnelle. C'est un sentiment d'échec narcissique suite à la non maîtrise de l'autre. la répétition des frustrations familiales révèlent cette conduite abandonnique.</p>	<p align="center">Abandonnique :</p> <p>Angoisse de perte d'objet – déception – agressivité résiduelle.</p>	<p>Dépression</p>
<p align="center">D'échec :</p> <p>Ressemble aux personnalité précédentes, il justifie ses échecs non pas à cause de lui même mais de l'extérieur (c'est les autres, c'est la situation alors qu'en fait leurs origines est tout à fait narcissique). Des traits masochistes renforcent les failles narcissiques originelles.</p>	<p align="center">D'échec :</p> <p>Frustration après chaque échec – la raison est narcissique et non extérieur- masochiste.</p>	<p>Dépression (névrose d'échec).</p>
<p align="center">Dépendante :</p> <p>Dépendance et soumission aux autres. Un sentiment intérieur de faiblesse, d'incompétence, de manque d'énergie. Il est incapable de prendre une décision dans</p>	<p align="center">Dépendante :</p> <p>- attaché aux autres- peur d'être abandonné- considère l'opinion de l'autre mieux que la sienne.</p>	<p>Dépression.</p>

<p>la vie quotidienne et a besoin d'être constamment rassuré pour le faire. Il laisse les autres assumer des responsabilités importantes en subordonnant ses besoins à autrui. Il peut être en accord avec des personnes contre lui même. Il est préoccupé par la crainte d'être abandonné, non aimé. Il est passif (doute de lui même et tolère des compagnons abusifs).</p>		
<p>Passive – agressive :</p> <p>Tendance à une résistance passive et indirecte à toute autorité, à toute demande, à toute obligation. Perte de temps, entêtement, oubli volontaire, inefficacité délibérée. Cette attitude a comme conséquence une inefficacité sociale et professionnelle. Elle est l'expression d'une agressivité masquée. Il est boudeur et gênent les autres dans leur travail, critique les supérieurs. Il paraît parfois comme un enfant et parfois comme un adulte.</p>	<p>Passive – agressive :</p> <p>Refus de coopération – parfois comme enfant et parfois comme adulte- boudeur – agressivité cachée.</p>	<p>Dépression, pseudo névrose.</p>
<p>Psychopathie :</p> <p>Des conduites antisociales impulsives et irresponsables. Il est agressif. (bagarre, insultes...). A l'école (vols, tricherie, mensonge), il fait l'école buissonnière, et échoue malgré son intelligence. Biographie émaillée des troubles de conduites dès l'enfance et l'adolescence. indiscipliné, incapable d'avoir des projet à long terme (change de métier tout le temps, divorce facilement ...). Il se tatoue, souvent il a des problèmes avec la justice. Délinquant – imagination pauvre. La révolte psychopathique n'est pas indépendance mais dépendance négative.</p>	<p>Psychopathie :</p> <p>Non respect des lois – comportement antisociaux – incapable de projet à long terme.</p>	<p>Actes antisociaux</p>
<p>Psychosomatique :</p> <p>Le fond commun est un affaiblissement du fonctionnement de la pensée au profit de l'expression passant par le corps. Incapacité de fantasmer, d'imaginer ses pulsion qui s'enfuient dans le corps. Il a une pensée opératoire « sèches » et trop concrètes. (caractères allergique et migraineux). Si l'hystérique parle avec l'aspect extérieur de son corps, le psychosomatique parle non symboliquement dans le corps.</p>	<p>Psychosomatique :</p> <p>Défaut de fantasmatisation – pensée trop concrète – manque d'imagination.</p>	<p>Maladies psychosomatiques (asthme, ulcère, hypertension artérielle).</p>
<p>Névrose de caractère ¹ caractère névrotique :</p> <p>Structure des états limites structure névrotique</p>	<p>Névrose de caractère :</p> <p>Il a beaucoup de volonté – très actif – refoule ses sentiment par la volonté et l'activité. Lutte contre la dépression.</p>	<p>Névrose de caractère.</p>

<p>Psychose de caractère ¹ caractère psychotique :</p> <p>Structure des états limites structure psychotique</p>	<p>Psychose de caractère :</p> <p>Il a des jugements erronés sur la réalité – lutte contre la dépression.</p>	<p>Psychose de caractère.</p>
<p>Perversion de caractère :</p> <p>Perversion narcissique, déviation sexuelle pour des raisons narcissiques et estime de soi et non véritablement génitale</p>	<p>Perversion de caractère :</p> <p>Perversion narcissique – déviation sexuelle pour des raisons narcissiques et estime de soi et non véritablement génitale – lutte contre la dépression.</p>	<p>Perversion de caractère (pervers narcissique).</p>
<p>Structure névrotique</p>		
<p>Personnalités</p>	<p>Traits</p>	<p>Maladies</p>
<p>Hystérique :</p> <p>L'histrionisme (théâtralisme) qu'a le sujet pour attirer l'attention de l'autre. Il a un grand désir de plaire, de séduire. Utilisation des artifices même outrancier de la mise en scène pour ne pas être une personne parmi les autres. Le théâtralisme apparaît dans ses attitudes, ses mimiques, son langage, et joue le rôle qu'il croit demandé par son auditoire, ce qui donne un caractère factice, superficiel, inauthentique à ses rapports. L'expression émotionnelle est exagérée, superficielle et changeante (pleure ensuite rit...). N'aime pas la frustration et aime les gratifications. Caractère de spectacle. Il est très influençable (suggestible) et peut falsifier la réalité en enjolivant ou dramatisant les événements qui sont teintés par l'imaginaire. Infantilisme affectif (comme un enfant gâté).</p>	<p>Hystérique :</p> <p>Désir de plaire – théâtralisme – émotivité changeante – avidité affective- intolérance à la frustration.</p>	<p>Hystérie de conversion, hystérie dissociative.</p>
<p>Compulsive (obsessionnelle) :</p> <p>Un souci constant de l'ordre et de la propreté avec une grande méticulosité (aime les détails) et a une ponctualité rigoureuse. Il est perfectionniste et dans le domaine moral une grande fidélité aux engagements et le sens du devoir. Il a le sens de l'économie (avarice) et fait des collections d'objets. Il se montre entêté, tenace et peu influençable. Il aime la précision (recherche du mot exact...). Froid, sec et intellectualise même les sentiments qui semblent stérilisés.</p>	<p>Compulsifs :</p> <p>L'ordre – la propreté – l'entêtement – la précision- l'avarice- la froideur et stérilisation de l'affectivité.</p>	<p>Névrose obsessionnelle</p>

<p style="text-align: center;">Évitante (phobique) :</p> <p>Il a une conduite d'inhibition dans la vie sociale, d'une sensibilité extrême au rejet possible. Il est timide et réservé et tente de passer inaperçu, refuse de s'engager. Il a peur des dangers extérieurs. Cette inhibition cache mal son hyperémotivité avec un état d'alerte permanent. Il est replié comme le schizoïde, mais celui-ci en est indifférent alors que le phobique veut en même temps nouer des relations avec les autres. Il a des conduites d'évitements (contra – phobique) des situations phobiques.</p>	<p style="text-align: center;">Phobique :</p> <p>- il veut avoir des relations avec les autres mais a peur des critiques – timide – hyperémotivité refoulée – conduite d'évitement des objets ou situations phobogènes.</p>	<p style="text-align: center;">Névrose phobique.</p>
<p style="text-align: center;">Psychasthénique :</p> <p>Sentiment d'incomplétude, une tendance aux scrupules, au doute, aux crises de conscience et aux ruminations mentales (idées lucides douloureuses, tristes et coupables) avec inhibition de l'agir (simple décision avec un grand effort et pénible). Hyposexualité. La fatigue permanente surtout le matin, psychasthénie, perfectionniste, moralisme rigide, timidité.</p>	<p style="text-align: center;">Psychasthénique :</p> <p>Doute – sentiment d'incomplétude – fatigue – précision.</p>	<p style="text-align: center;">Névrose obsessionnelle</p>
<p style="text-align: center;">Hypochondriaque :</p> <p>L'attention portée sur telle partie du corps jugé mauvaise mais sans symbolique hystérique ou sécheresse fantasmatique connue chez le psychosomatique- angoisse narcissique du corps.</p>	<p style="text-align: center;">Hypochondriaque :</p> <p>Attention, angoissée et narcissique du corps.</p>	<p style="text-align: center;">Troubles hypochondriaques.</p>

d- La typologie familiale :

Le but de notre recherche , comme nous l'avons souligné auparavant, consiste à établir une corrélation entre le typologique et le clinique individuels et le typologique et le clinique familiaux. Donc, de mettre en évidence la relation, si complexe, entre les traits de personnalités, les diagnostics psychiatriques individuels avec les profils transactionnels familiaux typiques et pathologiques ; car les troubles psychiques individuels sont en fait une pathologie manifeste d'une pathologie familiale latente.

Nous avons présenté les typologies familiales suivantes au chapitre III: celle de J. Riskin et de E. E. Faunce établit à partir de l'échelle d'évaluation des interactions familiales pathologiques, ensuite celle de S. Munichin et une typologie familiale psychanalytique qui est davantage liée aux conceptions psychiatriques habituelles, d'où des dénominations par les termes de familles caractérielles, névrotiques, psychotiques, perverses, dépressives, narcissiques, paranoïaques ... comme l'ont conceptualisé A. Eguier et H. E. Richter.

Il faut noter cependant, que beaucoup de travaux de recherche sur la problématique famille/individu ont été accompli par des chercheurs comme Lidz, Wynne, Ferreira, Selvini, Racamier et Kestenberg, chacun dans son champ et selon sa méthodologie propre comme des théories de la psychologie familiale avant la constitution de caractériologies familiales.

L'individu, avant d'être malade mentalement, avait une personnalité déterminée et des traits de caractère bien définis, autrement dit il était introverti, extraverti, colérique, mélancolique, sentimental...ou avec une terminologie plus contemporaine il avait une personnalité schizoïde, paranoïaque, dépressive, compulsive ou hystérique.

Et s'il devient malade mentalement, cela ne serait qu'une sorte d'exagération de son caractère, c'est à dire il serait respectivement schizophrène, paranoïaque, déprimé, obsessionnel, ou hystérique du fait du déterminisme des personnalités suscitées.

La personnalité est une totalité complexe comportant plusieurs aspects dont le physique, l'affectif et le cognitif.

Elle est comme le dit EYSENK : « c'est l'organisation relativement stable et permanente du caractère d'un individu, son tempérament, sa pensée et sa constitution physique et qui détermine son adaptation particulière à son environnement »*.

Certains psychologues de la personnalité, comme KRETSCHMER et SHELDON, ont considéré la maladie mentale comme l'exagération du caractère et du tempérament. Donc il y a un lien évident entre la personnalité d'un individu (sa structure biotypologique avec sa structure psychologique profonde) et le genre de trouble psychique qui peut l'atteindre.

En guise d'exemple, on peut citer le rapport qu'il y a entre le biotype leptosome et la schizophrénie, et entre le biotype pycknique et la maladie de la manie et de l'hystérie.

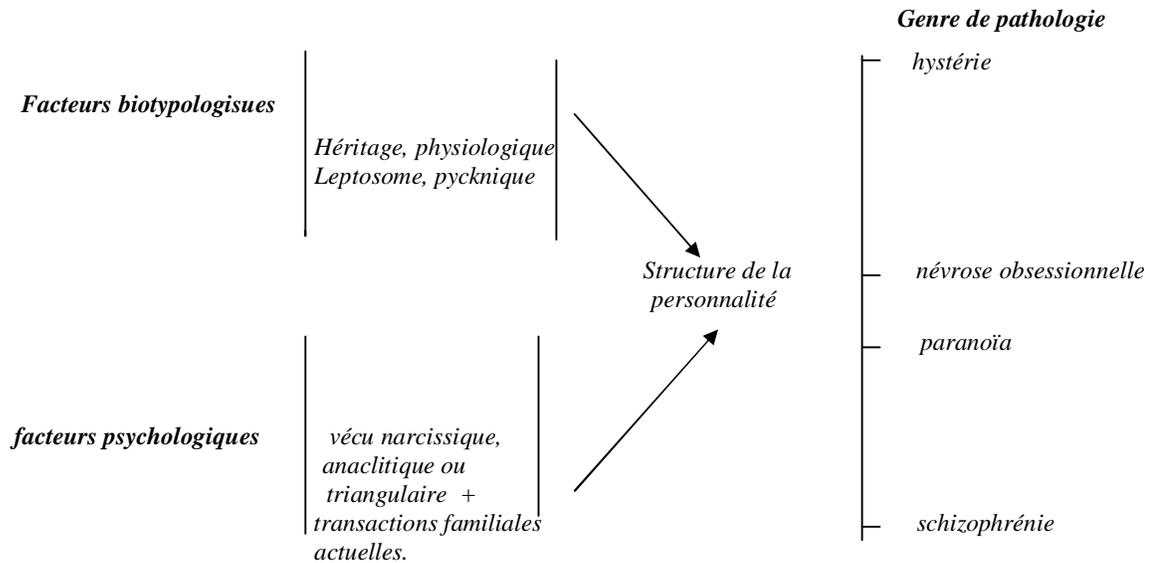
La personnalité est donc étudiée dans son aspect évolutif (stades du narcissisme morcelé, du narcissisme unifié, anaclitique et triangulaire), dans son aspect constitutif (traits unipolaires, bipolaires, communs, singuliers), dans son aspect métrologique (test du RORSCHACH, le T.A.T, M. M. P. I...), dans son aspect biotypologique (leptosome, pycknique, dysplastique...) et dans son aspect pathologique (psychoses, névroses, dépressions ...).

AUBREY LEWIS a déclaré que : « la personnalité se situe dans le cœur de la psychiatrie, et toute ambiguïté dans sa conception, ou la non délimitation dans la méthode de sa description et la mesure de ses caractéristiques dont elle dépend, est en mesure d'affaiblir les fondement de la psychiatrie, théorique et clinique » *

La notion de personnalité constitue, de ce fait, *le terrain commun de la psychologie et de la*

*H. J. Eysenk (1970) « The structure of human personality » (3rd ed.) Methuen.

psychiatrie. Ainsi, toute pathologie mentale (psychose, névrose, maladie psychosomatique...) ne peut survenir, en fait, que dans le cadre du tempérament et de la structure biopsychologique de l'individu, laquelle est elle même déterminée par à la fois les gènes héréditaires et par le contexte relationnel familial précoce.



Trouble psychique = structure biopsychologique + événement actuel déclenchant (la décompensation).

Schizophrénie = leptosome fixé au stade narcissique morcelé + communication familiale (paradoxale)

Le concept de personnalité se définit à la fois dans un sens globale et dans un sens particulier. Dans un sens globale puisque la personnalité intègre à la fois en elle l'aspect physique singulier, l'aspect affectif et l'aspect mental ; dans un sens particulier puisque cette intégration est faite d'une façon singulière pour chaque individu.

Par ailleurs, on peut dire que c'est à travers la connaissance des caractéristiques d'un objet qu'on édifie un savoir descriptive à son égard ; telle que sa solidité, sa forme, sa couleur, sa densité etc... Il en est de même pour l'approche de la personnalité qui ne peut être connue et définie qu'à travers ses traits qui la constituent.

La personnalité est donc composée par plusieurs traits, reliés les uns aux autres comme le trait de sociabilité, qui, ajouté à celui de l'impulsivité, à l'activité et à la prolixité ...nous donnerait la personnalité extravertie.

* L'homme psychopathologique et la psychologie clinique. Winfrid Huber, Ed. PUF, Paris, 1993.

Le trait de caractère est lui-même le produit de plusieurs comportements habituels, répétés dans plusieurs situations. Il constitue la caractéristique par laquelle nous pouvons connaître les individus tout en les différenciant les uns des autres.

Il permet donc l'élaboration d'une connaissance descriptive puisqu'il se révèle bien entendu par l'observation et ne permet pas, de prime abord, l'établissement d'une connaissance explicative. La connaissance explicative de la personnalité suppose la découverte des causes qui sont à l'origine du trait, à savoir le processus relationnel pendant la prime enfance...). Bien que les traits sont les constituants de la personnalité il n'empêche qu'ils sont différents en genre (nature) et en domaine.

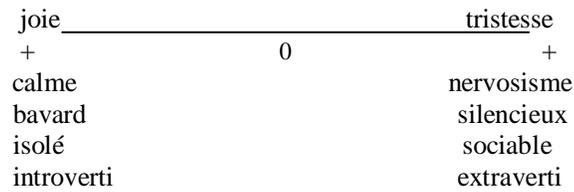
Du point de vu de leurs natures, on a les genres suivants :

- *Les traits communs* : sont des traits d'une personnalité mais sont en même temps répandus chez plusieurs personnes. Exemple : prolixité...
- *Les traits singuliers* : ils concernent une personne particulière et se distinguent par leurs forces et leurs domaines. ALPORT disait : « il ne peut exister en réalité deux personnes ayant le même trait »
- *Les traits superficiels* : ce sont des comportements qui s'observent directement et sont susceptibles de changement comme la joie par exemple. Ils correspondent à notre point de vue au concept de caractère défini par Bergeret. Ils sont singuliers ou communs.
- *Les traits fondamentaux* : ce sont les constituants profonds et vrais de la personnalité qui existent derrière les traits superficiels et correspondent à notre point de vue à la notion de structure psychologique de base de Bergeret. Les traits fondamentaux délimitent le comportement et l'expliquent ; ils sont constants. Leur origine est partiellement héréditaire et partiellement environnementale (type de relation pendant l'enfance). Ils sont singuliers ou communs.
- *Les traits unipolaires* : la différence, dans ce genre de traits, entre les individus est quantitative car il y a un continuum de zéro à un degré élevé de ce trait où seront classés les individus.

Exemple de l'intelligence 0 \longrightarrow +

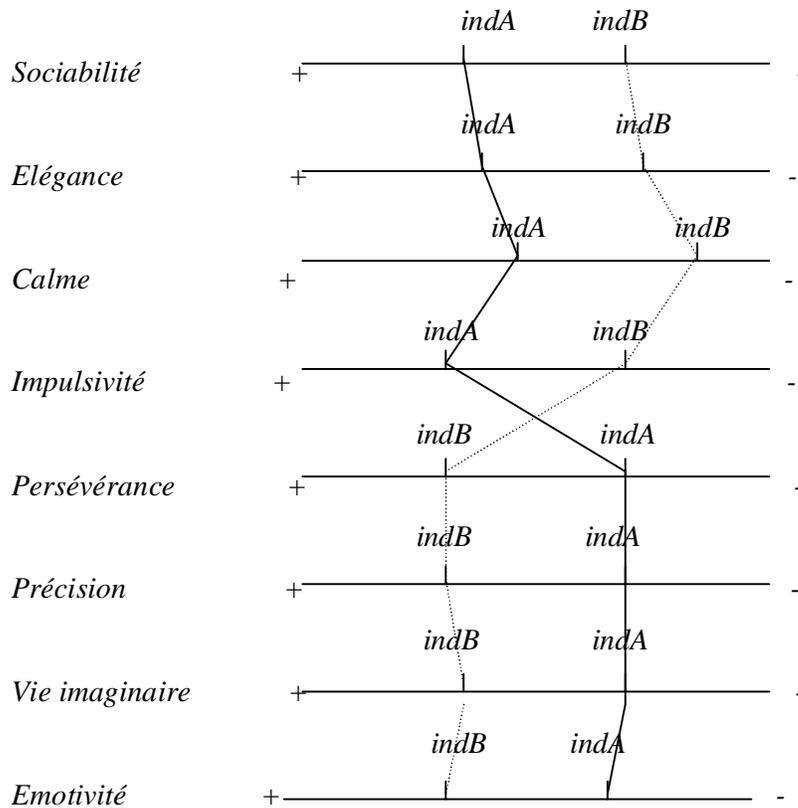
- *Les traits bipolaires* : ils varient d'un pôle à un pôle contraire, c'est à dire plus une personne s'éloigne d'un trait donné plus elle s'approche d'un trait opposé au premier.

Exemple :



Comme nous l'avons déjà dit, la personnalité est une totalité regroupant plusieurs traits de nature différente et de domaine différent

Tableau illustrant un profil de personnalité composé de plusieurs traits :



A : personnalité extravertie ;
 En cas de pathologie :
 Hystérie, manie, psychopathie.

B : personnalité introvertie ;
 En cas de pathologie :
 Schizophrénie, névrose obsessionnelle.

De la transaction au trait de caractère (de la fixation au trait) :

Nous avons vu que les traits divergent quant à leurs natures (traits singuliers, communs, bipolaires...) et à leurs domaines (sociaux, affectifs, mentaux, comportementaux...). Par conséquent on est en droit de se poser la question suivante : quelle est réellement la " liste nominative " de ces traits ?

Nous savons que la classification est l'une des méthodes classique en sciences et elle se range, donc, dans la catégorie de la connaissance descriptive des phénomènes par le biais de l'observation (exemple : la forme, la couleur, le volume... d'un objet quelconque).

En botanique, par exemple, on série et on classe les différentes plantes en catégorie, en science chimique aussi on compte et classe les diverses matières en catégorie... On peut, par conséquent, effectuer la même opération à l'égard des comportements humains concrets en faisant une sériation de leur nombre et les ranger dans des typologies sur la base des traits bien définies. Comme nous le montrons dans le tableau suivant :

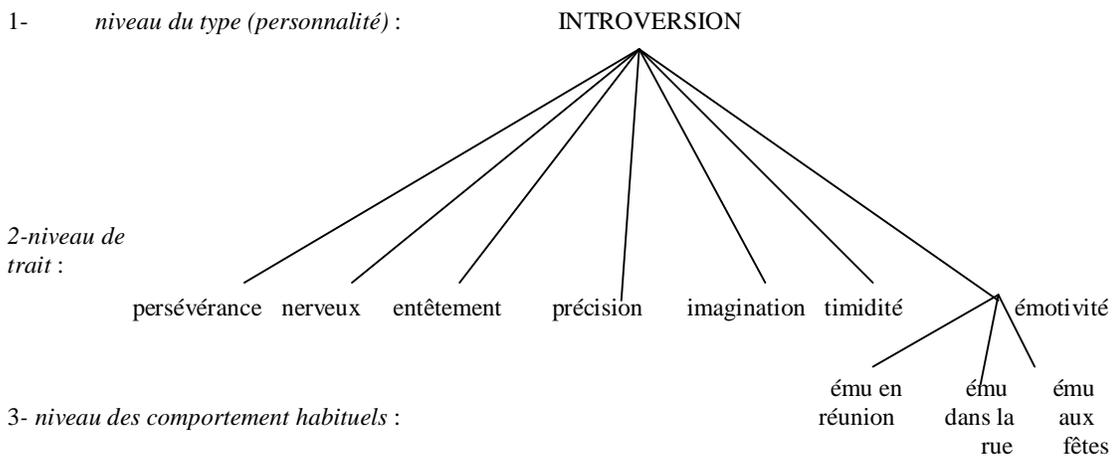
trait	introversion	extraversion
1- structure physique	<i>mince</i>	<i>Corpulent</i>
2- persévérance	<i>haute</i>	<i>basse</i>
3- précision	<i>haute</i>	<i>basse</i>
4- rapidité	<i>haute</i>	<i>basse</i>
5- niveau d'aspiration	<i>haut</i>	<i>bas</i>
6- sociabilité	<i>basse</i>	<i>haute</i>
7- conditionnement	<i>haut</i>	<i>bas</i>
8- imagination	<i>haute</i>	<i>basse</i>
9- vigilance	<i>haute</i>	<i>basse</i>
10- tricherie	<i>non</i>	<i>oui</i>
11- changement de comportement	<i>bas</i>	<i>haut</i>
12- adaptation	<i>lente</i>	<i>rapide</i>
13- vision des choses	<i>subjective</i>	<i>objective</i>
14- goût musical	<i>classique</i>	<i>moderne</i>
15- art	<i>Classique et peu de couleur</i>	<i>Moderne et couleur.</i>
16- créativité	<i>haute</i>	<i>basse</i>
17- nervosisme élevé	<i>Névrose obsessionnelle, phobie, névrose d'angoisse.</i>	<i>Hystérie, psychopathie.</i>
18- nervosisme bas	<i>Hommes d'affaires.</i>	<i>parachutistes</i>

Ces mêmes traits seront donc rangés dans des types à la fois généraux et différents, constituant de ce fait, diverses personnalités bien répertoriées et bien distinguées les unes des autres.

On aurait, en l'occurrence, les personnalités suivantes : la personnalité introvertie, extravertie, schizoïde, paranoïaque, psychopathique, hystérique, compulsive... décrites dans le tableau taxinomique : chapitre III, P .50.

Du processus au trait :

Chacune de ces personnalité aurait donc un ensemble de traits à elle.



La maladie mentale qui peut atteindre cette personnalité introvertie (leptosome) est la schizophrénie. Alors qu'avec la combinaison de ces traits plutôt : social + impulsif + actif + réactif + ...cela nous donne le type (la personnalité) extravertie, (pycknique) lequel peut être atteint sur le plan psychopathologique par la manie, l'hystérie ou la psychopathie.

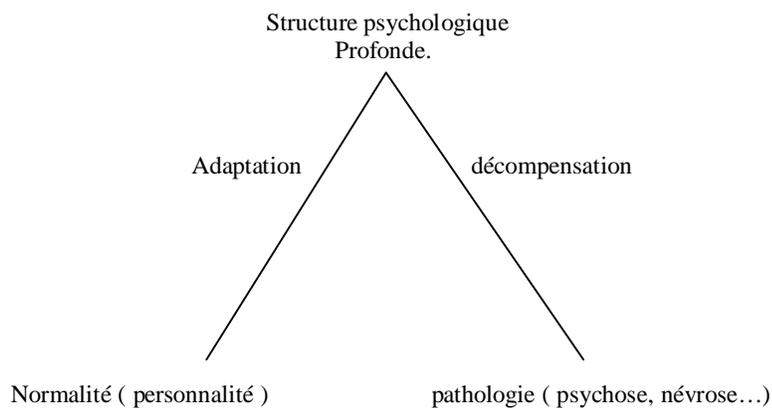
Dans le même ordre d'idée, E. KRETSCHMER, biotypologue, avait établi une classification (une typologie) des personnalités.

En plus des études de la personnalité et du caractère faites par les psychologues classiques (Wiersma, Heymans, Le senne, Kretschmer, Sheldon, Viola,...) il y a eu des théories sur la personnalité élaborées cette fois par des psychanalystes et psychopathologues qui ont tenté d'établir des classifications davantage proches des données cliniques de la psychiatrie. Ainsi les travaux de C. G. Yung et plus particulièrement ceux de Jean Bergeret ont constitué de ce

fait un tournant décisif en matière de caractérologie dynamique. Bergeret a relié la psychologie de la personnalité à la pathologie mentale. Et comme le souligne bien Bergeret lui même en disant : « d'un coté la définition d'un type de caractère doit traduire à la fois des éléments de similitude et d'originalité et d'un autre coté le caractère proprement dit ne peut se situer qu'en dehors du champ de la psychopathologie, mais en même temps en continuité étroite avec ce champ très clairement répertorié par ailleurs »

Le caractère et la maladie mentale ont donc la même origine, c'est à dire une structure psychologique profonde formée par les interactions précoces entre l'enfant et ses parents au moment du narcissisme morcelé, du narcissisme unifié, de l'anaclitisme ou de la relation triangulaire.

Toutes ces transactions constituent l'origine du caractère, lequel caractère s'affirme quand l'individu réussira à s'adapter intérieurement et extérieurement, et constituent en même temps l'origine des troubles psychiques quand ce même l'individu échouera dans son adaptation.



Bergeret : « le caractère ne peut donc être défini par des critères pathologiques , mais on ne peut méconnaître cependant la continuité existant, dans chaque catégorie envisagée , entre

le type spécifique de caractère rencontré chez un sujet bien adapté à ses propres réalités intérieures ou extérieures et un type spécifique de pathologie psychique homologue rencontré chez un sujet en difficulté affectives »

Classification des personnalités en psychopathologie.

Transactions précoces enfant/parents Sur la base de la caractérologie de A. Eiguer qui sera reprise dans la partie pratique.	Personnalité	trait	Pathologie mentale
Transactions Narcissiques L'objet est le prolongement du Moi il n'y a pas de différence entre la perception de la mère et son imagination par l'enfant. l'objet est totalement fantasmatique et interne.	Schizoïde	réservé et ne cherche pas le contact, il a peu d'intérêt pour autrui, sexualité réduite, souvent immature, replié sur soi, solitaire, distant et rêveur, introverti. Ses activités sont plutôt théoriques. Derrière cette froideur se cache un imaginaire riche. Il est susceptible de fournir des idées originales et créatives au monde.	Schizophrénie
	Paranoïaque	Il est méfiant et susceptible car il a une tendance injustifiée d'interpréter les faits, les gestes, les paroles d'autrui comme menaçantes. Il vit dans la crainte et l'attente d'être floué par les autres d'où les doutes envers les amis et proches. Facilement vexé, il se montre susceptible et peut être agressif et rancunier. Il a une fausseté de jugement qui se manifeste par de fausses interprétations. Ne tenant pas compte de la réalité, il développe un système de pensée qui aboutit toujours à la confirmation de ses propres vues. Pas d'autocritique et critique autrui. Hypertrophie du moi qui se manifeste par la survalorisation de soi-même. Autoritaire et orgueilleux et trop sûr de ses opinions qu'il veut partager ou imposer. Pas d'humour et se veut rationnel. Il a peu de relations sociales et affectives et est en conflit avec les autres.	Paranoïa
Transactions anaclitiques La mère n'est plus l'objet qui continue l'enfant mais devient l'objet idéal et séparé de lui. L'objet est semi fantasmatique interne et semi réel et externe.	Dépressive	Le caractère dépressif est le noyau de base de toute la caractérologie limite. Une affectivité prégénitale platonique. Idéalisations de l'autre aimé (idole, artiste...). Ambivalence pulsionnelle où amour et haine, vie et mort, violence et tendresse coexistent.	Dépression
	Dépendante	Dépendance et soumission aux autres. Un sentiment intérieur de faiblesse, d'incompétence, de manque d'énergie. Il est incapable de prendre une décision dans la vie quotidienne et a besoin d'être constamment rassuré pour le faire. Il laisse les autres assumer des responsabilités importantes en subordonnant ses besoins à autrui. Il peut être en accord avec des personnes contre lui-même. Il est préoccupé par la crainte d'être abandonné, non aimé. Il est passif (doute de lui-même et tolère des compagnons abusifs).	Dépression

	Limite	C'est l'oscillation psychologique. Instabilité de l'image de soi (gentil , pas gentil, adulte ou enfant , heureux ou malheureux, a réussi ou échoué...). Des relations interpersonnelles instables d'idéalisation excessive et de dévalorisation intense et dramatique. Une dépendance vis à vis de l'autre idéalisé puis solitude. Parfois des comportement antisociaux. Triste ensuite en colère. Le monde est vu comme blanc ou noir mais jamais neutre, d'où instabilité socioprofessionnelle.	Dépression, pseudo-névrose, pseudo-psychose.
	Psychopathie	Des conduites antisociales impulsives et irresponsables. Il est agressif. (bagarre, insultes...). A l'école (vols, tricherie, mensonge), il fait l'école buissonnière, et échoue malgré son intelligence. Biographie émaillée des troubles de conduites dès l'enfance et l'adolescence. indiscipliné, incapable d'avoir des projet à long terme (change de métier tout le temps, divorce facilement ...). Il se tatoue, souvent il a des problèmes avec la justice. Délinquant – imagination pauvre. La révolte psychopatique n'est pas indépendance mais dépendance négative.	Actes antisociaux.
Transactions triangulaires La mère n'est plus l'objet idéal mais sexuel ordonné par le père symbolique l'objet est dans la réalité.	Hystérique	L'histrionisme (théâtralisme) qu'a le sujet pour attirer l'attention de l'autre. Il a un grand désir de plaire, de séduire. Utilisation des artifices même outrancier de la mise en scène pour ne pas être une personne parmi les autres. Le théâtralisme apparaît dans ses attitudes, ses mimiques, son langage, et joue le rôle qu'il croit demandé par son auditoire, ce qui donne un caractère factice, superficiel, inauthentique à ses rapports. L'expression émotionnelle est exagérée, superficielle et changeante (pleure ensuite rit...). N'aime pas la frustration et aime les gratifications. Caractère de spectacle. Il est très influençable (suggestible) et peut falsifier la réalité en enjolivant ou dramatisant les événements qui sont teintés par l'imaginaire. Infantilisme affectif (comme un enfant gâté).	Hystérie de conversion, ou dissociative.
	Compulsive (obsessionnelle)	Un souci constant de l'ordre et de la propreté avec une grande méticulosité (aime les détails) et a une ponctualité rigoureuse. Il est perfectionniste et dans le domaine moral une grande fidélité aux engagements et le sens du devoir. Il a le sens de l'économie (avarice) et fait des collections d'objets. Il se montre entêté, tenace et peu influençable. Il aime la précision (recherche du mot exact...). Froid, sec et intellectualise même les sentiments qui semblent stérilisés.	Névrose obsessionnelle

	<p>Évitante (phobique)</p>	<p>Il a une conduite d'inhibition dans la vie sociale, d'une sensibilité extrême au rejet possible. Il est timide et réservé et tente de passer inaperçu, refuse de s'engager. Il a peur des dangers extérieurs. Cette inhibition cache mal son hyperémotivité avec un état d'alerte permanent. Il est replié comme le schizoïde, mais celui-ci en est indifférent alors que le phobique veut en même temps nouer des relations avec les autres. Il a des conduites d'évitements (contra – phobique) des situations phobiques.</p>	<p>Névrose phobique.</p>
--	-----------------------------------	--	--------------------------

Si le déséquilibre se fait au détriment des liens objectaux cela conduirait à ce que les liens narcissiques soient dominants : c'est le cas de la famille où les différences générationnelles, de sexes, des individualités, de la perception de l'écoulement du temps s'émeussent (famille à structure narcissique, à patients psychotique).

Un autre cas de figure serait celui des familles où les liens narcissiques apparaissent comme affaiblis face aux liens objectaux, ils sont de ce fait comme déformés, le soi familial et trop incertain, les limites famille-monde extra-familial sont peu claires, laissant apparaître une dévotion excessive envers les familles d'origines des parents (ou d'un des parents) et leurs objets infantiles. Les attitudes sacrificielles ne sont pas rares. Les parents resteraient fusionnés aux grands-parents ; les deuils longs et difficiles ; les affects nostalgiques. (Famille à structure anaclitico-dépressive ; patients dépressifs, alcoolisme).

Le cas de la « famille à structure névrotique » ne verrait pas apparaître les liens en déséquilibre mais les inversions sexuelles joueront un rôle dans l'origine des troubles*.

On voit bien donc le lien existant entre un type de personnalité et les traits spécifiques qui le composent, comme on voit aussi le lien entre ce type de personnalité et le genre de symptômes psychopathologiques qui en découlent.

Si on s'est interrogé sur l'origine du caractère et sur celle de la pathologie mentale, et en voyant que cette origine est constituée en fait par l'existence d'une structure psychologique de base, alors on peut légitimement s'interroger aussi sur l'origine de cette même structure de base, c'est à dire sur " l'origine de cette origine ".

On peut supposer que la structure psychologique de base a pour origine les différents stades psychoaffectifs (narcissisme, anaclitisme, triangulaire) vécus d'une façon transactionnelle et spécifique par l'enfant avec ses parents. Autrement dit, le processus

* EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale**. Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière. <http://perso.club-internet.fr/mahwin/Franco-Arg/Pichon/eiguer.htm>

transactionnel forme le trait de fond et superficiel de la personnalité et le trait perpétue le processus. « l'homme est le produit de son produit »

C'est à dire les transactions narcissiques forment la personnalité schizoïde..., les transactions anaclitiques formeront la personnalité dépressive... et les transactions triangulaires formeront plutôt la personnalité névrotique.

Une personnalité avec ses traits comme les symptômes d'une pathologie mentale sont à la fois des états (produits) et des processus (transaction en opération) ; et il n'y a pas l'un sans l'autre. *L'histoire du sujet produit sa personnalité et celle-ci constitue la suite de son histoire.*

Ce processus psychoaffectif-transactionnel est semblable au processus cognitif de l'assimilation – accommodation décrit par J. Piaget dans son épistémologie génétique, sauf que dans la problématique de la personnalité qui est le sujet qui nous occupe dans cette recherche, il est plus question de données affectives qui se transforment dans la personnalité que de données intellectuelles. Car comme l'a souligné J. Lacan, dans le stade du miroir, l'image de soi (Moi, Personnalité) n'est acquise que grâce à une captation et une assimilation de l'image de l'autre (la Mère) laquelle, par transaction va s'identifier elle même à cette image.

Il faut dire qu'avant l'achèvement de la structuration de la personnalité, l'enfant passe par des stades psychoaffectifs déterminés. Chacun de ces stades imprègne de ses caractéristiques le Moi de l'enfant. C'est à dire on a au départ le processus transactionnel (identification, introjection, projection, investissement libidinal...), ensuite ses effets constitués par l'apparition d'instances psychiques (image de soi, Moi idéal, idéal du Moi, imagos parentaux, Surmoi) qui auront à développer les traits des personnalités visibles (replie, isolement, mégalomanie, humeur triste, propreté, séduction-fuite etc...).

La transaction qui produit le trait ou psychanalyse de la relation:

Processus

Transaction Narcissique – fusionnelle de non séparation avec l'objet et éventuellement paradoxale ou schizophrénogène.

Transaction anaclitique de séparation mais De dépendance aussi, et éventuellement des interactions ultérieures à l'âge adulte de type dépressivogène.

Transaction triangulaire de l'ordre symbolique Pour contenir et ordonner l'imaginaire, et des interactions éventuelles à l'âge adulte du même type c'est à dire problématique du passage de la situation d'être le symptôme vers avoir le symptôme

trait

Isolement, introversion

Tristesse, dépendance, instabilité affective.

Peur, évitement, propreté, séduction-fuite, théâtralisme.

Si le déséquilibre se fait au détriment des liens objectaux cela conduirait à ce que les liens narcissiques soient dominants : c'est le cas de la famille où les différences générationnelles, de sexes, des individualités, de la perception de l'écoulement du temps s'émeussent (famille à structure narcissique, à patients psychotique).

Un autre cas de figure serait celui des familles où les liens narcissiques apparaissent comme affaiblis face aux liens objectaux, ils sont de ce fait comme déformés, le soi familial et trop incertain, les limites famille-monde extra-familial sont peut claires, laissant apparaître une dévotion excessive envers les familles d'origines des parents (ou d'un des parents) et leurs objets infantiles. Les attitudes sacrificielles ne sont pas rares. Les parents resteraient fusionnés aux grands-parents ; les deuils longs et difficiles ; les affects nostalgiques. (Famille à structure anaclitico-dépressive ; patients dépressifs, alcoolisme).

Le cas de la « famille à structure névrotique » ne verrait pas apparaître les liens en déséquilibre mais les inversions sexuelles joueraient un rôle dans l'origine des troubles*. Un système de transaction aurait comme effet sur un membre familial depuis l'enfance, la structuration et l'émergence des traits de caractère qui en se combinant formerait un modèle comportemental, un deutéroapprentissage (ou apprentissage de façon d'apprendre comme le dirait encore une fois Gregory Bateson), qui devient ensuite la source des conduites futures du dit membre.

« L'apprentissage est une modalité de traitement de l'information, qui conduit à la modification des systèmes de pensée, d'action et d'émotion, par essais et erreurs, en fonction des données de l'environnement interne et/ou externe. Il repose sur différentes formes de mémoire, qui intègre des données éventuellement transmises d'une génération à l'autre. L'apprentissage est ce qui permet l'acquisition des automatismes inconscients et préconscients en fonction des expériences apportées par les interactions familiales et sociales ». P. 42.*

BATESON distingue donc encore une fois en termes plus systémiques que psychanalytiques, quatre niveaux d'apprentissages hiérarchisés qui constituent les processus, notamment en milieu familial, de la formation de la personnalité :

- *Apprentissage de niveau zéro : il est effectué sans contexte et concerne les acquisitions primaires définitives tel que des associations motrices ou perceptives.*

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous direction de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

- *Apprentissage de niveau I : il suppose un changement dans la spécificité de la réponse dans un contexte fixe, tels que le conditionnement Pavlovien.*
- *Apprentissage de niveau II : deutéro-apprentissage ; il correspond à un transfert d'apprentissage ou l'apprentissage d'un modèle d'apprentissage ou une façon habituelle d'apprendre (et qui correspond à notre sujet) ou la formation d'un caractère ou d'une personnalité c'est à dire se comporter de la même manière dans multiples contextes. C'est l'apprentissage «de même, les phénomènes de transfert en psychothérapie, et de double bind, apparaîtront comme des apprentissages d'apprentissages des système de relation familiale et sociale. C'est l'apprentissage en générale que fait l'individu ses propres apprentissages particuliers*
- *Apprentissage de niveau III : il est rare, c'est le changement dans la façon de changer qui se produit après une psychothérapie (changement du caractère)*
- *Apprentissage de niveau IV : apprentissage nécessaire à l'humain.*

Dans le cadre de notre recherche, nous tentons d'établir des liens (une corrélation bi-univoque) entre ce que sont les traits d'une personnalité et éventuellement les symptômes qui y surgissent, et une sorte de typologie familiale ayant aussi des traits caractérisant ses transactions, ses mythes, ses rôles , des modes de pensées... voire même sa pathologie et qui est derrière les profils des personnalité de ses membres. Et comme le diraient le thérapeute familiaux :

« Les interactions se stabilisent en transactions schizophréniques, anorectique, psychosomatiques, toxicomaniaques, délictueuses (G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, A. J. Ferreira, S. Munuchin, M. Selvini-Palazzoli, etc... ». P.578 *

« Les typologie cherchant à généraliser et objectiver les intentions cliniques des typologies précédentes en prenant en compte la possibilité d'une poly – symptomatologie dans certaines familles, d'une souffrance familiale potentielle dans des familles. Sans aucun symptôme, et en reliant les caractéristiques de ces familles à certains paramètres spécifiques des interactions. » P.578 *

La méthodologie de notre travail, et qui sera développée dans le chapitre pratique VI, consiste justement a établir cette corrélation entre la clinique et le typologique individuel et le clinique et le typologique familial.

« Ces typologies sont à la base des grandes découvertes de l'école Palo Alto et de l'épistémologie qui en résulte. Leur mérite est d'avoir établi un pont dynamique entre certains

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous direte de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

diagnostics ayant un caractère essentiellement statique aboutissant à un pronostic traditionnellement défavorable et des possibilités d'amélioration dynamiques entièrement nouvelles. Il en est résulté une transformation radicale des relations entre psychothérapie et sociothérapies, par les biais de l'approche familiale un symptôme schizophrénique, un comportement anorectique, un caractère ou un délire paranoïaque, un acte délictueux, etc... peuvent ainsi être reliés à des systèmes ayant un sens relationnel et modifié par une intervention groupale sur ces systèmes » . P. 579 *

En matière de caractérologie familiale, il y a celle élaborée par Jules Riskin et Elaine E. Faunce (que nous développerons dans le chapitre V) qui s'appelle les typologies familiales multivoques, basées sur des paramètres d'une échelle d'évaluation des interactions familiales pathologiques.

Néanmoins, la caractérologie familiale psychanalytique de A. Eiguer est celle qui va guider davantage notre approche des quatre cas familiaux dans la partie pratique. Ceci est dû au fait qu'elle correspond davantage à la dimension clinique de notre méthodologie, que se soit au niveau de l'axe de l'entretien (choix des questions) ou au niveau de son analyse (rapprochement des communications familiales de cette typologie ou caractérologie familiale clinique de Eiguer).

L'analyse des communications de nos cas familiaux se fera donc en fonction de la caractérologie de A. Eiguer dans laquelle figurent : la famille narcissique (psychotique) caractérisée par l'illusion et le refus du monde extérieur, la famille anaclitique (dépressive) caractérisée par l'absence d'objet et la famille normale (névrotique) caractérisée par l'ordre symbolique dans les échanges.

L'échelle d'évaluation est comme suit :

- clarté – obscurité des énoncés échangés
- continuité – discontinuité des thèmes de la conversation
- engagement – désengagement des partenaires aux propos énoncés
- qui parle à qui, qui interrompt qui ?
- qualité amicale, indifférente, agressive de la relation

A travers cette grille, ces auteurs ont abouti à une classification de cinq types de familles :

- familles à problèmes multiples.
- familles bloquées.
- familles avec un enfant – patient désigné.
- Familles aux problèmes interactionnels non typiques

- Familles normales.

S. Munichin a proposé quant à lui deux types de familles : P 580 *

- familles désengagées : à transaction psychopatique, « exemple les parents sont indifférents si leurs enfants volaient l'argent du déjeuner

- familles enchevêtrées : il n'y a pas de différenciation claires entre les membres. Le comportement d'un membre se diffuse sur les autres membres d'une façon contagieuse. Ce type familial correspond aux familles psychosomatiques, psychotiques...

Il y a eu donc une typologie familiale franchement psychanalytique, fantasmatique où les transactions Enfant –Parents sont plus fantasmées que vraiment réelles à savoir la relation Mère- Enfant narcissique ensuite anaclitique, puis la relation triangulaire avec l'introduction du père symbolique pour mettre en ordre la relation naturelle Père –Enfant vers une relation culturalisée. Ces relations fantasmatiques et typiques supposent l'existence de pulsion narcissique investissant un objet (groupe familial) narcissique ensuite anaclitique et enfin névrotique.

« Le modèle psychanalytique conduit le plus souvent à faire les distinctions suivantes : famille caractérielle, symptomatique, névrotiques, psychotique, perverses, objectales, dépressives, narcissique (cyclothymiques, paranoïaque, schizophréniques) ».P. 582.*

H. E. Richter, plus psychanalytique que caractérologique, parle de névrose familiale de symptômes qui s'organisent autour d'un patient désigné (isolé délinquant...) et de névrose familiales de caractère qui n'isole pas ses membres.

A. Eiguer propose donc, comme nous l'avons souligné déjà les trois types de famille suivante qui sont en guise de modèles de compétence affective dans lesquels les individus se structurent et se fixent lors de leur psychogenèse à savoir :

- la famille normale : ayant accédée à l'ordre symbolique. Pulsion oedipienne investissant famille névrotique.
- la famille dépressive : organisée par l'absence de l'objet. Pulsion anaclitique investissant famille dépressive.
- la famille narcissique : organisée d'une façon rigide et sur l'illusion. Pulsion narcissique investissant famille psychotique.

Une typologie de C. Brodeur établie sur la base de rôles mythiques de père mère et enfant reconnus aux membres de la famille. Ce qui nous donne la caractériologie suivante :

* Dictionnaire des thérapies familiales , sous diret de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

- a- famille rationnelle : qui est maniaque, mélancolique, maniaco-dépressive, paranoïaque, angoissée ou caractérielle.
- b- Famille patriarcale : la famille accède à l'ordre symbolique grâce au père symbolique (famille névrotique).
- c- Famille fraternelle : le père, la mère et les enfants se libèrent du père symbolique. Opposition entre les membres.
- d- Famille fraternelle homosexuelle : il y a négation de l'opposition entre membres.
- e- Famille fraternelle hétérosexuelle : l'accès des frères à l'ordre symbolique œdipien.

Concernant les typologies transactionnelles de la famille développées par J. Haley, T. Lidz, L. Wynne, H. Stierlin, A. J. Ferreira, M. Selvini (thérapeutes familiaux) et par les psychanalystes Searles, Rosen, Racamier, E. J. Kestenberg et Décobert, B. Brusset... il a été plus question du lieu observable entre le symptôme individuel et les transactions familiales dans un but plus psychologique que caractérologique : « il existe souvent, de manière empiriquement constatable, une corrélation entre le type de la pathologie individuelle et la forme particulière de transaction observée.

On peut alors considérer l'aspect symptomatique des relations comme modalité dynamiques de réalisation de la personnalité, sans préjuger de l'origine du trouble (ponctuelle ou plus vraisemblablement multifactorielle, individuelle et relationnelle). P 585 **

Ces types de familles (schizophréniques, anorectiques, délictueuses) sont distingués par les critères familiaux suivants : le mythe, l'expérience du concerné, structure du pole, la transmission, la communication, la perception des rapports étrangers familial, la qualification de leurs propres messages et du niveau de messages d'autrui, le problème de Leadership et les alliances.

Et comme typologie transactionnelle de la famille on a :

- **Famille à transactions schizophréniques** : caractérisée par : l'unité- soucieuse des consensus, gomme opinions et identités personnelles. Les symptômes expriment des positions inconciliables. Pseudo-mutualité et pseudo-hostilité. Membres familiaux repliés sur eux même et se ferment sur l'extérieur. les rôles sont niés et pas de compétition. Ruptures transgénérationnelles et le passé hors jeux. Communication paradoxale et éclatée. Déformation des rapports étrangers- familiaux. Se contredire et annulation de son propre message. Annulation aussi du message d'autrui. Refus de tout leadership. Relation entre membres toujours duelles et jamais triangulaire.

*Dictionnaire des thérapies familiales , sous dire de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

** Dictionnaire des thérapies familiales , sous dire de Jacques Miermont, Ed . Payot , Paris 1987.

- ***Famille à transactions anorectiques*** : caractérisée par : l'harmonie. consensus mais reconnaissance de l'identité des membres sans leurs opinions. Pas d'affrontement enfants- parents. Rôles définis mais fragiles. Coupure entre sentiments et devoirs. Les comportements (le non verbale) ignorés. Une pseudo-sexualité. Communication logique mais non personnalisée. Refus du message d'autrui. pas le rôle de leadership dans la famille mais assumé par une institution externe. Pas d'alliances entre membre.
- ***Famille à transactions délinquantes*** : caractérisée par : l'autonomie. Distance interpersonnelle. *Moi* très autonome et personnel. Concurrence entre les membres. Rôles mal définis. Les parents n'appliquent pas un code moral bien défini. Les membres sont détachés les uns des autres et s'alignent sur les étrangers. Faiblesse du SurMoi et loyauté invisible. Ne sont pas prisonniers de leurs messages. Contradiction n'est révélée que par l'extérieur. Enfants obéissent fluctueusement aux parents. Tentative de leadership, non acceptée par les parents.
- ***Familles à problèmes multiples (Riskin et Faunce)*** : caractérisée par : messages pas clairs (confus) et avec ironie. Changement constant de sujet. Chaque membre répond à la place d'un autre. Chacun est engagé dans ses propres croyances. Climat hostile. Plus de relation entre les enfants que ceux ci avec les parents. Pas de soutien affectif inter-membres ni coopération.
- ***Famille bloquée*** : caractérisée par : messages trop clair, mais avec rapide changement de sujet. Atmosphère triste et hostile. Plaisanteries sans rires. Parents en entente, les enfants leurs parlent mais pas l'inverse. Les enfants ne parlent pas entre eux, et se comportent mal. Apparition d'un bouc émissaire.
- ***Famille avec un enfant - patient désigné*** : caractérisée par : discours peu clair et interrompu. Désaccords. Un seul membre peut changer de sujet. Pas de plaisanteries. Bonne tenue. Pas de soutien moral ni agressions, mais atmosphère figée et tendue. Pas d'engagement personnel. Existence de relations parents-enfants. Seule une personne parle.
- ***Famille normale*** : caractérisée par : communication moyennement claire. Beaucoup d'humour. Un sujet est amené jusqu'à son épuisement naturel (font des conclusions). Accord et soutien entre membres. Pas d'agressions parents vers enfants. Respect des différences sans dogmes.

CHAPITRE IV

THERAPIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE

La thérapie familiale est une théorie explicative des faits humains et une méthode thérapeutique.

Une méthode thérapeutique qui s'intéresse à la famille dans sa totalité. Une théorie aussi car c'est une nouvelle façon de voir et de définir les problèmes humains.

Elle puise ses principes et concepts de la théorie systémique (T.G.S) qui constitue son cadre théorique général.

La thérapie familiale s'apparente aussi avec d'autres théories et d'autres mouvements de pensée tels que le structuralisme, la cybernétique, l'informatique, la Gestalt, la psychanalyse familiale (Manouni, Neurburger).

L'ensemble de ces théories ont comme dénominateur commun l'étude des interactions qui se produisent au sein des structures et des systèmes organisés par leurs propres règles et celles de leurs environnements.

La rupture épistémologique qu'a réalisé la pensée systémique correspond à vrai dire à une rupture globale entre deux modes de pensée en sciences :

- Le premier concerne le concept d'énergie où dominant les notions de pulsion, de dynamique, de transformation et conservation d'énergie (caractérogénie, psychanalyse, traits).
- Le second correspond plutôt au concept d'information et où on voit apparaître l'usage des mots tels que : la rétroaction, l'échange d'information, l'homéostasie...

Les deux épistémologies sont complémentaires, donc conciliables et par conséquent on peut établir une synthèse entre les deux de telle sorte que l'analyse porterait à la fois sur les relations familiales précoces et sur les traits de personnalité.

La thérapie familiale, en plus du mouvement systémique, a également subi l'influence de certains courants en psychologie. La psychologie sociale de Kurt Lewin lui était utile pour la notion de groupe, ensuite l'apport de J. L. Moreno concernant l'approche thérapeutique de ce groupe psychosocial même.

La psychiatrie institutionnelle, comme l'antipsychiatrie (D. Cooper et R. Laing) avaient aussi leur rôle dans l'émergence de la thérapie familiale.

La thérapie familiale a donc pris naissance en Amérique, au début des années cinquante. Nathan Ackerman, considéré comme le grand père de la thérapie familiale, pratiquait ce type de traitement à New York juste après la fin de la seconde guerre mondiale.

Historiquement, le mouvement de la thérapie familiale trouve son origine dans deux pratiques cliniques :

A- la guidance infantile où le thérapeute considère toujours le rôle parental dans l'apparition des symptômes chez leurs enfants (Child guidance de Philadelphie).

B- La recherche américaine sur la schizophrénie qu'on peut diviser aussi en deux principaux courants :

1- les chercheurs à New York, Boston et Philadelphie sont restés toutefois fidèles à la théorie psychanalytique, tels que : Bowen, Wynne, Lidz, Nagy, Framo et autres dont les travaux sur les familles ont été d'une remarquable complémentarité.

2- par contre, en Californie, à Palo Alto exactement, les chercheurs du « Mental Research Institute » (M. R. I), tels que G. Bateson, D. Jackson, J. Haley, J. Weakland... en abandonnant la théorie psychanalytique, ont élaboré leur théorie de la pathologie familiale, sur de nouvelles bases conceptuelles. Leur théorie a été baptisée sous le nom de la « théorie de la communication », dont le paradigme de base devient le système et les informations qui y circulent.

Les systèmes humains, à la différence des autres systèmes, sont régis par des lois systémiques porteuses de sens (histoire, drame, ...).

De toute manière, ces deux courants de la thérapie familiale (Philadelphie et Californie) considèrent la schizophrénie comme un trouble impliquant tout le groupe familial.

Nous allons à présent décrire l'évolution de chacun de ces deux courants, avec l'apport de chacun des chercheurs ayant marqué de près ou de loin la thérapie familiale.

1-LA THERAPIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE, HISTORIQUE ET FONDEMENT EPISTEMOLOGIQUE :

Dans ce courant, le principal travail de recherche sur la famille demeure celui de Murray Bowen.

En clinique, il invitait les parents des malades à suivre un traitement. Ce qui lui a permis d'élaborer certaines notions qui rendent compte du lien « symptôme – famille ».

Il travailla avec son équipe sur la notion de différenciation du soi, sur l'hypothèse trigénérationnelle de la maladie mentale (le schizophrène est supposé être le produit des trois mères *immatures* de trois générations successives). Théorie très proche de la mère schizophrénogène.

D'autres chercheurs ont travaillé sur le concept du divorce affectif des parents. Wynne développa sa théorie de la pseudo-mutualité. En 1949, Ted Lids travaillait particulièrement sur la personnalité du père, qu'il a qualifié de "passivité" dans les famille de schizophrènes. D'autres chercheurs se sont intéressés à ce qu'ils ont appelé le syndrome « mère – enfant ». Le comportement de passivité du père et celui de maîtrise de la mère, étaient pour ces théoriciens les deux facteurs de la schizophrénie. Notion qu'on peut rapprocher de la forclusion du Nom du Père de J. Lacan.

Nagy, plus récemment (1960) parla de la complémentarité de désirs pathologiques entre parents et enfants. Situation qui configure l'apparition des traits de personnalité et leur maintien par le type de relation familiale présent.

Les travaux effectués sur des familles pathologiques de 1940 à 1950, dans le cadre de ce courant, ont mis en évidence les deux fonctions responsables de l'apparition de la schizophrénie : la mère " pathogène " et le père " inadéquat ".*

Il s'agit de la relation duelle mère–enfant dans laquelle le père est absent dans le discours de la mère. Cette relation est de type narcissique qui aura tendance à former des traits de caractères narcissiques. *Etre le symptôme* et non pas *avoir le symptôme* semble caractérises la famille psychotique où l'imaginaire est imperméable au symbolique.

a-De la relation affectivo-transactionnelle aux traits de caractère (la transaction de sens) :

La transaction dans les systèmes humains obéit à la fois aux lois systémiques et au sens humain.

David Lévy fut l'un des premiers à avoir parlé de la surprotection maternelle au cours des années quarante. Il voyait dans le comportement de la mère une sorte de compensation affective suite à une carence affective qu'elles-mêmes ont vécue avec leur propre mère ; situation qui signifie être l'objet du désir de l'autre et non avoir le désir car avoir le désir signifie que le sujet s'éloigne de l'imaginaire.

· * psychothérapies familiales (aspects théoriques et pratiques) de Ivan BOSZORMENY, NACY et James L. FRAMO.

Désir ® situation relationnelle familiale ® traits de personnalité.

Lévy nous décrit deux types de superprotections maternelles. Les pulsions s'intègrent dans les situations relationnelles familiales et donnent lieu à des traits de personnalité ayant le profil de ces situations :

- L'une superprotectrice, mais d'une façon autoritaire et dont les enfants sont soumis chez eux, n'ayant pas de camarades et présentant des troubles alimentaires.
- L'autre d'une façon indulgente incite plutôt ses enfants à la désobéissance chez eux, bien qu'ils se conduisent correctement à l'école.

Vers l'année 1948, Fromm-Reichman, en employant l'expression de mère "schizophrénogène" chercha à nous décrire son comportement agressif, dominateur, rejetant quoique peu sûre d'elle-même. Par contre le père est décrit comme étant inadéquat, passif et indifférent.

Il y a donc une espèce de combinaison qu'on peut faire entre les lois psychanalytiques (imaginaire, narcissisme, le symbolique, le nom du Père, traits de caractère..) et les lois systémiques (rétroaction, homéostasie, patient désigné, typologie transactionnelle...) pour donner lieu à une analyse systémique de la pathologie mentale qui s'applique en même temps aux systèmes humains qui sont des systèmes porteurs de sens, qui se comprennent.

Exemple : une mère schizophrénogène, par son comportement crée les traits décrits en caractérologie : schizoïde, retrait social, rêverie, repli...).

Tietze a montré, dans une étude effectuée en 1949 sur vingt cinq mères d'enfants schizophrènes, leur caractère de rigidité et de rejet. Et en 1950, Gérard et Sieget ont trouvé que 90% des cas étudiés sont excessivement attachés à leur mère.

Néanmoins, dans les cas de famille dont le père est réellement absent (décès ou divorce), Thomas (1955) en étudiant les relations mère – fille, nous a montré que ces mères sont très punitives, notamment au cours de la période pubertaire de leur fille.

De ce fait, Il ne peut y avoir de phénomènes décrits en psychanalyse (inconscient, pulsion, narcissisme, relation objectale...) qu'il ne faut pas nécessairement rattacher aux processus systémiques. Le narcissisme, l'inconscient, les pulsions...par exemple ne sauraient s'expliquer en dehors d'un mécanisme groupal, rétroactif et transactionnel. Il en est de même des lois systémiques (interaction, circularité, totalité, communication digitale...) qui demeurerait comme des coquilles vides sans la dimension de sens, de drame et de romance propre à l'humain, tant étudié par la psychanalyse.

Dans cette transaction de sens Lidz et Lidz (1940) ont montré que dans les cinquante cas de schizophrènes étudiés, la moitié a un ou deux parents qui sont décédés et que seulement cinq cas sont issus de familles "normales".

Bray et Rosenzweig, en 1943, ont trouvé que nombreux sont les schizophrènes ayant décompensé suite à la mort d'un proche. Pour ces deux chercheurs, un sentiment de culpabilité insupportable est à l'origine de leur trouble.

En 1949, Ellison et Hamilton ont signalé l'agressivité, même physique, de l'un ou des deux parents vis à vis du futur schizophrène. Ce fait a été confirmé par Johnson et Beckett en 1956.

Dans la même perspective que les autres chercheurs, Wahl a confirmé le fait que la perte d'un parent au cours de l'enfance ou l'adolescence est un facteur déclenchant de la schizophrénie.

Parallèlement à ces recherches expérimentales qui, signalons le, ne répondaient pas parfaitement à la rigueur méthodologique du contrôle des variables, se développèrent des techniques thérapeutiques visant le même objectif.

Ross (1948) et Priestman (1957) employèrent la thérapie de groupe où patients et parents sont présents, ce que faisaient aussi Abrahams et Varon en 1953 lorsqu'ils étudièrent la relation mère – fille qualifiée de relation de dépendance.

Observer les données	Observer les types relationnels	Observer les traits de caractères.
Psychanalyse : sens humain élémentaire	Thérapie familiale : lois systémiques.	Caractérologie : sens humain façonné par les lois systémiques.
Données psychologiques fondamentales et brutes (pulsions, narcissisme...)	Données psychologiques en interaction, processus.	Données psychologiques travaillées et fixées (comme produit psychologique du sens humain fondamental et des lois systémiques).

Mais c'est en 1959 que Szwek et Berlin réalisèrent un succès thérapeutique en traitant une centaine d'enfants psychotiques avec leurs parents.

Au cours de cette période, l'attention fut accordée à l'analyse des relations dans les couples conjugaux.

Travail effectué notamment par Mittelman vers les années 1956 où au même moment Rychewsky a parlé de mariage prépsychotique, où le choix du partenaire conjugal est basé sur

des motivations pathologiques. En 1956 toujours Eisenstein renforce cette même idée en ajoutant que cette motivation provient de la famille d'origine.

L'année 1956 fut assez fructueuse pour l'expansion de la thérapie familiale, car c'est à cette même date que Limentani avait mis en évidence le lien symbiotique existant entre les schizophrènes adulte et leur mère. Le "syndrome symbiotique" nous révèle, précisent-ils, le caractère régressif de cette dyade. C'est à la même période que Hill s'intéressa aussi à cette symbiose, mais en montrant le rôle omniprésent de la mère dans le moi du patient. Cette mère, ajoute Hill, offre un amour excessif à son fils, mais sous forme conditionnelle.

En somme, le développement de la thérapie familiale d'inspiration analytique suivait, comme toute théorie, une double trajectoire : une conception et une pratique.

Une relation, un trait ou un symptôme sont l'entremêlement du fait général humain (proche des lois systémiques), du typologique humain (caractéristiques partiellement générales : personnalités, typologies familiales) et du singulier humain (données casuistiques spécifiques à telle personne ou à telle famille).

Exemple à cela : la dissociation schizophrénique correspond à un désordre systémique (paradoxes) avec absence du Père symbolique et d'un vécu (discours) singulier propre à la personne atteinte.

Les relations familiales sont régies par les lois générales des systèmes (rétraction) et les lois typologiques qui sont partiellement générales (entre le général et le singulier) et les lois singulières propres à chaque famille.

Exemple : le trait de propreté chez l'obsessionnel résulterait d'un triple processus à savoir : une loi systémique générale capable de produire ce trait, un type familial névrotique et un vécu strictement individuel en rapport avec l'obsessionnalité.

Cependant, le regard du thérapeute durant cette période était assez réductionniste pour inclure l'ensemble du groupe familial. C'était toujours sur la dyade 'mère – fils, père – mère...) que portaient leurs travaux.

Néanmoins, vers la fin des années cinquante, commencèrent des recherches cette fois sur la famille dans sa totalité. Cette deuxième vague de la thérapie familiale, 1950 à 1960 est caractérisée par la négligence de la dyade au profit du groupe familial.

En 1959, Bell et Spiegel relient la famille comme telle à la maladie mentale. Et par la même occasion, ces deux chercheurs ont critiqué l'ensemble des travaux précédents.

Ils estimèrent que les thérapeutes familiaux de la décennie précédente n'ont fait que fragmenter la famille en un ensemble de dyade isolées sans jamais rendre compte de la véritable unité familiale.

Midelfort (1957) insistant particulièrement sur la présence de tous les membres familiaux afin que le changement souhaité soit possible.

De 1959 à 1960 Bowen a pu modifier en fin de compte son hypothèse initiale pour inclure toute la famille dans le processus thérapeutique. Puis, il travailla sur l'hypothèse des trois générations, laquelle constitua aussi l'intérêt de Mendell et Fisher vers 1958.

De l'explication à la description et de la description à l'explication :

Il faut noter que le caractère (personnalité) comme la pathologie mentale sont des états issus des transactions précoces et futures vécus par l'individu dans son groupe familial depuis l'enfance. Les types de transactions, dans le processus normal, évolue du premier (type narcissique ou schizophrénogène) jusqu'au dernier type (triangulaire ou névroticogène) en passant par le type anacliticogène (dépressivogène). Et vers un type de personnalité ou une pathologie mentale quand un type transactionnel devient dominant (homéostasie dysfonctionnelle ou rétroaction négative) et empêche le groupe familial d'accéder au type transactionnel suivant :

- *le type transactionnel schizophrénogène* :caractérisé par l'aspect fusionnel, narcissisme, paradoxalité et l'imaginaire. Il donne lieu aux personnalités schizoïde, schizotypique, paranoïaque et la schizophrénie comme pathologie mentale.
- *Le type transactionnel analiticogène* : caractérisé par l'aspect d'un Moi séparé mais dépendant.
- *Le type transactionnel triangulaire* : caractérisé par l'introduction du Père symbolique dans la relation duelle et imaginaire entre l'enfant et la Mère.

Bowen s'est penché aussi sur la relation conjugale d'où il a déduit le concept de *divorce émotionnel* entre les deux parents, en dépit d'une entente apparente. Le divorce émotionnel, disait-il, se traduit ailleurs par une forte relation symbiotique entre la mère et le patient (Forclusion du nom du Père).

Drodey considère que l'enfant est une victime des conflits parentaux alors que Lidz et Lidz et ses collaborateurs, en travaillant particulièrement sur la personnalité des pères des malades, ont pu dégager cinq types de Pères dont l'influence est très importante sur les enfants :

- le premier type concerne les pères en conflit avec leur femme.
- Le second type concerne les pères plutôt hostiles envers leurs enfants qu'envers leur femme.

- Le troisième type caractérise les pères très fiers d'eux-mêmes, alors qu'ils restent distants et indifférents vis à vis des enfants.
- Le quatrième type concerne les pères convaincus de leur incapacité, qui sont méprisés par leur femme.
- Enfin le cinquième type caractérise les pères passifs et acceptant le rôle dominant de leur femme.

Vers la fin de cette seconde décennie Lyman Wynne, en analysant les rapports intrafamiliaux, a pu dévoiler deux types de relations pathogènes chez des familles étudiées.

- le premier type, qu'il a appelé "la pseudo-mutualité" décrivant une image unifiée et idéalisée que maintient une famille tout en excluant les divergences.
- Le second type a été nommé "la pseudo-hostilité", qui concerne une apparente coupure intrafamiliale, afin de mieux se préparer contre une réelle hostilité.

L. Wynne conclut en disant que le désordre observé chez le patient n'est que l'intériorisation du désordre familial.

En 1962, Nagy et Framo en élaborant la notion de la complémentarité de désirs pathologiques entre membres familiaux, ont développé également la notion du *transfert familial*. Le transfert familial est décrit comme une situation qui permet aux malades de vivre l'ambiance à l'hôpital comme une atmosphère familiale, où certaines intimités sont assez identiques dans les deux lieux (tels que les soins corporels, les confidences ...).

La notion de relation en psychanalyse :

L'individu commence sa structuration psychologique (caractérologique) en étant un vide psychique (apersonnalité), ensuite est constitué comme caractère en intégrant les images de l'autre narcissique (Mère) et de l'Autre symbolique (Père) en soi et on aura des caractères soit psychotiques, limites ou névrotiques, et ceci en fonction de caractère et des compétences affectives familiales.

La psychanalyse voit dans les relations sado-masochistes une liaison entre deux individus dont les caractères se rejoignent tout en se complétant.

Dans le rapport sado –masochistes chacun des partenaires s'imagine l'autre pour obtenir son plaisir (le sadique s'imagine masochiste, par un mécanisme d'identification projectives, tout en cherchant la jouissance, et le masochiste s'imagine sadique pour les mêmes raisons et dans le même but).Une dimension intersubjective de nature affective créée entre les deux pour former une seule unité relationnelle.

Il est devenu plus correct de parler d'une relation *sado-masochiste* que de sadisme ou de masochisme tout court. Le premier concept renvoie à une structure interactionnelle alors que les deux autres demeurent exclusivement monadiques.

Dans la relation sadomasochiste, le comportement du sadique contient les prémisses du comportement masochiste de son partenaire, lequel répond à cette conduite par la sienne qui contient aussi les prémisses du comportement sadique subséquent et ainsi de suite.

Cette même description s'applique en fait à la relation Mère-Enfant dont nous parle Winnicott à propos de la relation transitionnelle. Dans cette dyade, il est évident que la mère représente pour l'enfant son objet transitionnel mais il est tout aussi légitime de dire que l'enfant est « l'objet transitionnel de sa mère ».

Un autre fait peut s'appliquer à cette relation duelle, que nous fait connaître la psychanalyse, il s'agit de la relation conjugale ou le *Phallus* en tant que représentation, représente l'enjeu des rapports du couple ; rapports qui ne restent pas sans répercussions sur l'enfant (la mère phallique, le père effacé à l'enfant schizophrène). Cette structure triangulaire pathologique a été mise en évidence par la psychanalyse qui en a fait le triangle le plus déterminant dans la genèse de la névrose aussi bien que de la psychose.

Dans une escalade symétrique, nous avons vu que chacun des partenaires rejette systématiquement la communication de l'autre partenaire. Lequel réagit par un même comportement de rejet et ainsi de suite.

Par contre, dans une interaction du type complémentaire rigide, il ne s'agit plus du rejet de ce que dit l'autre mais d'une confirmation réciproque des positions relationnelles que chacun contraint l'autre à occuper, à savoir la position basse ou la position haute.

Sur le plan clinique, il est probable que celui qui occupe la position basse aura tendance à manifester certains symptômes inhérents à cette position relationnelle, tels que la dépression... bien que la fonction symptomatique pour l'équilibre demeure la même. Ceci dit, il nous faut nous garder de toute confusion de langage entre les concepts "monadiques" et les concepts "interactionnels".

De toute manière, essayez d'appliquer des concepts monadiques (tels que : névrose obsessionnelle, dépression, schizophrénie ...) à des faits interactionnels représente une difficulté considérable. En effet, nous savons bien qu'ils appartiennent tous deux à des types logiques complètement différents.

D'autre part, une nosologie interactionnelle comparable à la nosologie psychiatrique classique nous fait défaut. C'est un manque terminologique plus que conceptuel, qui est en fait propre à la pensée systémique et qui peut altérer l'essentiel de la thérapie familiale.

Nous voilà maintenant en mesure de dire que les symptômes psychiatriques, au delà de leurs appellations, ne peuvent être compris que s'ils font l'objet d'une observation complète incluant leurs "compléments" pathologiques.

Pour mieux saisir ce que nous entendons par "compléments" pathologiques (ou pathologie imbriquée), nous nous référons à une citation énoncé par deux psychiatres français, il y a déjà un siècle, dans leur ouvrage : « La folie à deux ou folie communiquée », lequel possède beaucoup d'affinités avec la conception systémique de la psychopathologie.

Ch. Lasègue et J.Fabret ont défini clairement ce type de pathologie complémentaire quand ils disaient : « dans le délire à deux, l'agent provocateur répond en effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir, mais avec une recherche persévérante, on arrive à saisir les lois auxquelles obéit ce second facteur de la folie communiquée ... Une fois que le contrat tacite qui va lier les deux malades a été à peu près conclu, il ne s'agit pas seulement d'examiner l'influence de l'aliéné sur l'homme supposé sain d'esprit, mais il importe de chercher l'action inverse du raisonnant sur le délirant et de montrer par quels compromis mutuels s'effacent les divergences ».*

L'exemple suivant concerne une relation complémentaire rigide où le mari occupe la position haute alors que la femme se maintient à la position basse et souffre de certains symptômes de dépression.

M : Et ... voyons, quand as- tu commencé à travailler là ?

F : Nous ... Je n'en ai pas la moindre ...

M : (l'interrompant) je crois que c'était vers ... je suis arrivé en octobre, l'année précédente ... et tu as dû commencer vers février ... euh ... février ou janvier .. ou peut-être bien février ou mars, parce que ton anniversaire était en décembre la même année.

F : Hum ... je ne peux pas me rappeler ...

M : (l'interrompant) Alors il s'est trouvé que je lui ai envoyé des fleurs, vous comprenez quand ... à notre premier rendez-vous. Et que jamais ... nous n'étions jamais allés nulle part, n'est -ce pas ?

F : (rire bref) Non, j'étais bien une surprise.

M : Et nous sommes allés juste un peu plus loin. Je crois que nous nous sommes mariés environ un an près.

A peine plus d'un an.

Th : Qu 'est -ce que vous ...

* Ch. Lazégue et J.Falret : « La folie à deux ou folie communiquée », annales aédico-psychologique. T18,

M : (l'interrompant) toujours est-il que Jane a quitté la société très peu de temps après. Hum ... je crois que tu n'y as pas travaillé plus de deux mois, heim ?

F : Je regrette, mais je ne me souviens de rien (léger rire), ni combien de temps ni quand j'ai quitté.

M : (l'interrompant) Oui, Oui, deux mois, et après tu as repris l'enseignement (F : hum ... hum ...) parce que nous ... elle trouvait, je crois, que ce travail de guerre n'était pas autant qu'elle le pensait, une contribution à l'effort national quand elle y est entrée.

Th : Alors vous êtes allée dans une école ?

F : Oui, j'y avais déjà travaillé (Th : hum ...) avant de venir travailler dans cette société.

Th : vous avez continué à rester en contact (M : Oh, on ...) Eh bien ... euh ... en dehors du fait que votre femme est incontestablement charmante, et bien que pensez-vous avoir en commun ?

M : Absolument rien (rire). Nous n'avons jamais ... Nous n'avons jamais eu ... nous (respiration oppressée) (pause).

Voilà maintenant ce que ces observateurs ont dit sur ce couple : « D'une manière générale, les enquêteurs ont estimé qu'il y avait à l'intérieur de ce couple une grande distance affective et que la femme présentait des signes assez nets de dépression ».*

Psychanalyse et thérapie familiale :

Notre apport contient un aspect original dans la mesure où la caractérologie familiale psychanalytique est un champ presque neuf et inédit. Ainsi, si nous utilisons assez de références concernant les travaux sur la thérapie familiale systémique (Palo-Alto) il en est beaucoup moins pour la caractérologie familiale, vue sa nouveauté.

Les chercheurs du Palo Alto, dont G. Bateson demeure l'élément fondateur, se sont beaucoup intéressés à la théorie des types logiques proposée par B. Russel et Whitehead dans leurs ouvrages « Principia mathematica ».*

Néanmoins, leurs intérêts n'en demeuraient pas pour autant fixés sur les spécialisations logico-mathématiques que peuvent solliciter les paradoxes et les contradictions. L'aspect pragmatique restait pour eux le vecteur principal de toute forme de communication, à savoir les implications comportementales résultant de telles injonctions. (On cite à cet égard le cas

Novembre 1877, reproduit in « Une logique de la communication » P. Watzlawick p.107

* idem « Une logique de la communication » p.172

B.Russel et A.Whitehead : Principie mathématique 3 volumes. Cambridge University Press, Cambridge 1910-1913

typique du "double lien" comme injonction paradoxale enfermant le malade dans une position d'indécidabilité).

C'est à partir de là qu'ils ont défini certains programmes de travail sur des familles ayant un membre taxé de schizophrène. Cette entreprise leur a permis de voir très vite que ces familles, au cours des entretiens, sont loin de satisfaire aux critères de la logique de la communication.

Le *double bind* est la situation d'indécidabilité qui emprisonne aussi bien le patient que sa famille. Bateson a rectifié ou plutôt éclairci ce concept de double lien, en réponse à une mauvaise interprétation de certains chercheurs linéaristes, qui ont vu dans ce phénomène une victime (le patient) et un agresseur (sa famille).

Par ailleurs, il faut considérer qu'il ne peut y avoir de message complémentaire ou symétrique en soi. Tout dépend de la relation avec le message qui le précède ou avec celui qui lui succède. Donc, l'analyse d'une unité ne peut se limiter à une seule réplique communicative, mais doit nécessairement porter sur trois répliques successives, pour pouvoir dégager les caractères de la relation engagée (injonction – confirmation ou rejet – renforcement et ainsi de suite). Une telle unité peut en effet rendre compte de toutes les relations dans son passé comme dans son avenir.

Un modèle interactionnel est essentiellement redondant, de telle façon que l'étape initiale du processus se voit rejouée dans la dernière étape, permettant par là au système de réactualiser constamment son fonctionnement. Ce qui revient à dire que l'identification d'un modèle transactionnel donné est relativement commode à réaliser puisqu'une simple saisie actuelle de son déroulement suffit pour nous révéler l'ensemble des paramètres du fonctionnement.

La première différence qu'on trouve entre la théorie psychanalytique et la thérapie familiale, c'est que la première s'intéresse à l'individuel alors que la seconde porte son intérêt au groupe familial.

Est-ce que nous devons voir en cela une exclusion réciproque ou au contraire une complémentarité ?

Répondre à une telle interrogation dépend naturellement des positions particulières de chacun des théoriciens en psychanalyse ou en thérapie systémique .

Pour Robert Neuburger* qui se définit comme à la fois psychanalyste et systémicien, le travail psychanalytique commence là où s'arrêterait le travail systémique. Ainsi, le but d'une thérapie familiale systémique est de résoudre les difficultés conjoncturelles du groupe familial

afin de permettre l'expression des difficultés "structurelles", voire "existentielles" des individus constituées par la demande d'aide.

Pour lui, la psychanalyse ne doit pas empiéter sur le champ systémique et inversement. Au respect de cette frontière, le processus thérapeutique doit être l'intervention sur la demande familiale pour permettre une meilleure écoute de la demande individuelle. Qui dit individuation (demande individuelle) dit accès au symbolique par le dépassement de l'imaginaire confus, accès à l'aire symbolique familiale-individuelle.

Cette nuance est primordiale, car chacune de ces deux demande (familiale et individuelle) n'appartient pas à la même catégorie logique que l'autre.

La demande familiale que révèle le patients identifié apparaît notamment sur le mode de l'analogique et du non-verbal, alors que si la demande individuelle, très symbolique, s'exprime plutôt sur le mode du digital et du verbal.

Le premier type de demande nécessite une connaissance de la dynamique familiale suivie d'intervention, le second nécessite plutôt une écoute et une analyse de la demande individuelle.

Etant donné les règles familiales, la possibilité d'exprimer une demande individuelle est quasiment nulle. Seule une demande groupale est autorisée de ce fait à s'exprimer, mais qui échapperait aux individus comme sujets ; la demande individuelle ne peut, dans ces conditions, apparaître sans que le dysfonctionnement familial soit remédié.

En parlant de la demande familial, R. Neuburger dit : « je ne dis pas qu'il n'y a pas de demande, mais que la structure groupale dominante empêche l'émergence d'une demande individuelle ». * P.9

Or, il est certain que la demande familiale demeure assez complexe dans sa composition. De par sa nature même, elle ne concerne pas un seul sujet. La demande familiale est répartie sur plusieurs membres familiaux et ne concerne pas exclusivement le patient identifié.

Le symptôme apparaît chez le patient désigné, un ou plusieurs membres de la famille en souffrent et un troisième en fait la demande. Pour réussir, une thérapie familiale doit tenir compte de ces trois éléments qui composent la demande familiale. Cependant, identifier le symptôme comme appartenant soit à la structure individuelle, soit à la structure familiale dépend naturellement du type logique dans lequel s'exprime le symptôme. Autrement dit, s'il appartient au mode de l'avoir (avoir le symptôme) lequel correspond à la logique d'une

* « L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique » (p.9)

demande individuelle, ou s'il appartient plutôt au mode de l'être (le patient est le symptôme de sa famille), situation obéissants à la logique familiale.

Par conséquent, à chacun de ces deux types de symptôme devrait correspondre aussi un type thérapeutique approprié, qui obéirait à la même logique.

Quand le patient est *le symptôme d'une pathologie familiale*, il est évident que l'intervention systémique s'impose comme la plus valable. Alors que c'est le sujet même qui *a le symptôme*, en souffre et formule la demande d'aide, un travail de type psychanalytique en profondeur devient indispensable pour une meilleure *prise de conscience*. Ceci devrait conduire à la réconciliation entre le désir inconscient et les contraintes surmoïques.

Dans le cas où la demande d'aide est groupale, il n'est plus besoin, de se fait, d'écouter le patient. Il n'est qu'une demande familiale. Dès lors la stratégie du changement doit être celle que nous a décrit la thérapie systémique : le changement de l'individu porteur du symptôme ne peut se faire qu'avec celui des autres individus de son entourage.

Le premier objectif thérapeutique que doit assumer le travail systémique est de permettre au patient désigné, ainsi qu'aux autres membres de son groupe, de pouvoir exprimer la demande non plus sur le mode logique de *être le symptôme mais sur celui d'avoir le symptôme*.

R. Neuberger résume ceci en disant : « pour moi, le but de l'intervention systémique est de restituer les conditions de la demande ».

A travers la définition de ces deux champs thérapeutiques (analytique et systémique), il nous est possible de dire que le groupe familial dysfonctionnel est celui qui, en vertu de son mythe et de ses règles, empêche toute possibilité d'une demande individuelle différenciée, reconnue comme telle par les autres membres.

De ce fait, il n'y aurait plus de frontières entre la logique individuelle de "l'inconscient" et celle du groupe comme système.

Dans un tel groupe familial, "la division du sujet" est colmatée en faveur du "mythe de l'union familial". Ainsi, toute tentative de demande individuelle se trouve remodelée sous forme de demande familiale par le groupe. Et tout symptôme dans l'AVOIR est ainsi récupéré dans la logique de l'être.

Cette logique d'appartenance familiale ne peut, en vue de sa propre stabilité, coexister avec la logique individuelle de l'AVOIR.

Pour cela, la thérapie familiale doit avoir comme tâche tout un travail d'individuation au niveau des membres, afin de permettre au groupe familial d'avoir une réelle et symbolique (et non mythique et imaginaire) cohésion. Ainsi, les différences inter-membres ne seraient plus

perçues comme des menaces pour l'équilibre familial mais au contraire un moyen pour son enrichissement et sa maturation.

Ce n'est qu'après l'assomption d'une telle différenciation inter-membres par le groupe qu'une demande individuelle devient possible.

Pour schématiser à l'extrême, nous pouvons dire que les symptômes du patient désigné, qui demeurent dans la logique d'*être le symptôme*, représentent une sorte de demande groupale mais évoquant *l'absence d'une demande individuelle*.

Ainsi, une demande individuelle ne peut constituer l'objet d'un travail analytique avant que la demande familiale ne soit d'abord prise en compte.

La demande individuelle qui est une situation conflictuelle en soi, une fois non-exprimée en raison des règles familiales, conduit le patient dans un état que les antipsychiatries qualifient de métanoïa, état dans lequel le malade cherche à exprimer sa *santé mentale* mais d'une manière *maladroite et pathogène*. Ce compromis recherché par le sujet entre l'ordre familial et le besoin d'individuation nous fait connaître la groupe familial dans son état le plus critique.

« Il nous semble que la place du thérapeute familial est, dans ces cas, de permettre une désaliénation du groupe familial, l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, et pas seulement chez celui qui au départ était porteur du symptôme ». * P. 16.

Pour R. Neuburger, le procès d'une thérapie familiale doit poursuivre trois étapes successives :

- La mise en relief du symptôme (le patient désigné)
- La mise en valeur de la souffrance (qui en souffre le plus).
- Et enfin, qui en allègue la demande.

Ce semblant de diagnostic de la demande familiale permet d'abord au thérapeute de bien situer l'appartenance logique du symptôme : c'est-à-dire s'agit-il d'un *symptôme du malade ou du malade symptôme*.

Selon Neuburger, dans le cas du type logique de l'avoir, le symptôme correspond à une logique symbolique, ternaire et œdipienne du désir. Mais dans le cas du type logique de l'être, le symptôme obéit à une logique imaginaire , binaire et systémique. Il échappe alors au sujet. Pour cet auteur, les deux logiques requièrent l'utilisation de concepts différents et impliqueraient des modes d'approches différents.

*« L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique » (P. 16)

* idem R. Neuburger « L'autre demande ... » (p.16)

Comme nous l'avons déjà mentionné, lorsque la pathologie est familiale, les trois éléments la constituant, dispersés chez les membres où l'un possède le symptôme, un deuxième en souffre et le troisième fait la demande d'aide. Par contre, si la pathologie est individuelle, ces trois éléments de la demande figurent chez une même personne.

Se présenter comme sujet *ayant le symptôme* ou comme *sujet-symptôme* d'un groupe familial implique, encore une fois, un changement de niveau logique de la demande.

Selon la conception nosologique traditionnelle, le fait *d'être le symptôme* correspondrait à la catégorie *des psychoses* alors que le fait *d'avoir le symptôme* correspondrait la catégorie *des névroses*.

Nous pouvons déduire, à partir de cette analyse, que dans un groupe familial dysfonctionnel, le rapport du sujet au symptôme, généralement basé sur le mode de l'avoir, se joue sur le mode de l'être.

Il est à rappeler que le symptôme sur le mode de l'avoir constitue un réel danger pour l'homéostasie familiale. Pour faire face à une telle menace, les mécanismes défensifs familiaux réintègrent le symptôme du mode de l'avoir dans le mode de l'être. Les symptôme dans l'être bénéficient, en fait, d'une grande tolérance familiale puisqu'ils ne représentent plus le même danger pour le groupe. Il ne faut pas ignorer que même si la famille semble rejeter les symptômes sur le plan verbal et digital, elle les favorise et les maintient au contraire sur le plan analogique.

En réalité, c'est l'appartenance du symptôme à telle ou telle logique (à savoir celle de l'être ou de l'avoir) qui préoccupe la famille et non le symptôme lui-même.

Comme le résume R. Neuberger en ces termes : « Avoir un symptôme renvoie à la structure individuelle, donc à la psychanalyse. Etre le symptôme renvoie à un système groupal, donc indique une thérapie systémique. » * P. 32

Compte tenu de cette nuance capitale, il est erroné peut-on dire de traiter le symptôme dans l'avoir quand la demande se situe dans l'être, et vice – versa.

Le passage du symptôme d'une logique de l'avoir à une logique de l'être substitue la crise de maturation et de changement individuels, qui est sans conflit de nature avec le groupe familial, en une crise menaçant l'équilibre et l'intégrité familiaux. C'est de cette façon que le groupe familial dysfonctionnel perçoit le changement. Autrement dit, ce n'est donc pas la crise elle-même qui provoque la pathologie familiale mais la manière dont la famille réagit face à cette crise, c'est-à-dire en bien ou en mal.

* idem R. Neuberger « L'autre demande ... » (p.16)

* idea « L'autre demande .. » (p.32)

Dans un groupe familial dysfonctionnel, un comportement nouveau, aussi sain et naturel que possible, en raison de sa simple nouveauté apparaît aux yeux des autres membres comme une conduite anormale. Toute crise prépare en réalité un changement. Or, le groupe dysfonctionnel en refusant cette crise, se condamne à la perpétuer.

« Plutôt de parler de crise familiale dans ce cas, il serait plus juste de parler de refus de crise familiale »* P.40

En somme, on peut dire qu'un symptôme dans la logique de l'avoir est demandé, et qu'une demande dans la logique de l'être devient symptôme. Autrement dit, quand une demande, avec tout son dynamisme, est empêchée dans son expression, finit par se transformer en symptôme isolé et figé.

Les antipsychiatres exposent la même idée quand il voient dans *l'étouffement* familial exercé vis-à-vis des nouvelles conduites, *pourtant normales* de l'enfant, la raison d'être de la schizophrénie (L'exemple des parents qui n'arrivent pas à admettre la puberté de leurs enfants).

Pris dans une telle exigence, Le « *patient* » manifestera finalement ses aspirations normales, ou tout simplement sa « *normalité* » d'une façon ou dans un cadre pathologique. La maladie mentale est, pour les antipsychiatres, l'ultime « *verdict* » que peut faire un être humain de son existence, au sens ontologique du terme, par un regard profond et authentique, *sans faux-fuyant symboliques, ni illusion imaginaire*.

Laing résume ceci en disant : « l'insécurité ontologique qui est censée résider au cœur de toute maladie mentale grave, signifie tout simplement la profonde incertitude de l'individu quant aux frontières entre le moi et le monde ».** P.12. Par rapport à cette donnée existentielle que porte la condition humaine, les réactions conceptuelles, institutionnelles et même affectives peuvent diverger selon les systèmes socioculturels.

Comme le signale Wynne*, les familles dans lesquelles un descendant devient schizophrène tard dans son adolescence ou au début de sa maturité, se sont généralement gravement senties menacées, à la fois individuellement et collectivement, par certaines expériences humaines...présentant un impact destructif, tels la séparation, la solitude, le désir sexuel, la colère, la tendresse.

Pour la thérapie familiale, l'apparition du malade symptôme, donc de la demande dans la logique de l'être, est l'indice ou le signe d'un dysfonctionnement familial lié au refus du

* idea R. neuburger « L'autre demande ... » (p.40)

* Cité in « psychose et Parenté » par Pierre Fedida p.894

changement, bien que le changement soit une chose naturelle et irréversible (comme la puberté ou la vieillesse par exemple).

A ce niveau, on constate bien selon cette conception, que la psychanalyse et la thérapie familiale systémique ne s'opposent pas nécessairement, mais traitent à des niveaux logiques différents.

« la vision systémique n'exclut en rien la vision psychanalytique, le modèle psychanalytique n'est pas non plus un modèle linéaire. Mais elles ne sont pas au même niveau logique et couvrent deux champs d'expériences différents. »

déclare Neuburger ** P.45

L'apparition de demandes familiales traduit le caractère discontinu de son évolution. A chaque étape importante de sa vie, le groupe familiale laisse apparaître en lui certains symptômes (ou comportements nouveaux jugés comme tels). Si ces changements demeurent dans la logique de l'être sans espoir d'accéder à la logique de l'avoir, en tant que demandes individualisées, il est évident que le trouble persiste et se chronicise. Dans le cas des familles de schizophrènes, comme ont pu le montrer de nombreux travaux, tout changement est vu comme une menace pour leur intégrité.

Si ce changement "naturel" n'est pas accompagné d'une modification structurelle des rapports inter-membres, il est certain que le groupe connaîtra une crise profonde et permanente, engendrant de nombreux symptômes. Cette résistance au temps constitue en quelque sorte un coup de frein à l'évolution spontanée du groupe familial et la raison d'être des symptômes. Par contre, chez les familles dites "normales", lors des moments critiques des changements, il y a apparition transitoire des symptômes qui disparaîtront aussitôt que la crise et la mutation sont effectuées. Elles ont en quelque sorte une capacité à intégrer des conduites nouvelles.

Lynn Hoffman considère les phases critiques indispensables au changement, car elles sont à la fois « un indice de l'inopportunité du mode de vie précédent et en même temps un ordre de changement ».

« La crise familiale n'est donc que l'exacerbation d'un phénomène normal, à savoir un changement de phase de vie, une remise en cause de définitions des relations et une menace pour l'homéostasie familiale ancienne » (Neuburger R). *P.51.

Cet auteur nous décrit certaines caractéristiques des familles dysfonctionnement, où l'un des membres est identifié comme malade. Il dit que le début du trouble apparaît le plus

** idea R. Neuburger « L'autre demande ... » (p.45)

* Idea R. Neuburger « L'autre demande ... » (p.51)

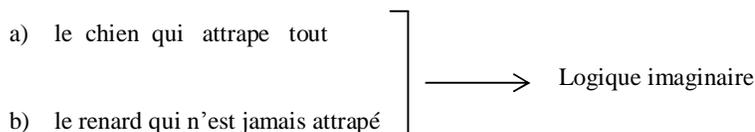
souvent au début de l'adolescence, dans une famille où la logique d'appartenance prime sur toute autre considération. La demande individuelle est naturellement colmatée, alors que l'adolescent tente désespérément par exemple, de se rallier à ses pairs.

Le groupe familial finit par se retrouver face à un dilemme où, tout en cherchant à maintenir son homéostasie, il ne peut que faire apparaître certains symptômes dans « la logique de l'être ».

Cependant, il faut souligner aussi que le patient désigné n'est là que parce que, d'abord, il y a un dysfonctionnement familial profond. Et que par conséquent, la seule façon qui reste pour le groupe pour réaliser son équilibre, ne peut se faire sans la création d'un mythe dont fait partie justement le patient identifié. Et comme le décrit si clairement R. Neuberger « la réification en symptôme de ces comportements va avoir l'effet inverse, le patient ainsi désigné va servir d'emblème de ralliement et par là renforce l'homéostasie. »*P.58

L'auteur continue sa description en qualifiant les familles pathologiques, en référence à la théorie Lacanienne, à des familles imaginaires, binaires, symétriques, figées, répétitives, et l'intervention thérapeutique consiste précisément à leur permettre l'entrée à l'ordre symbolique.

Il nous cite l'exemple mythologique du « paradoxe du chien et du renard » pour définir la nature du « rapport dans la logique imaginaire et la logique symbolique ».



La logique imaginaire paraît paradoxale du point de vue de la logique symbolique.

La logique symbolique est inexistante dans le cadre de l'imaginaire. Enfin, pour résoudre ce paradoxe « ZEUS » trouva la solution en sculptant une statue où figure « le chien courant derrière le renard ». Ceci représente une sorte de solution d'ordre symbolique et non imaginaire à ce paradoxe.

Enfin, d'une façon générale, certains chercheurs dans ce domaine, comme Bateson, Selvini Palazoli considèrent le système humain comme des systèmes paradoxaux, dans la mesure où

* Idea R. Neuberger « L'autre demande ... » (p.58)

doivent coexister des fonctions antinomiques, à savoir : le changement et l'homéostasie, l'autonomie et l'appartenance au groupe.* P.96

Neuburger complète cette analyse en signalant que si dans une famille une seule fonction existe, le double lien surgit. La famille se retrouve alors dans une situation critique permanente.

Dans une direction voisine Ruffiot, à travers une conception psychanalytique de la thérapie familiale, voit dans le groupe pathologique non point la somme des troubles de deux ou plusieurs membres, mais plutôt un dysfonctionnement global s'exprimant dès que les membres du groupe entrent en relation les uns avec les autres .

Pour la thérapie familiale psychanalytique, le psychisme individuel n'existe pas en tant que tel, comme le corps biologique.

De ce fait, il ne peut être question de vie psychique que dans le cadre familial ou systémique d'une façon générale.

Le psychisme familial paraît comme une unité : « Nous avons plus de difficultés pour circonscrire un psychisme, nous lui exigeons un corps, un organisme biologique qui le soutienne. Cependant, la famille bien qu'elle n'ait pas un corps unique mais plusieurs ,possède un substratum commun de réactions et de comportements ainsi que de processus inconscients ».

A partir de ces mises au point, les séances d'entretiens que propose la thérapie familiale psychanalytique au groupe familiale se déroulent sous forme d'associations libres. Chaque intervention que fait l'un des membres sera suivie par une autre intervention de l'autre membre, et ainsi de suite. Ces associations sont structurées en fait par «l'inconscient groupal » qui contient l'ensemble des événements ayant marqué la vie du groupe .¹

Les thèmes connus, comme les modèles de leur conversation, sont assez répétitifs et stéréotypés. Comme le souligne Ruffiot : « ...ils apparaissent, entraînés par une force qui tend à les rendre semblables (isomorphisme). »* P.120.

Il apparaît que toute tentative individuelle en vue de sortir du cadre groupal se trouve condamnée et rejetée par le groupe. Par son aspect dynamique, la pathologie est représentée ici comme une solution de compromis et une économie, entre les conflits caractérisant les

* Idem R. Neuburger « L'autre demande ... » (p.51)

¹ * « la thérapie familiale psychanalytique » A.Ruffiot

A.Eiguer, Edition DUNOD, Coll.. Inconscient et Culture (dirigée par R.Kaes et D.Anzieu /1981.

*idem p.120

* idem (p.120)

différentes instances du "psychisme groupal". De ce point de vue, il est évident que la pathologie familiale a comme bénéfice primaire la pathologie individuelle. L'économie du fonctionnement familial pathogène se trouve en quelque sorte contraint de sacrifier l'individu pour le groupe.

Par ailleurs, des formes que prennent les systèmes relationnels dépend la capacité du groupe de pouvoir accéder ou non à une maturité. L'incapacité des familles, à transactions psychotiques par exemple, à accéder à une organisation "œdipienne", individuelles entre les membres. Dans ces conditions, il semble que le Moi individuel est complètement aspiré par l'idéal du Moi familial... et tout espoir vers une maturation et une différenciation se trouve ainsi condamnée.

Comme le résume Ruffiot en ces termes : « toute nouveauté ou tout changement recherché par les enfants inquiète les parents. Ce qui entraîne une réaction de méfiance et de rejet de ces changements ». P.147***²

Et comme nous avons eu l'occasion de l'évoquer**³, les parents ne semblent pas simplement faire apprendre à leurs enfants des contenus informationnels donnés. Mais en même temps, leur apprennent une manière particulière à apprendre.

Pour ces thérapeutes familiaux psychanalytiques, l'appareil psychique groupal est le paradigme selon lequel toute conduite peut être expliquée et comprise.

La notion d'homéostasie familiale n'est pas absente aussi dans cette théorie. Ils nous font remarquer que toute nouveauté ou tout changement tenté par les enfants provoque la défense parentale afin de consolider l'unité familiale.

Cependant, la notion de malentendu familial basique, constitue l'aspect central du déséquilibre familial. Cette structure pathogène concerne, bien entendu, la distorsion des trois rôles familiaux fondamentaux : Père, Mère , Enfants.

Si chaque membre du groupe remplit un autre rôle que le sien, c'est l'ensemble de l'ordre familial qui sera affecté. Si par exemple, c'est la mère qui remplit la fonction du père, ou l'enfant celui d'un parent, cette situation entraînerait l'apparition de symptômes.

La thérapie familiale psychanalytique reprend les mêmes concepts de la psychanalyse individuelle et les applique au groupe familial. Les notions de « *l'appareil psychique familial* » , « *la libre association inter-membres* », lors d'un entretien familial, etc , sont des exemples de cette transplantation.

la thérapie familiale psychanalytique (idem. P.147).

³ « le deutéroapprentissage » (G.Batesson).

De ce point de vue, dans l'établissement d'un diagnostic on tient compte aussi bien de l'aspect historique que de l'aspect actuel du trouble. Comme l'avait développé Freud,⁴ l'apparition de la maladie tient à deux conditions : la structuration de la personnalité autour d'un stade donné de l'évolution libidinale (oral, anal, phallique) plus la décompensation de cette structure de la personnalité, suite à un événement actuel. Il nous compare ceci à une boule de cristal qui ne se briserait que selon les fissurations préexistantes dans le matériau.

« Le diagnostic historique : il comporte deux parties, premièrement le diagnostic du deuil central non élaboré qui configure la structure basique de répétition du groupe, et deuxièmement le conflit actuel déclenchant qui a décompensé cette structure. ».P.169⁵

Il est à noter aussi que l'organisation du groupe familial est basée sur la complémentarité des traits de personnalité des membres. Et souvent les conduites excessives d'un membre tiennent leurs raisons d'être d'autres conduites excessives mais *inversées* d'un autre membre.

Ruffiot nous dit : « dans le cas des couples parentaux, pour leur montrer comment dans leur complémentarité narcissique chaque partenaire fonctionne exactement comme « double inversé » de l'autre ... » P.173⁶

Dans le cadre d'une thérapie familiale analytique, et dans une direction voisine, les travaux de Maud Mannoni (notamment concernant la psychopathologie infantile) en constituent une bonne référence. En effet, fidèle à la théorie psychanalytique, elle intègre cependant dans ses approches cliniques, aussi bien certaines idées de l'antipsychiatrie, vis à vis des problèmes de l'institution de soins, qu'une certaine thérapie familiale. L'environnement institutionnel comme l'environnement familial, sont considérés comme les lieux véritables du trouble de l'enfant.

Il semble que la critique du pouvoir médical tel qu'il est instauré habituellement, est l'objet de ces trois mouvements : l'antipsychiatrie, la psychanalyse dans l'institution et la thérapie familiale. De ce point de vue, l'enfant, par ses symptômes, n'est en fait que le produit d'un conflit parental. Cette vision, comme on peut le constater, est assez proche de celle de Neuburger quand il parle des symptômes dans la logique de l'être. Le patient comme symptôme du trouble familial.

⁴ essai de psychanalyse, paris, payot , 1967.

⁵ La théorie familiale psychanalytique (idem)

CHAPITRE V

THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

1-LE PATIENT COMME SYMPTOME DU TROUBLE FAMILIAL :

Il apparaît que « l'autre » est toujours impliqué dans la souffrance du sujet. C'est pourquoi se trouve soulignée du même coup l'importance du mythe familial dans la répartition des divers rôles, même pathologiques, aux membres du groupe familial. « bien souvent, les jeux sont faits dès avant la naissance, deux générations plutôt se sont déjà tissées les rets d'un filet dans lequel l'enfant à venir va se trouver pris et conduit vers la psychose » P.43⁷

La déficience du symbolique, comme le note Mannoni Maud, laisse le sujet baigner dans l'imaginaire et justement par lequel il ne peut se représenter comme sujet, et demeure par conséquent, le symptôme du trouble familial, c'est à dire un symptôme dans l'être. Il est évident qu'on ne peut voir le patient comme lieu du trouble et de ce fait une thérapie ne peut se limiter à lui seul. Comme le dirait F. de Saussure : « ce n'est pas le fait de changer la nature des pions du bois en ivoire qui va modifier les règles du jeu » P.64⁸

Par conséquent une stratégie de changement véritable doit se donner comme objectif premier la réorganisation du « jeu » familial même. Comme nous le résume si bien André Breton : « Il faut changer le jeu et non pas les pièces du jeu » *

Souvent un nouveau membre familial ne vient là que pour occuper une place, un rôle déjà existant depuis plusieurs générations. Ce rôle est bien nécessaire à la façon dont s'est organisé et équilibré ce groupe.

A travers les deux institutions familiales et de soins, Mannoni nous éclaire par là sur le lieu réel de la folie : c'est-à-dire le rapport de soi au langage, à la communication. Néanmoins, on peut faire un rapprochement entre le point de vue de Lacan sur le rapport du sujet à la parole (l'Autre) avec le point de vue du groupe du Palo Alto sur le rapport du sujet aux individus (communication). Ainsi, le sujet est toujours le produit d'un rapport, d'une relation et non un être isolé.

« Dans cette perspective, la névrose et la psychose sont conçues comme effets d'une situation, créées par la contradiction logique du discours dans lequel le sujet s'est trouvé pris »

⁶ idem p.173

⁷ Mannoni Maud : « Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse », Ed du seuil , Coll Points, 1970

⁸ Révolution linguistique (idem)

P. 179⁹. Ceci nous renvoie à ce que G. Bateson avait décrit comme situation de « *double lien* » (c'est à dire deux messages à deux niveaux logiques différentes, s'excluant mutuellement, plus un contexte empêchant le sujet de fuir ce double lien).

Quoique Mannoni voit dans la théorie anglo-saxonne, comme préoccupée seulement par certaines données de types expérimentaux, se référant à la fois à des critères logiques et au recours de l'enquête psychosociologique.

Dans cette optique de la psychanalyse familiale, le trouble chez l'enfant survient lorsque la vérité est empêchée et reste non-dite.

En 1963 Tichener et Emerson formulèrent deux notions sur le fonctionnement familial, à savoir le modèle (une séquence répétitive de comportement) et le style (l'ensemble des modèles combinés).

A cette même époque de recherche et de théorisation, de nombreux articles sont apparus dans la revue « *Family Process* », évoquant régulièrement les recherches récentes dans le domaine de la thérapie familiale.

Spiegel (1957) a souligné l'importance de l'équilibre familial, se réalisant grâce à la complémentarité des rôles des membres familiaux.

Grotjahere quant à lui, pousse cette idée en disant que le thérapeute doit soigner la famille « *névrotique* » en soignant les névroses complémentaires de ses membres.

2-L'EQUIPE DE PALO ALTO HISTORIQUE ET FONDEMENT EPISTEMOLOGIQUE :

Le M. R. I. du Palo Alto est un institut de recherches mentales (mental Reseaech Institute) en Californie (Etats Unis), ayant regroupé un certain nombre de chercheurs et de thérapeutes sous la direction de Grégory Bateson de 1949 à 1962. Bateson est considéré comme le premier théoricien de ce qu'on appelle aujourd'hui la théorie pragmatique de la communication, en dépit de sa carrière d'anthropologue.

Don Jackson, le fondateur du M . R. I., entra en scène à partir de 1954. Il regroupa autour de lui de nouvelles recrues au centre. Grâce à sa grande expérience clinique, D. Jackson donna un nouveau souffle au M. R. I. jusqu'à l'année 1968.

Ainsi, les chercheurs du Palo Alto se sont très tôt penchés sur l'étude du comportement en tant que communication au sein des groupes familiaux.

⁹ Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse (idem). P177-178

Le caractère complémentaire entre l'apport de G. Bateson (en théorie) et l'apport de D. Jackson (en clinique) constitua la base essentielle pour tous les travaux ultérieurs qui se réalisèrent au M. R. I.

En 1953, l'équipe du Palo Alto comprenait G. Bateson, Jay Haley (qui travaillait beaucoup sur la communication sociale) et John Weakland qui, avant de rejoindre le groupe, était un chimiste. Juste après l'arrivée de Don Jackson (1954) un programme de recherche consacré à l'étude de la communication et de la métacommunication fut entamé. L'objet de leur étude était aussi bien le comportement des animaux que celui des schizophrènes. Le travail avait abouti en 1956 à la formulation de la théorie du double bind (double contrainte).

La « double contrainte » a été définie comme l'émission d'un message verbal, contredit par un métamessage (message analogique sur le message même), provoquant chez la victime (le récepteur) une réaction schizophrénique.

A cette même date (1956) William Fry s'intégra au groupe et travaillait particulièrement sur la nature de la communication et sur l'existence éventuelle des différents niveaux de messages et de paradoxes concomitants*, la communication étant définie comme processus ayant plusieurs niveaux (le verbal, l'infra-verbal, le contextuel,...), chacun de ces messages communiquant sur les autres.

Venus de tout horizons, les chercheurs de Palo Alto ont transformé le centre en un carrefour épistémologique où différentes théories scientifiques telles que : la théorie cybernétique de Norbert Wiener, la théorie générale des systèmes de Yon Bertalanffy, la théorie des types logiques de Bertrand Russell et Alfred North Whitehead, la théorie antipsychiatrique de R. Laing et D. Cooper, est bien entendu la théorie de la communication propre à G. Bateson ; sans oublier les travaux des psychanalystes ayant travaillé avec des familles décrits précédemment.

La thérapie familiale est donc née de cette rencontre interdisciplinaire. C'est ainsi que l'intérêt fut accordé, par l'équipe du Palo Alto, à l'influence pragmatique de la communication sur le comportement.

En 1956, comme nous l'avons déjà dit, G. Bateson, D. Jackson, J. Haley et J. Weakland publièrent après leur découverte, un article sur le phénomène du double bind ; à travers lequel ils ont considéré la schizophrénie comme un trouble de communication, et la famille comme le lieu de ce trouble.

Ce travail leur a valu le prix Frieda-Fromm-Reichmann de l'académie de psychanalyse, pour avoir contribué à la compréhension de la schizophrénie.

Le centre du Palo Alto commençait déjà à réaliser de nombreux travaux sur la communication familiale ce qui a permis à D. Jackson, en 1959, la fondation proprement dite du « *Mental Research Institute* ».

Jackson, en plus de son travail de formateur de thérapeute familiaux avec Virginia Satir, s'occupait de l'élargissement de la conception interactionnelle à d'autres troubles que la schizophrénie et à d'autres groupes que le groupe familial. On commençait à s'intéresser aux névroses, à l'anorexie mentale, (Palazoli), aux troubles psychosomatiques et à la dépression.

Jackson intégrait des concepts systémiques et cybernétiques (rétroaction positive et négative par exemple), ainsi, pour déduire finalement le concept « *d'homéostasie familial* ». Il utilisait ce concept pour décrire comment une famille est constamment à la recherche de son équilibre au détriment même de la santé mentale des individus.

Il travaillait à cette époque en étroite collaboration avec Virginia Satir, laquelle avait une longue expérience clinique sur les familles dysfonctionnelles.

Plus tardivement, en 1959, J. Haley formula la notion « *d'indécidabilité* ». C'est une sorte de dilemme mental que vit le patient, suite à une règle familiale ambiguë. Dans ces familles, remarqua Haley, il y a discordance entre ce qui est dit et ce qui est voulu dire. Par ailleurs, en 1960, Weakland précise que la situation du « *double lien* » implique deux messages de niveaux différents mais s'excluant mutuellement en même temps.

Le double lien correspond par exemple à la situation où l'émetteur prononcera de « *mots tendres* » avec une « *mimique hostile* » ou inversement un sourire avec des injures. Le rôle du patient a été néanmoins, mieux défini, car il était considéré avant comme la victime de cette situation, alors qu'en réalité il en est la victime-complice, contribuant à la perpétration de cette situation.

A cette époque, Paul Watzlawick s'intégra au groupe comme associé de recherche au M.R.I. Auparavant, il avait obtenu en Europe son Doctorat en Philosophie (sur les problématiques de la logique). Il avait subi, par la suite, une formation psychanalytique à l'école de C. G. Jung. Arrivant à Palo Alto, il commença son travail par l'analyse des entretiens familiaux pour dégager les modèles communicatifs pathologiques.

La thérapie familiale est sortie, à partir de ce moment, de la clandestinité et commençait à intéresser même les institutions officielles de soins.

*« L'information psychiatrique », Revue, « Intervention familiale en pratique de secteur », Ed. PRIVAT, V. 58, N°i, Janvier 1982

G. Bateson, après son départ du centre, poursuivait en parallèle ses recherches sur la communication animale et publia en 1962 son livre monumental intitulé « *vers une écologie de l'esprit* ». *

Au même moment, le M. R. I. avait acquis un statut officiel de centre de recherche et obtint ainsi une aide financière de la part du « *National Institute of Mental Health* » pour la formation des thérapeutes familiaux. A cette date correspond aussi la création de la revue « *Family Process* » par Nathan Ackerman et D. Jackson, que nous avons déjà cité.

Quelque temps après, une série de films a été produite par A. Scheflen et R. Birwhistell, sur la manière dont les quatre principaux thérapeutes familiaux faisaient successivement leurs entretiens avec une même famille, à savoir : Don Jackson, Nathan Ackerman, Murry Bowen et Carl Whitaker. **

En 1967, l'un des plus célèbres ouvrages de M. R. I. a été publié. Il s'agit du livre intitulé « *une logique de la communication* ». Ce livre regroupe l'ensemble des concepts et axiomes de la thérapie de la communication, et donne un caractère définitif à leur orientation épistémologique. P. Watzlawick, étant un bon écrivain, a joué un grand rôle dans la diffusion des travaux du M. R. I. du Palo Alto.

Il voit dans la communication une dimension comportementale et dans le comportement une dimension communicative, ce qu'il nome par « *la pragmatique de la communication* ». Il considère aussi qu'il faut saisir les phénomènes dans leur complexité, dans leur totalité, dans leurs contextes naturels, si non l'élément étudié d'une façon isolée de cette totalité reste incompréhensible. Un phénomène agit sur les autres phénomènes et reçoit leurs actions d'une façon circulaire et non linéaire, c'est à dire, il est « *le produit de son produit* ». Un système cherche aussi à s'autoéquilibrer (homéostasie) d'une façon normale ou anormale. Le paradoxe de l'humain a pour fonction de créer la pathologie comme de la guérir.

Après la mort subite de Don Jackson en 1968, puis le départ de V. Satir et de J. Haley, le groupe du Palo Alto s'effondra. Cependant, P. Watzlawick, R. Fisch et J. Weakland, très vite, ont réussi à redresser l'école et ont poursuivi d'autres travaux de recherche. Ils centrèrent leurs activités, désormais, sur l'élaboration d'une « *thérapie brève* » d'où le nom de « *Brief Therapy center* », telles la technique psychothérapique de recadrage du problème dans un contexte positif de sorte que le problème n'est plus vu comme un problème ; et la technique

* G. Bateson : *vers une écologie de l'esprit*, Ed. du Seuil, 1977, Paris.

** C. Whitaker « *le Creuset Familial* », Ed. Robert Laffont. 1980.

de prescription de symptômes qui consiste à demander au patient de maintenir son symptôme du coup il s'en débarrasserait, car vivre le symptôme comme contrainte et le vivre comme produit d'une volonté n'est pas la même chose.

La pathologie mentale et la guérison ne sont pas deux données hermétiquement séparées mais sont, en fait, dialectiquement imbriquées, de telle sorte que le problème posé ne trouvera sa solution que selon *une vision nouvelle et non une réalité nouvelle*.

Dans « *changements, paradoxes et psychothérapie* » (1975) ces auteurs nous ont décrit donc les principes de leur brève psychothérapie. Il s'agit désormais de recadrer le problème que pose le patient dans un autre contexte pour pouvoir accéder au changement.

L'autre technique est celle de « *prescription de symptôme* » * où on demande au malade de rester malade de sorte qu'il ne puisse continuer à l'être ... la notion de guérison est substituée par celle de « *changement* », notion moins réductionniste et rendant mieux compte du recadrage thérapeutique.

Tom Soyer a été puni par sa maîtresse, et il doit par conséquent assumer sa punition en peignant la clôture d'abord ceci est vécu comme une situation pénible pour lui, mais soudain il a eu l'idée devant ses camarades de montrer que peindre c'est très agréable, vers la fin tous ses camarades voulaient peindre comme lui en donnant en plus une pièce de monnaie à Tom.

En plus de la description technique de la thérapie employée, ces auteurs réfèrent leur conceptualisation à l'œuvre de B. Russell concernant la théorie des types logiques. « *Changement et permanence* » sont devenus les deux aspects d'un même processus : c'est à dire que pour ces auteurs il peut y avoir le changement d'une situation, même si elle reste inchangée. Il suffit juste de la recadrer dans un nouveau contexte.

Au fur et à mesure que les années passèrent, la thérapie familiale se propageait pour atteindre d'autres pays que les Etats Unis. Désormais, les travaux du M. R. I. du Palo Alto acquièrent une célébrité incontestable. Cependant, il est évident que certains chercheurs ont accueilli la thérapie familiale plus favorablement que d'autres, en lui reconnaissant l'originalité de ses principes.

En Italie par exemple, Maro Selvini Palazoli* dirige des travaux fort intéressants sur des familles à « *transaction anoréctique* » au « *centro per la studio della famiglia* » à Milan.

En Angleterre, R. Laing et D. Cooper se sont intéressé très tôt aux familles de schizophrènes, ainsi que E. Stierling en Allemagne, L. Kauffman en Suisse et J. C. Benoit en

* Maro selvini Palazoli : « *paradoxe et contre paradoxe* » 1978. Ed. E. S. F. , Coll . Sciences Humaines Appliquées.

france. Pour les antipsychiatres le diagnostic *schizophrène* est dénué de sens s'il est limité au seul malade désigné comme tel : le patient vit en réalité dans un groupe familial où se sont tissées des relations aliénées et aliénantes dont il est le reflet. Pour eux les positions du normal et du pathologique se trouve plutôt inversées quant à la frontière conventionnelle ou socioculturelle qui les sépare, c'est à dire c'est la société et la famille qui sont malades et non le patient. Lequel doit accomplir dans son *voyage de folie* (métañoia) jusqu'au bout, sans contrainte chimiothérapique ou autre, afin de retrouver une authentique santé mentale.

Beaucoup plus récemment encore en 1976, Carlos E. Sluzki, en collaboration avec le M.R.I et à l'hôpital Garaoz à Buenos Aires en Argentine, dirige une recherche ayant pour thème « *la double contrainte : une situation pathologique universelle* ». Pour lui *toute pathologie mentale quelle qu'elle soit est dûe à une situation paradoxale*.

En 1977, P. Watzlawick et J. Wheakland publièrent un ouvrage intitulé « *the interactional view* » (en français « *Sur l'interaction* ») dans lequel ils retracèrent l'ensemble des recherches entreprises au M. R. I. du Palo Alto de 1965 à 1974 .

Dans cet ouvrage, les auteurs ont rassemblé, malgré une diversité thématique, des articles et des publications écrits par tous les membres ayant travaillé au M. R. I., depuis sa fondation.

A vrai dire, cet ouvrage ne consiste pas en une énumération d'événements historiques qui se sont déroulés au Centre du Palo Alto. Il est consacré plutôt à l'exposé synthétique de l'ensemble des projets de recherches réalisés de 1965 à 1974. On y trouve le résumé de neuf livres et de leurs quatorze éditions étrangères, et de plus de cent trente articles publiés au cours de cette période. *Les règles familiales* de D. Jackson ; *Pour une théorie des systèmes pathologiques* de Jay Haley ; *Les mythes familiaux* de J. Ferreira ; *Une typologie des dyades* de E. Sluzki et J. Beavin ; *désignation du bouc émissaire dans les familles pathologique* de P. Watzlawick et all ; *Echelle d'interaction familiale* de J. Riskin et E. Faunce ; *schizophrénie : le nœud nosologique* de D. Jackson ; *La double contrainte comme situation pathogène universelle* de E. Sluzki et E. Verón ; *Normalité, névrose, psychose* de D. Jackson.

Enfin, ce livre vient pour couronner une aventure de plus de vingt années de recherches cliniques et d'élaborations théoriques dans le champ de la thérapie familiale.

A l'U.E.R. de psychologie de l'Université de Grenoble, le professeur A. Ruffiot travaille depuis de nombreuses années sur les psychothérapies familiales d'orientation psychanalytique en élaborant les notions d'inconscient familial, de transfert familial et de psychisme familial.

*Maro selvini Palazoli : « paradoxes et contre paradoxes » 1978. Ed. E. S. F. , Coll . Sciences Humaines Appliquées.

a-Fondement épistémologique de l'équipe du Palo Alto et typologie interactionnelle :

(Les recherches du M. R. I du Palo Alto sur la pathologie de la communication familiale)

1- Rappel de l'historique du groupe du Palo Alto et de ses théoriciens :

Le qualificatif de M. R. I. du Palo Alto désigne un « *institut de recherche mental* » (*Mental Research Institute*), regroupant un certain nombre de chercheurs et de cliniciens, sous la direction de Grégory Bateson et de Don Jackson qui demeurent, rappelons le, ses principaux fondateurs.

Les chercheurs du M. R. I. , en Californie, se sont consacré principalement à l'étude du comportement en tant que communication observé, à partir des interactions familiales.

L'apport théorique de Bateson, au départ de nature anthropologique, traça le cadre général de l'école, que D. Jackson, après lui, orienta ces recherches vers le champ de la clinique. En 1953, le groupe du Palo Alto comprenait G. Bateson, J. Haley et J. H. Weakland. En 1954, D. Jackson et William F. Fry s'intégrèrent au groupe tout en lui donnant une nouvelle dimension.

W. F. Fry travaillait ainsi particulièrement sur la nature de la communication et sur l'existence éventuelle de différents niveaux de messages et de paradoxes concomitants.

En somme, l'école du Palo Alto a constitué une sorte de carrefour épistémologique où se sont combiné la théorie des types logiques de Bertrand Russell et Alfred North Whitehead, la théorie systémique de Von Bertalanffy, la cybernétique de Wiener, ainsi que la théorie de la communication de G. Bateson, sans oublier bien sûr la contribution des antipsychiatres Anglais tels que D. Cooper et R. Laing.

De cette diversité d'apports théoriques, les tenants de l'école de Palo Alto ont pu dégager une synthèse conceptuelle capable de faire des investigations sur la nature et les raisons de ce qu'on appelle les troubles psychiques. Le concept de système, comme celui de communication, représentent pour Bateson et son équipe les paradigmes de base de leur théorie.

Suite à des travaux sur la communication familiale, le groupe du M. R. I. a fait apparaître comme phénomène la multiplicité des messages dans la communication, laquelle n'a été considérée par l'ensemble des autres théories que sous une forme plane, univoque et linéaire.

Le travail du groupe a porté d'abord sur la communication particulière des schizophrènes, tout en montrant, grâce à des enquêtes, comment cette sorte de communication s'établit et peut être apprise (selon le concept de métaapprentissage déjà énoncé), dans des contextes familiaux dysfonctionnels.

Ces investigations lui ont permis la découverte du célèbre phénomène de « *double bind* » qui représente un aspect particulièrement paradoxal au niveau de leur communication.

C'est ainsi que l'intérêt accordé à la communication et à son influence pragmatique sur le comportement, avait conduit ces chercheurs vers une nouvelle conception de toute la nosologie psychiatrique. Au lieu d'entité nosologiques individuelles, ce sont des patterns dysfonctionnels de la communication qui doivent nous décrire la pathologie mentale.

C'est en 1956 que Bateson, D. Jackson, J. Haley et Weakland ont publié un article sur le phénomène du « *double bind* », à travers lequel ils considéraient la schizophrénie comme un trouble de la communication, et la famille comme le lieu de ce trouble. Pourtant, c'est en 1959 que Don Jackson psychiatre de formation, fonda le M. R. I. et lui donna le statut d'un véritable centre de recherches mentales, tout en élargissant le point de vue interactionnel à d'autres troubles que la schizophrénie et à d'autres groupe que le groupe familial.

La famille et le couple sont désormais devenus les champs d'observations des cliniciens et les lieux d'éventuelles interventions thérapeutiques.

En effet, les chercheurs du M. R. I. ont très vite découvert l'authenticité du trouble communicatif chez les familles ayant un patient désigné. Ils ont ensuite établi toute une série de corrélations entre les modes de communications pathologiques et les manifestations symptomatiques chez les individus (*voir chapitre III CARACTEROLOGIE FAMILIALE PSYCHANALYTIQUE*).

. Cette systématisation, quoique très peu complète, leur avait permis de formuler une taxonomie des interactions familiales. Les concepts tels que les familles à transactions schizophréniques, les familles à communication bloquée, déplacée, perturbée...se sont substitués progressivement aux traditionnels diagnostics : schizophrénie, dépression, hystérie...

Parmi les typologies familiales conceptualisées, on a celle, donc, élaborée par Jules Riskin, Elaine et E. Faunce et qui s'appelle les typologies familiales "multivoques". Ces types familiaux sont établis sur la base de critères de test des relations familiales pathologiques. A travers une grille d'observation des relations familiales, ces auteurs ont abouti à une classification de cinq types de famille au sens systémique et pas vraiment caractérologique :

- b- familles à problèmes multiples
- c- famille bloquées
- d- famille avec un enfant – patient désigné.
- e- Famille aux problèmes interactionnels non typiques.
- f- Famille normale.

S. Munichin a proposé, quand à lui, deux types de familles :

- familles désengagées : transaction psychopathiques ; exemple à cela : les parents sont indifférents si leurs enfants volaient l'argent du déjeuner.

- familles enchevêtrées : il n'y a pas de différenciations importantes et claires entre les membres. Le comportement d'un membre se diffuse sur les autres membres d'une façon contagieuse. Ce type familial correspond aux familles psychosomatiques, psychotiques.

H. E. Richter décrit les névroses familiales de symptômes qui s'organisent autour d'un patient désigné isolé (délinquant ...) et de névrose familiales de caractère qui n'isole pas ses membres. Par contre, A. Eiguer rattache bien, dans un sens caractérologique, psychanalytique et familial, le caractère familial avec la caractère individuel.

A. Eiguer, propose les trois types familiaux suivants :

g- La famille normale : ayant accédée à l'ordre symbolique.

h- La famille dépressive : organisée par l'absence de l'objet

- La famille narcissique : organisée d'une façon rigide et sur l'illusion.

Cette caractérologie sera donc utilisée dans l'étude clinique de nos cas familiaux au chapitre VI.

Si le déséquilibre se fait au détriment des liens objectaux cela conduirait à ce que les liens narcissiques soient dominants : c'est le cas de la famille où les différences générationnelles, de sexes, des individualités, de la perception de l'écoulement du temps s'émeussent (famille à structure narcissique, à patients psychotique).

Un autre cas de figure serait celui des familles où les liens narcissiques apparaissent comme affaiblis face aux liens objectaux, ils sont de ce fait comme déformés, le soi familial et trop incertain, les limites famille-monde extra-familial sont peut claires, laissant apparaître une dévotion excessive envers les familles d'origines des parents (ou d'un des parents) et leurs objets infantiles. Les attitudes sacrificielles ne sont pas rares. Les parents resteraient fusionnés aux grands-parents ; les deuils longs et difficiles ; les affects nostalgiques. (Famille à structure anaclitico-dépressive ; patients dépressifs, alcoolisme).

Le cas de la « famille à structure névrotique » ne verrait pas apparaître les liens en déséquilibre mais les inversions sexuelles joueront un rôle dans l'origine des troubles*.

C. Brodeur a conçu une typologie sur la base de rôles mythiques de Père, Mère et Enfants assignés aux membres de la famille, ainsi on a :

* EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale**. Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière. <http://perso.club-internet.fr/mahwin/Franco-Arg/Pichon/eiguer.htm>

- Famille matriarcale : qui est maniaque, mélancolique, maniaco-dépressive, paranoïaque, angoissée ou caractérielle.
- Famille patriarcale : la famille accède à l'ordre symbolique grâce au père symbolique (famille névrotique).
- Famille fraternelle : le père, la mère et les enfants se libèrent du père symbolique (opposition entre les membres).
- Famille fraternelle homosexuelle : il y a négation de l'opposition entre membres.
- Famille fraternelle hétérosexuelle : l'accès des frères au symbolique œdipien.

Pour ce qui est des typologie transactionnelles de la famille qui ont été développées par les thérapeutes familiaux J. Halley, T. Lidz, L. Wynue, H. Stierlin, A. J. Ferreira, M. Selvici et par les psychanalystes Sealgs, Roseu, Racamier, E. J. Kestenberg Décobert, B. Brusset... ils ont décrit davantage le lien observable entre le symptôme individuel et les transactions familiales.

Ces types de famille schizophréniques, anorectiques et délictueuses sont distinguées par les critères familiaux suivants : les mythes, l'expérience du consensus, structure des rôles, la transmission, la communication, la perception des rapports étranger-familier, la qualification de leurs propres messages et du niveau de message d'autrui, le problème de Leadership et les alliances

R.L. AKOFF résume bien ceci en disant que : « la tendance à étudier un système comme une entité plutôt que comme un amas de pièces, est cohérente avec la tendance des sciences contemporaines à ne plus, isoler les phénomènes dans des contextes très étroits, mais plutôt à soumettre les « *interactions* » à l'examen et à étudier des tranches de phénomènes naturels de plus en plus grandes . »

Un système, serait donc, en dépit de la nature des éléments qui le composent un certain ordre d'interaction, perpétué en raison même de la manière dont celles-ci fonctionnent. De telle sorte que chaque segment interactionnel est lié circulairement aux autres segments du dit système.

HALL et FAGEN, à travers leurs analyses, ont défini le systèmes comme suit : « Le système est un ensemble d'objets pris avec les relations entre eux et entre leurs attributs. Les objets sont les parties composantes du système, les attributs sont les propriétés des objets et les relations font tenir le système ».

Le sujet est, par conséquent, selon le point de vue systémique, à la fois le produit et l'agent du système d'interactions dans lequel il est fondamentalement impliqué.

Du point de vue de la théorie des types logiques, proposée par B. RUSSELL vers les années cinquante dans son ouvrage monumental « *Principia Mathematica* », les choses sont organisées en plusieurs niveaux logiques, et le paradoxe ou la confusion survient quand justement ces niveaux logiques sont confondus.

Par le même raisonnement, G. BATESON élabore sa théorie du méta-apprentissage ou « *apprentissage de l'apprentissage* » du comportement.

Dans cette théorie BATESON explique comment l'apprentissage d'un premier degré devient lui-même l'objet de l'apprentissage d'un second degré et ainsi de suite. Si le patient se conduit donc d'une certaine façon, c'est qu'il a appris « *une certaine façon d'apprendre à se comporter* ». Ce modèle comportemental va constituer sa personnalité. Enfin, la théorie générale des systèmes a conçu un certain nombre de concepts que nous estimons indispensables de définir. Il est évident que ces divers concepts possèdent entre eux une sorte de dénominateur commun leur donnant un caractère de complémentarité.

La totalité :

Le concept de totalité peut être, tout d'abord, défini par la célèbre expression : « *LE TOUT EST PLUS QUE LA SOMME DE SES PARTIES* ».

Nous savons que la théorie de systèmes cherche à étudier non pas la nature intrinsèque des objets mais plutôt « *l'organisation* » que ces mêmes objets chercheront à réaliser entre eux.

Il est vrai que les propriétés d'un élément du système sont également celles des autres éléments avec lesquels il entreprend ses rapports.

Or le système n'est pas à prendre comme la somme additive et sérielle de ses parties, car celles-ci en interagissant les unes sur les autres, créent en réalité dans le dit système, des propriétés qu'elles ne possédaient pas individuellement. Etat qu'on retrouve dans les types familiaux sous forme de traits comportementaux.

Donc, le concept de totalité est essentiellement non-additif puisque il transcende la nature de ses composants. En d'autres termes, on peut dire que le système devient autre chose que ses éléments quand on le considère comme unité indivisible. Cette unité structurale naît justement de la manière dont les éléments du système s'influencent réciproquement, en créant de nouvelles propriétés qui n'existaient pas initialement.

Donc, divisé en ses éléments il perd à coup sûr de sa dynamique réelle et devient un artifice de la science.

Dans un ouvrage collectif, P. Watzlawick dit à cet égard : « un système n'est pas la somme de ses éléments, l'analyse formelle de segments artificiellement isolés aboutirait même à détruire l'objet que l'on étudie ». * P. 124.

La rétroaction :

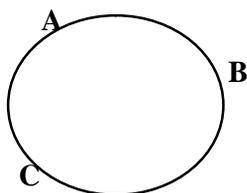
Dans le schéma méthodologique classique, le déroulement des événements est conçu d'une manière tout à fait linéaire, où par exemple, nous avons : « A » détermine « B », « B » détermine « C », mais jamais « C » ne détermine « A ». Cette coupure arbitraire dans le cycle circulaire des événements est en fait le produit du piège que nous tend la structure linéaire du langage, qu'on cherche à imposer à la réalité.

Par contre, si on considère que « A » détermine « B », « B » détermine « C », mais aussi « C » détermine « A », les événements sembleront avoir de nouvelles propriétés, inexistantes dans le premier schéma, puisqu'il s'agit cette fois-ci d'une structure circulaire ou systémique. Si ces trois éléments (A.B.C) étaient des personnes, la forme de leurs intégrations serait du type circulaire et créerait entre eux des traits et des conduites qu'ils ne possèdent pas ou ne développent pas individuellement.

1- Le schéma linéaire d'une interaction :



2- Le schéma circulaire d'une interaction :



D'une façon plus simple on peut dire qu'à travers le principe de la rétroaction, la cause subit en fait la réaction de son effet. Ce qui revient à dire que n'importe quel fait remplit à la fois la fonction de cause et celle d'effet, et qui n'est pas lui-même l'une ou l'autre fonction seulement.

* « UNE LOGIQUE DE LA COMMUNICATION », Paul WATZLAWICK et al. Ed. du Seuil, coll. Points 1979.

En clinique, par exemple, si une mère adopte une conduite surprotectrice vis à vis de son enfant «schizophrène », ceci n'exclue pas l'effet inverse de cette relation, c'est à dire que cet enfant psychotique va émettre des messages verbaux ou non verbaux, à l'intention de sa mère, lui exprimant son besoin de dépendance fusionnelle à son égard. Donc, nous sommes en présence non seulement d'une fonction maternelle excessive, mais aussi de l'autre fonction complémentaire qu'est le comportement psychotique.

«Tant que la science a eu pour objets des relations causales, linéaires, univoques et progressives, des phénomènes fort importants sont restés à l'extérieur de l'immense territoire conquis par la science durant les quatre derniers siècles. » P.WATZLAWICK P.28.*

Cependant, il y a deux types de rétroaction qu'il faudrait distinguer : la rétroaction négative et la rétroaction positive. La première assure au système homéostasie et stabilité en corrigeant toute déviation par rapport à sa norme. Quant à la seconde, elle conduit le système vers la surenchère et le changement. Le système est en perpétuel déséquilibre-rééquilibré aboutissant souvent à des crises si ces deux fonctions ne se complètent pas.

Si nous schématisons ce processus rétroactif, nous aurons les séquences suivantes : A affecte B, qui devient B₁ ensuite B₁ réagit et affecte A, alors A réintègre la réponse de sa propre action sur B et devient A₁ et répond à B₁ qui devient B₂ et ainsi de suite. La spirale transactionnelle entre A et B devient de plus en plus complexe et se réfère à la première étape du processus devient quasiment impossible.

L'équifinalité :

La théorie des système, en formulant le concept d'équifinalité, a voulu montrer, contrairement à la méthodologie linéaire, qu'un même « effet » peut provenir de « causes différentes », et qu'une même cause peut provoquer des « effets différents ». Ce type de raisonnements peut paraître invraisemblable selon la logique déterministe-linéaire.

On sait que dans le domaine clinique, un même symptôme peut provenir de cause diverses et par conséquent revêt des significations différentes, selon le contexte où il est apparu. Cette différence est en réalité, comme le souligne la thérapie familiale, celle de la fonction que peut avoir ce symptôme dans différents contextes familiaux.

Dans le raisonnement de la *causalité*, la question est de savoir ; « pour quoi il y a symptôme ? », alors que dans le raisonnement de la *finalité* la question est savoir ; « à quoi sert ce symptôme ? ou quelle est sa fonction ? » Par conséquent, la cause initiale d'un événement ne peut être que déclenchante à un moment précis et les paramètre du système

« *surdétermineront* » les événements suivants. Les thérapeutes familiaux ont constaté que les familles réagissent différemment aux mêmes événements selon leurs propres mécanismes de défense. Dès lors, un système, quelque soit sa nature, devient lui-même sa meilleure explication.

Le processus communicatif :

Pour faire face à un paralogisme épistémologique, la théorie systémique a défini le système comme un tout indivisible obéissant à des principes spécifiques (la rétroaction, l'équifinalité, la non-additivité...). Or ce qui lie les éléments d'un système indépendamment de sa nature, est la communication, c'est-à-dire les différentes informations circulant entre les composantes et leurs effets réciproques.

A vrai dire, le concept de communication s'intègre bien dans l'épistémologie *systémique*, s'opposant ainsi aux concepts d'énergie et de la « transformation d'énergie », jusque là, seuls admis dans le domaine de la thermodynamique. Du point de vue de la thérapie familiale ce n'est pas de l'énergie qui se transmet à l'intérieur d'un système humain, entre les éléments, mais de l'information. Les théories psychodynamiques ont eu la même conception énergétique dans le domaine humain.

L'individu est vu comme doté d'une énergie psychique qui se transforme en conflits intérieurs pour donner lieu à des symptômes.

A cet égard, Norbert WIENER a résumé cela en disant que : « le matérialisme semblait avoir fixé sa propre grammaire, et cette grammaire était dominée par le concept d'énergie ». idem.P.23*. Selon la théorie des systèmes, une transmission d'énergie et une transmission d'information obéissent à des types logiques fort différents où il est inconcevable, si ce n'est par métaphore, de concevoir les relations entre membres familiaux en termes d'énergie (exemple : quantité d'amour, investissement affectif ...).

Pour mieux éclairer la nuance entre les deux concepts, nous reprenons textuellement l'analogie rapportée par P.WATZLANWICK : « si en marchant, on heurte du pied un caillou, l'énergie se transmet du pied à la pierre ; celle-ci va se déplacer et finira par s'immobiliser dans une position qui sera entièrement déterminée par des facteurs comme la quantité d'énergie transmise, la forme et la nature de la surface sur laquelle il roule. Mais si on donne un coup de pied à un chien, le chien peut bondir et mordre, dans ce cas la relation entre le coup de pied et la morsure est d'un ordre très différent. Il est évident que le chien puise l'énergie nécessaire à sa réaction dans son propre métabolisme, et non dans le coup de pied.

Ce qui est transmis, ce n'est donc plus de l'énergie, mais de l'information. En d'autres termes, le coup de pied est un segment de comportement qui communique quelque chose au chien, et il réagit à cette communication par un autre segment de comportement qui a valeur de communication. C'est en cela que réside la différence essentielle entre la psychodynamique Freudienne et la théorie de la communication en tant que principes explicatifs du comportement humain. *idem , P.25.

A travers cet exemple, on comprend bien la coupure épistémologique qui existe entre le concept d'énergie et celui de la communication. Or, depuis les travaux entrepris par les chercheurs du M.R.I. du PALO ALTO, le phénomène de la communication revêt aussi un intérêt clinique ; car le processus communicatif peut être dysfonctionnel en créant toute une pathologie familiale. Le patient est ainsi le reflet de ce désordre communicatif. A cet égard, le « *double lien* », qui est une communication paradoxale, fait apparaître chez l'un des membres familiaux un comportement schizophrénique.

La famille comme système humain vivant et porteur de sens :

L'épistémologie systémique, comme nous le savons, s'est aussi propagée dans le domaine de la psychopathologie. Ainsi , le porteur du trouble n'est plus l'individu même mais tout son contexte naturel où se sont nouées des relations perturbées, c'est à dire son groupe familial. Le champ d'observation comme celui de l'intervention thérapeutique a donc débordé les frontières du patient pour investir celles de sa famille. La famille est un système humain naturel, régi par des règles qui structurent les comportements ou les communications des membres, en créant ainsi une sorte de norme familiale, pour assurer son équilibre.

La spécificité du travail sur la famille consiste à observer et à analyser des transactions inter-familiales perturbées pour les rapprocher de la symptomatologie individuelle. De ce fait, le trouble mental n'est que le seul comportement possible au sein d'un contexte relationnel dysfonctionnel.

P.WATZLAWISK résume ceci en disant : « un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel le dit phénomène se produit. Ne pas pouvoir saisir la complexité des relations entre un fait et le cadre dans lequel il s'insère, entre un organisme et son milieu, fait que l'observateur bute sur quelque chose de « *mystérieux* » et se trouve conduit à attribuer à l'objet de son étude des propriétés que peut être il ne possède pas ».idem P.15.*

La famille est en effet un système humain vivant. Elle possède en son sein des sous-systèmes (telles la relation père-mère, père-fils...); or l'existence de ces sous-systèmes n'exclut forcément pas l'unité de son fonctionnement, puisque chaque sous-système est dépendant des autres. Ce qui constitue une sorte d'interaction entre un ensemble de relations et un autre, par exemple la coalition mère-fils contre le père.

Homéostasie comme finalité du groupe familiale :

Le système est caractérisé, dans son fonctionnement, par une autre propriété appelée « *homéostasie* ». Un système, en subissant des influences de son environnement « *le supra-système* » où des changements internes (crise de l'adolescence, mariage,...) est sujet à un déséquilibre. Pour qu'il puisse se maintenir relativement stable, il devrait posséder la propriété de « *s'autoéquilibrer* », et c'est justement cette manœuvre qu'on appelle homéostasie.

La mécanique rétroactif négatif, qui intervient aux moments critiques du système, corrige en fait les déviations survenues et accommode le dit système à la nouvelle situation.

« le feed-back, déclenche le régulateur du système qui modifie l'état interne du système et maintient ainsi l'homéostasie » S.W.S SKINNER , idem, P.24.*

Par contre, la rétroaction positive concerne plutôt tout processus de changement ou de maturation du système et de ses composants.

Règle et équilibre familial :

Il est bien évident que les comportements des membres d'une famille ne se font pas au hasard mais sont toujours le fait d'un système de règles respecté consciemment ou non par chacun des membres. Ces règles caractérisent d'une part, la typologie d'une famille et d'autre part, elles délimitent ses frontières, de telle sorte que les membres vont reconnaître ce qui est conforme ou non à leur système de valeurs. Il s'agit en quelque sorte d'une *identification collective*.

Les règles familiales ont pour fonction le maintien du statu quo familiale. Ainsi, n'importe quelle conduite soupçonnée d'être incompatible avec le cadre référentiel ou avec la ligne de conduite est automatiquement rejetée.

Cette situation s'observe souvent en clinique où la famille demande au thérapeute de restituer au patient son comportement d'avant la crise, comportement qui correspond, bien entendu, à la norme familiale. Cette tendance de rejet conduit naturellement les membres à se

rapprocher le plus possible des règles familiales. Maintenir les conduites dans l'intervalle de cette norme, équivaut à sauvegarder le système familial d'un éclatement virtuel.

La structuration des typologies familiales et métaapprentissage :

G. Bateson voit dans la famille un système de relations organisées de façon redondante et restrictive selon des « *typologies* » bien déterminées. Les comportements individuels suivent les formes de cette structure familiale. Néanmoins, l'apprentissage des règles familiales ne se fait pas de la même façon qu'un simple apprentissage selon les lois classiques de l'apprentissage (lois : d'effet, de répétition, de motivation). Mais plus que cela, impliquant des lois de nature typologique.

Bateson fait remarquer que l'apprentissage de ces règles s'effectue, en réalité, à plusieurs niveaux logique en même temps. Il souligne que cet apprentissage consiste à apprendre un apprentissage (métaapprentissage), ou plus simplement, l'apprentissage d'une manière d'apprendre, ce qui correspond à la structuration des personnalités. La famille produit la personnalité et la personnalité produit les comportements.

Norme et structuration du groupe familial :

Selon la thérapie familiale, la famille possède une norme à la quelle les membres s'identifient. Ainsi, comme nous l'avons déjà souligné, les conduites s'écartant de cette norme, pour des raisons parfois paradoxalement inhérentes au dysfonctionnement familial même, sont taxées d'anormalité et seront corrigées par un traitement « *psychiatrique* ». Or le médecin ne se doute pas qu'il faudrait soigner les règles familiales plutôt que les comportements individuels.

L'équilibre familial est ainsi assuré au prix de la santé mentale de l'individu. Tenter de maintenir l'équilibre d'un système familial dysfonctionnel laisse inévitablement apparaître un patient qui en sera le symptôme. « Ainsi bien qu'il reste difficile d'établir exactement les normes du système auxquels le schizophrène et sa famille adhèrent durant sa « *maladie* », il n'est besoin que d'assister aux réactions immédiates et souvent violentes que suscite sa guérison pour être convaincu que ces normes sont défendues par de puissants mécanismes familiaux ». déclare D. JACKSON.

3-PSYCHOPATOLOGIE SYSTEMIQUE :

a-Homéostasie familiale pathologique et patient désigné :

Le patient désigné comme tel par sa famille, compte tenu de ses symptômes, est souvent indispensable à l'équilibre de son système familial. La thérapie familiale voit en lui le régulateur et le protecteur de tous les autres membres de la famille, en assumant par là le rôle du bouc émissaire familial.

Les symptômes du patient sont encore plus manifestes au moment où la famille traverse les crises les plus aiguës, quoique son équilibre soit en dysfonctionnement permanent. Nous devons toutefois préciser le concept de dysfonctionnement familial, car ceci nous permettrait d'éviter la confusion, d'une part, entre *homéostasie* et *fonctionnement normal*, et d'autre part, entre *surfonctionnement* et *fonctionnement pathologique*. En effet, une famille peut être dysfonctionnelle mais relativement stable, ou saine mais instable en raison des moments critiques passagers. Dans le premier cas, il s'agit d'une « *normalité* » pathologique, c'est à dire que la norme familiale même est pathogène ; dans le second cas, il s'agit par contre d'une sorte de « *pathologie* » normale puisque le trouble disparaît avec sa cause.

Pour les thérapeutes « *systémiciens* », le système familial est considéré comme pathologique lorsqu'il laisse un patient désigné, en lui assignant le rôle « *d'auto-correcteur* » vis à vis des agressions internes ou externes. Dans un tel cas, le patient désigné continuera à jouer la fonction de régulateur familial même si le facteur perturbateur a bel et bien disparu. « C'est seulement lorsque les mécanismes surfonctionnent que le système devient figé et dysfonctionnel ... la solution au problème du dysfonctionnement ne consiste pas à enlever le régulateur homéostatique ». S.W.SKINNER. P.25*.

Néanmoins, pour la thérapie familiale, le patient désigné est en réalité complice-victime de son état et de tout ce qui peut se produire au sien de sa famille.

Les mécanismes de défense familiaux et mythe familial :

J.FERREIRA voit dans le mythe familial, un mécanisme de défense familial, à travers lequel les défenses individuelles peuvent aussi se manifester. Lorsque, dit-il, le mythe familial est menacé ou agressé, il en est de même pour les défenses individuelles. Les deux types de défenses sont l'objet de déséquilibre. En réponse à cela, un mécanisme de rétroaction négative est déclenché pour rétablir l'équilibre perdu.

Par ailleurs, si nous rapprochions le point de vue de FERREIRA concernant la notion du mythe familial avec celui de Don JACKSON relatif à la notion de l'homéostasie familiale, nous comprendrions mieux la raison d'être du patient désigné au sein de sa famille.

Il est, en quelque sorte, son « *repère-protecteur* ». « *Repère* » parce qu'il permet aux membres de la famille de projeter et maintenir leurs propres troubles sur lui (bouc émissaire familial) ; « *Protecteur* » puisqu'il remplit également la fonction de régulateur familial.

A vrai dire, le dilemme d'une famille dysfonctionnelle se manifeste quand celle-ci place son « *malade* » en traitement psychiatrique en refusant tacitement sa guérison. « toute en prétendant désirer son amélioration, elle s'y oppose énergiquement ». souligne S. W. Skinner, P.26*. La famille déforme la réalité pour créer son mythe, lequel est constitué de rôles précis et reconnus par tous les membres comme définitivement établis.

Pour la thérapie familiale, l'homéostasie participe en réalité à l'apparition d'une symptomatologie individuelle en raison même de sa fonction paradoxale. Paradoxale, parce que, d'une part, elle constitue une solution pour les perturbations affectant le groupe familial, d'autre part, elle déclenche des symptômes individuels. L'économie de l'homéostasie familiale, comme celle du mythe familial est d'un type logique supérieur à l'économie psychique individuelle.

Le système familial pathologique :

Pour définir un bon fonctionnement du système familial, on devrait évoquer les deux fonctions indispensables à sa sauvegarde, à savoir la fonction d'équilibre et celle de croissance. La première fonction concerne évidemment tout ce qui à trait à l'homéostasie que nous avons déjà expliquée, par laquelle le système cherche en permanence à maintenir son équilibre. Par contre la fonction de croissance ou de maturation, que les systémiciens définissent en termes de « *morphogenèse* », concerne l'ensemble des mécanismes susceptibles de le modifier dans sa croissance tout en assurant une différenciation entre les membres d'une famille.

La différenciation, étant progressive et appropriée, leur permet une certaine individuation nécessaire à leur épanouissement et à la constitution de leur personnalité, et à l'assouplissement du système. La morphogenèse empêche donc le système de se scléroser et de se rigidifier. Son fonctionnement devient donc dynamique et permet le changement.

S ; W. Skinner : thérapie familiale, traitement de systèmes vivants, Ed. E. S. F. ,Coll. Sciences Humaines Appliquée. 1980.

Prenons pour exemple les rapports parents-enfants, quand les premiers passent de la structure autoritaire à la structure démocratique au moment où les enfants franchissent l'adolescence.

Nombreuses sont par exemple les mères qui n'acceptent pas les transformations biologiques en cours chez leurs filles ou leurs fils.

Par conséquent, une famille ne possédant pas la possibilité de changer, aussi bien au niveau des relations intérieures qu'extérieures, est donc vouée au dysfonctionnement. Il en est de même pour l'homéostasie, quand cette fonction *«d'équilibre»* demeure trop ou peu opérante. En outre, si la famille n'arrive pas à s'adapter à de nouvelles situations de la vie quotidienne (mariage du fils, problème de santé de la mère ...), un déséquilibre s'instaurera, créant ainsi des symptômes chez les individus.

Enfin, pour mieux aborder l'épineuse question du *«normal»* et du *«pathologique»*, il convient pour nous de situer le problème dans un contexte systémique. Ceci nous permettra d'éviter certaines confusions. Nous considérons cette question dans les cas de figure suivant :

- a. Il y a pathologie lorsque le système familial *«possède»* un patient désigné (faible, différent,...), bien que, entendons-nous, celui-ci soit nécessaire pour son homéostasie. En termes encore plus simples, nous considérons que la *«santé familiale»*, quoique dysfonctionnelle, est assurée aux prix de la maladie du patient. Le terme *«santé»* ici n'est pas à prendre au sens de normalité authentique mais il s'agit simplement d'un certain équilibre que la famille requiert.
- b. Dans un second cas de figure, qui s'appuie sur le premier, il y a pathologie lorsque le système familial *«perd»* son patient désigné (suite à un traitement individuel par exemple). Dans cette situation critique, c'est tout le système familial qui est perturbé, puisque son *«régulateur»* devient inopérant. Il s'agit alors, en quelque sorte, d'une *« pathologie dans la pathologie »*, se traduisant en crise familiale.

Néanmoins, précisons le, dans la pensée systémique, le concept de pathologie renvoie à deux acceptions : le premier sens concerne la façon pathologique qu'adopte le système familial pour s'équilibrer, tout en attribuant la maladie à l'un des membre, et en le considérant comme *«faible, différent...»* par les autres membres. La seconde signification est en réalité la plus proche du changement thérapeutique, ou du moins à son seuil. Car il s'agit d'une crise désarmant le système défensif familial, en remettant en question son pseudo-équilibre.

Enfin, il n'y a pas de pathologie lorsque le système fonctionne avec homéostasie et morphogénèse (changement). Dans ce cas, le régulateur familiale (le patient désigné) ne peut apparaître que momentanément selon les incidents internes ou externes à la famille.

Sa disparition est liée à la leur, sans provoquer la moindre crise, SPEER (1970) a regroupé dans le concept de « *viabilité* » les deux processus : la morphogénèse et l'homéostasie, caractérisant un système sain, en disant « La viabilité décrit ainsi un système sain qui est doté à la fois, à des degrés divers, de processus d'homéostasie et de morphogénèse. Le degré auquel on peut le dire fonctionnel et en bonne santé. » *

Par le concept de viabilité, SPEER, nous définit très clairement aussi bien la pathologie que le bon fonctionnement du système familial. Plus simplement encore, nous dirions qu'un système familial qui ne change pas, ou qui s'équilibre au dépend des individus, est sujet au dysfonctionnement. Comme il le serait aussi dans le cas où la fonction d'homéostasie, qui correspond à la typologie familiale, devient inopérante.

Reprenons le cas d'une dyade pathologique où la mère entretient avec son fils le même type de relation tant à l'âge de dix ans qu'à l'âge de vingt ans. Celui-ci en étant victime-complice de cette relation, finit par devenir « *schizophrène* ». Nous remarquons bien à présent la pertinence d'une observation dans « *l'ici et le maintenant* » de la dynamique familiale, étant donné que les modèles comportementaux du passé sont rejoués dans le présent.

La fonction des symptômes et l'équilibre familial :

Le raisonnement systémique, à l'opposé du déterminisme linéaire, s'intéresse plus à la fonction qu'à la cause du symptôme, à la finalité plutôt qu'à la causalité.

Cette démarche, comme on peut déjà le remarquer, offre une meilleure stratégie quant à l'approche des troubles psychiques. Elle est essentiellement pragmatique puisqu'elle s'interroge sur la raison d'être actuelle du symptôme en l'insérant dans son contexte dynamique.

Nous avons considéré dans l'hypothèse de notre problématique, que les deux fonction qui sont l'homéostasie (typologie) et la morphogénèse (comportements familiaux en adaptation) sont les deux dimensions du groupe familial. Bien que la nosologie individuelle n'occupe qu'une place accessoire dans la théorie systémique, il est indispensable de situer les

• « Family systems morphotase et morphogenese in family process », 197, cité par S. W. SKINNER, idem,P.27

symptômes par rapport à leurs compléments comportementaux qui les maintiennent, le tout constituant la typologie familiale.

La fonction du patient désigné fait partie de l'identité (type) et du mythe familiaux, en assurant au groupe familial respectivement structure et fonctionnement. A cet effet, chaque membre familial se comporterait selon les attentes des autres membres, en assurant un certain statu quo à leurs interrelations.

1-Norme, règle et valeurs

En introduisant la notion de « *règles familiales* » Don. Jackson orienta la thérapie familiale vers une perspective plus pratique. Pour lui, la première chose à connaître sur une famille est sa manière de fonctionner, ainsi que les règles régissant ce fonctionnement.

Ce qui gouverne les conduites individuelles, disait-il, est moins leurs pulsions ou besoins personnels que les formes des règles familiales.

Un individu, quels que soient les traits de sa personnalité, ne peut pas ne pas réagir aux injonctions propres à son contexte social. Par conséquent, les comportements des individus sont moins significatifs que les situations d'où ils sont issus. Il est donc évident d'attacher plus d'intérêt à ces situations qu'aux individus mêmes.

Cette prise de position ne constitue nullement un désintérêt vis à vis de la personne mais au contraire, elle représente une attitude capable de saisir la personne dans toute sa dimension.

La famille est, de ce fait, le lieu où l'individu trouve toute sa signification.

« ...la famille est un système régi par des règles : ses membres se comportent entre eux d'une manière répétitive et organisée... »* P. 29

les règles familiales ont des propriétés qu'on peut définir en terme d'organisation et de redondance. Ces deux propriétés ont respectivement pour fonction : la réduction des conduites aléatoires et la permanence dans cette réduction. On peut déjà remarquer qu'à ce niveau les règles familiales remplissent une fonction économique.

La thérapie familiale, comme technique thérapeutique, est ainsi avantagée du fait qu'à n'importe quel moment du déroulement d'un entretien familial, les règles familiales sont repérables. Autrement dit, chaque tranche d'observation d'une famille rend compte, sans qu'on ait recouru à son histoire singulière, de la structure de son identité (sa typologie).

Néanmoins, pour définir la norme familiale, nous nous sommes permis de citer Don Jackson qui dit : « la norme est un cadre ou une base qui rend possible la mesure du comportement familial, lequel varie plus ou moins par rapport à elle. »**

*sur l'interaction (Palo Alto 1965- 1974) , Ed . du Seuil 1981. P . 29.

** idem.

Etudier les tendances d'équilibre que cherche à réaliser le système familial équivaut à l'étude de sa norme. Or, pour pouvoir dégager la dite norme, il est nécessaire d'étudier les réactions d'une famille face aux événements qui la perturbent, comme par exemple la phase critique durant laquelle le patient « *exagère* » ses symptômes.

Don Jackson, en appliquant le concept d'homéostasie au groupe familial, lui a garanti le statut d'un système, ayant les mêmes caractéristiques qu'un système cybernétique, capable d'auto-équilibre. Mais à la base d'homéostasie familiale se trouvent donc des règles familiales, des valeurs que chaque membre d'une famille considère comme des vérités absolues. Ces valeurs portent pratiquement sur l'ensemble de la réalité.

Les valeurs familiales représentent de ce fait l'aspect visible et rationalisé du mécanisme homéostatique latent qui régit une famille.

Selon les thérapeutes familiaux, le système de valeurs d'une famille devient manifestement opérationnel, au moment où les règles de la norme familiale sont transgressées. Si par exemple, un membre ne se soumet plus aux restrictions de sa famille, les autres membres réagiront violemment et lui rappelleront à juste titre certaines valeurs morales ou culturelles pour réduire cet écart. Mais il est certain que le contenu du discours familial à propos de ces valeurs est secondaire par rapport à la fonction d'équilibre qu'il remplit. Il importe donc peu de savoir si cette famille croit ou non en ces valeurs, mais plutôt de connaître leurs fonctions.

Les valeurs que peut épouser une famille quelconque sont souvent en coalition avec des préjugés culturels, religieux, esthétiques, logiques,... Elles constituent une fonction tactique pour assurer son propre équilibre, lequel est une finalité de tout système. Aussi éloignée que semble être une valeur de la finalité homéostatique, elle remplit en réalité une fonction d'équilibre.

Ainsi donc, les règles familiales définissent d'une part son identité (sa personnalité) et sa frontière et d'autre part la sauvegardent de l'auto-destruction. Or, en dépit de leur nombre, les règles familiales convergent en fait vers une même unité référentielle. C'est une sorte de ligne de conduite officielle à laquelle il faut se référer systématiquement.

La norme familiale est aussi une sorte de modèle métrique, comme le dit D. Jackson, qui sert à renforcer les comportements lui correspondant, tout en rejetant ceux qui ne le sont pas.

Le rejet des conduites déviées de la norme s'effectue en réalité de deux façons :

- soit par une simple réduction de l'écart produit, chose que le système familial lui même peut réaliser, grâce à la rétroaction négative.
- Soit, le cas échéant, par le recours à une intervention psychiatrique.

En faisant subir un traitement au patient désigné, la déviation est ainsi réduite et la famille retrouve sa stabilité mythique.

Don Jackson fait remarquer qu'on s'étonne parfois de trouver dans certaines familles supposées être chaotiques, un certain ordre et une redondance très régulière au niveau des relations inter-membres.

Parmi nos présupposés théoriques, nous avons désigné le système des valeurs affectives commun à tous les membres d'une famille comme structure primordiale dans la genèse des personnalités, troubles psychiques et surtout dans leur perpétuation. Or, comme nous l'avons déjà expliqué, bien que ces valeurs soient ressenties comme des états personnels, leur genèse ou plutôt leur finalité s'explique par la norme familiale établie.

Autrement dit, le groupe familial, au cours de son histoire singulière, excluait au fur et à mesure de son cadre les interactions qui lui étaient pénibles et coûteuses.

Grâce à ce processus économique, il finira par forger une norme dont la fonction sera précisément incluse dans ce processus. Cette norme étant organisée par le système, elle se traduira sur le plan relationnel sous forme de règle de conduite pour les individus. Elle sera étayée par des valeurs et vécus sous forme de sentiments et d'affectes que chacun aurait à éprouver tout au long de son existence.

Or, ce qui distingue la valeur de la norme c'est que la première reste essentiellement individuelle alors que la seconde se situe dans le registre interactionnel. De ce fait, les valeurs vont se greffer les unes aux autres chez un membre familial pour former sa personnalité individuelle, alors que les normes vont plutôt structurer les transactions familiales pour former un type ou une personnalité familiale ; mais le lien demeure entre la valeur individuelle du membre et la norme familiale.

En somme, et à la lumière de ce qui vient d'être dit, le comportement familial opère à deux niveaux différents mais liés : le premier conscient, individuel et se manifestant sous forme de valeurs ressenties ou évoquées, le second inconscient, interactionnel et agissant comme une norme homéostatique.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les membres familiaux ne perçoivent la norme que sous forme de valeurs.

Enfin, ce sont les règles familiales qui relient, selon Jackson, la norme aux valeurs. En effet, tout ce qui se transmet de la norme comme valeurs aux individus et réciproquement est précisément constitué par les règles familiales, qui correspondent aussi au maintien de la norme et de l'équilibre de la famille.

L'identité (personnalité) familiale est en définitive constituée par la trilogie : norme-règles-valeurs. Etudier une famille revient à étudier le système des règles qui la régissent. Celui-ci correspond, lui-même, à une norme homéostatique bien déterminée et reconnue comme un ensemble de valeurs absolues pour chacun des membres.

Dés lors, si les règles sont transgressées, c'est la norme qui sera perturbée. Cependant, seules les valeurs sembleront constituer l'enjeu véritable dans le groupe familial en crise, et c'est au nom de ces valeurs que ses membres réagiront pour restaurer l'équilibre perdu.

Les membres de la famille ne prendront donc conscience de leur norme familiale qu'en termes de valeurs idiosyncrasiques. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle le système de valeur est systématiquement attribué soit à des institutions socio-culturelles, soit à une conception individuelle de la réalité.

2-Psychothérapie du changement et réévaluation :

On peut regretter le fait que l'hypothèse de la réévaluation proposée par Michel Lobrot* dans son ouvrage « *l'animation non-directive des groupe* », est restée fixée sur le modèle individuel, alors qu'elle serait plus pertinente si elle était formulée selon le paradigme du système.

Considérant la thérapie psychanalytique comme étant trop centrée sur les effets de la prise de conscience, M. Lobrot envisage autrement la guérison suite à une cure analytique. Il dit : « cette hypothèse postule que le rétablissement de la normalité chez le patient s'effectue non pas grâce à un processus cognitif, comme le postule la psychanalyse, mais par un processus affectif, à savoir la modification du système de valeurs de l'individu. Par système de valeur je n'entend pas seulement les valeurs idéales, projetées au niveau rationnel, mais les valeurs vécues qui se traduisent dans des désirs et des aspirations concrets. C'est en fait l'affectivité du sujet qui se trouve transformée et non pas seulement sa conscience ou sa prise de conscience ».* P. 113

Nous pensons que cette hypothèse est assez proche de la technique de « *recadrage* » développée par P. Watzlawick dans l'ouvrage collectif « *changement, paradoxes et psychothérapie* »** P. 113, laquelle consiste, comme son nom l'indique, à recadrer ou à réévaluer les données d'un problème quelconque de telle sorte que, même si ce problème reste tel qu'il est (ce qui fut vécu comme difficulté pénible à éviter), devient au contraire une chose recherchée et souhaitée par le sujet en souffrance.

** P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fish : « changement, paradoxes et psychothérapie » Ed . Seuil. Coll. Le point.1981. (p. 133)

Situer, donc, un problème dans un nouveau contexte, un nouveau cadre, permet déjà de le concevoir et de le vivre d'une manière très différente. Ce recadrage change non seulement notre vision du problème mais aussi les méthodes utilisées pour sa résolution.

Dire qu'un malade est ce qu'il est parce que quelque chose en lui « *ne tourne pas rond* » et dire qu'il est ainsi parce que quelque chose en dehors de lui, mais qui l'entoure, ne fonctionne pas normalement, sont le moins qu'on puisse dire, deux attitudes et deux conceptions très différentes d'une même problématique.

En terme très simples, pour la thérapie familiale, une même chose située dans des contextes différents aurait une signification différente.

Ce rapprochement entre la thèse de M. Lobrot et la technique de recadrage pratiquée en thérapie familiale, nous permet la mise en lumière du fait suivant :

Le trouble mental, quel que soit son contenu manifeste, n'est pas pour ces raisons l'effet logique d'un traumatisme pénible que subit le patient, mais essentiellement la réaction ou plutôt la façon de réagir de celui-ci à ce traumatisme. Le problème est donc moins l'événement traumatisant lui-même que la façon de réagir des individus, qui en sont « *victimes* ». Ce qui nous renvoie à la question de la structuration du système de réactions chez les individus, que nous avons déjà évoquée dans la théorie du Métaapprentissage de G. Bateson.

Si les individus réagissent différemment à un même événement, leurs réactions tiennent en réalité à ce que nous avons appelé « *l'apprentissage de la manière d'apprendre* », lequel est tributaire de la structure de l'identité familiale (personnalité ou typologie familiale).

Par conséquent, une thérapie efficace serait celle qui essaiera de changer non point l'individu mais le système de réactions affectives de la famille.

Prenons l'exemple suivant pour illustrer cette hypothèse : si un individu quelconque vit au sein d'une famille *saine et fonctionnelle*, c'est à dire capable de s'équilibrer et de se promouvoir, il ne saurait être malade pour autant d'avoir vécu des événements, si pénibles soient-ils ; car cet individu vit dans un milieu « *gratifiant* » et qui réagit d'une façon adaptée aux dits événements.

Si par contre ce même individu en devient malade, son trouble tiendrait du fait qu'il vit dans un contexte familial dépourvu de toute gratification et de soutien positif. Par conséquent, la moindre expérience traumatique tend à se transformer en une énorme catastrophe, comme sous l'effet « *boule de neige* ».

· Michel Lobrot : « l'animation non- directive des groupe » (P.b. Payot) Paris 1974.

«Grâce à la combinaison affective éprouvée actuellement dans telle situation, le sujet « *évalue* » cette situation, c'est à dire qu'il lui attribue une certaine valeur en bien et en mal, en plaisir et en douleur. C'est le processus *d'évaluation* qui est pour moi fondamental ». déclare M. Lobrot en le qualifiant par l'expression « *la théorie de l'expérience évaluative* »*. P. 130

La notion de changement, au sens où on l'entend ici, est différente de celle traditionnellement conçue. Dans de telles conditions donc, ce ne sont pas les choses qui changent « *réellement* » mais plutôt notre vision, notre point de vue, notre connotation cognitive ou affective qui en sont transformés.

En somme, les notions de changement et de permanence sont avant tout conceptuelles et interdépendantes, puisqu'on peut concevoir un changement à partir de la permanence et inversement.

3-rôle individuel et règle transactionnelle :

Une même distinction s'impose entre les notions de « *rôle* » et de « *règle* ». Il est vrai que la notion de rôle familial, généralement considérée comme majeure, fut utilisée dans diverses recherches traditionnelles portant sur le rôle paternel, le rôle maternel, etc... pourtant, l'orientation de leurs travaux (sociologiques, anthropologiques, psychosociologiques...) est restée malheureusement fondée sur le paradigme de l'individu. De sorte que leurs recherches ont finalement abouti à fragmenter un processus interactionnel familial en des rôles isolés et imputés à tort aux individus.

Pour D. Jackson, attribuer des rôles à des individus, et ceci quelle que soit la théorisation employée, empêchera toujours de rendre compte du lien unique et spécifique qui les regroupe dans une même structure, de telle sorte que l'existence de l'un est déterminée par celle de l'autre et réciproquement.

En outre, non seulement les rôles familiaux ou sociaux sont isolés, mais de plus, ils deviennent des modèles auxquels les individus doivent s'identifier au même titre qu'une valeur.

Généralement, on considère que le rôle du père est de régner par son autorité sur l'ensemble du groupe familial, tout en faisant preuve de courage, de raison et d'initiative ; alors qu'on confère d'emblée à la mère le rôle d'une personne affectueuse, effacée et intuitive.

· Michel Lobrot : « l'animation non-directive des groupes (P. b. P.) 1974 (p. 130).

Ce qui veut dire que le rôle familial est défini comme une catégorie préétablie ; on attribuera alors à l'individu déviant de cette conception du rôle culturel et mythique, le qualificatif de « *fou* ».

Il est certain que les rôles parentaux, à la manière dont nous les avons décrit, peuvent constituer un bon « *quid pro quo conjugal* » mais seulement ce n'est pas la seule bonne manière qui existe.

4-Le quid pro quo conjugal comme définition des rôles interactionnels :

Les théoriciens de la communication ont, par ailleurs, rectifié ce paralogisme si répandu, quand ils ont substitué la notion de règles familiales à celles de rôles familiaux.

La notion de règles familiales implique évidemment et par définition un processus interactionnel entre les deux « rôles » parentaux (Père, Mère) supposés être une sorte de réalisation plus ou moins satisfaisante au niveau relationnel.

Autrement dit, aucune personne n'a en elle-même un rôle comportemental « *normal* » prédéterminé. Ce qui revient à dire que n'importe quelle conduite, supposée dériver d'un rôle psychosocial donné, n'est en fait qu'une participation à un système relationnel en cours, et régi par des règles circulairement établies.

Don Jackson reprend cette même distinction en des termes propres à la théorie systémique, quand il a décrit et analysé ce qu'il appelait « *le quid pro quo conjugal* », lequel rend compte Mieux de la simple théorie des rôles conjugaux, de la relation conjugale et des problèmes virtuels pouvant y surgir.

Ainsi, si le mari se montre dominant et la femme dominée ou inversement, leurs attitudes tiennent en fait moins à leurs traits de caractère qu'à leur façon de définir leur relation. Sauf que ces traits de caractère sont en réalité le produit de ce type relationnel. Donc, il est tout à fait impertinent de rattacher la conduite de chacun à des valeurs sociales et culturelles.

Traditionnellement, on a toujours conçu la relation conjugale comme la somme additive de deux personnalité plus ou moins différentes et non comme une relation qui se crée entre les deux. Par conséquent, la réussite comme l'échec de la relation conjugale sont considérés comme la capacité ou l'incapacité de chacun des partenaires de faire de son mieux pour que cette relation tienne. Ces effort seront vus comme émanant de la bonne foi de chacun d'eux, inhérente à une prétendue conscience volontaire.

Or, à travers la notion du *quid pro quo* conjugal, la relation conjugale est décrite, compte tenu des conflits et des symptômes surgissants, comme relation rétroactive et indépendante, de telle sorte que la conduite de l'un détermine celle de l'autre et est déterminée par elle.

Une relation conjugale, au sens systémique du mot, est une structure relationnelle qui se situe à un type logique immédiatement supérieur à celui des partenaires conjugaux pris individuellement. C'est une relation qui se crée au fur et à mesure qu'ils définissent leurs relations. Ce qui signifie finalement que tout ce qui peut se produire dans leur message n'est dû ni à l'un ni à l'autre mais au produit de leur relation circulaire.

Cette structure en métaniveau, étant régie et organisée par des règles systématiques (totalité, rétroaction, équifinalité,...), est comme dans toute autre relation, ignorée des conjoints. C'est la raison pour laquelle chacun d'eux se défend, à l'occasion d'un conflit, par une ponctuation discordante des séquences des faits, où chacun d'eux voit son comportement comme étant simple réaction aux injonctions de l'autre. Ce conflit de points de vues exprime d'une certaine façon le paralogisme du raisonnement linéaire, victime lui-même de la structure du langage.

Cette relation dyadique en conflits peut s'élargir en une relation triangulaire perverse où un enfant entre en coalition avec l'un des parents, comme le dirait Jay Haley * P. 60

5-Le triangle pervers et problématique œdipienne :

Jay Haley, par son concept du « *triangle pervers* » cherchait à définir une relation conflictuelle et pathogène, constituée par trois participants, où deux personnes de génération différente sont en coalition contre une troisième personne de la même génération que l'une des deux.

Le triangle pervers peut aussi se dérouler entre trois personnes de même sexe, et de manière plus large, entre trois organisations sociales ou internationales.

Le complexe d'œdipe est une organisation de type « *triangle pervers* » mais ce, indépendamment de la question sexuelle tant prônée par les psychanalystes. Le complexe d'œdipe est un cas de la structure du triangle pervers et non pas le principe général.

En fait, l'important dans la relation œdipienne concerne plus son organisation conflictuelle que son versant de séduction.

*P. Watzlawick, J. H. Weakland : «sur l'interaction» . Palo Alto 1965 – 1974, Ed . du Seuil. 1981. (p. 60).

6-Diagnostic systémique (finalité) et diagnostique individuel (étiologie) ou la typologie contextuelle :

D'un point de vue nosographique, on a toujours considéré la psychose comme un trouble mental profond et plus grave que le trouble névrotique.

Dans une telle considération, l'accent est évidemment mis sur la personnalité ou sur le sous-bassement inconscient du sujet.

Comme on peut le constater, cette tendance nosologique, de par sa nature, exclut en grande partie les données du problème, se contentant de comparer les épiphénomènes issus de contextes différents. (typologie contextuelle ou transactionnelle).

Si le sujet taxé de psychotique a développé tel ou tel symptôme, il ne s'agit plus de s'interroger sur le fonctionnement de ses mécanismes Moiques, mais plutôt d'élargir notre vision sur son trouble, afin d'inclure l'ensemble du problème posé.

On sait par ailleurs que tout l'édifice nosologique de la psychiatrie est en fait basé sur une comparaison systématique entre les différentes entités cliniques.

Or, c'est un non-sens de vouloir comparer une entité psychotique avec une entité névrotique pour les raisons suivantes. D'abord ces deux entités sont issues de deux contextes humains très différents, ce qui signifie aussi qu'elles remplissent des fonctions différentes.

Genèse et finalité sont donc deux notions différentes issues de deux conceptions différentes, à propos d'une même chose. Et parler de l'une avec le langage de l'autre induirait à des confusions et de faux problèmes. Cette divergence épistémologique, qui est de principe, existe par exemple entre la psychanalyse et la thérapie familiale systémique. Il s'agit de deux options théoriques différentes, qui de plus, ne prennent pas le même objet d'étude.

« Toutes les tentations qui ont été faites pour élaborer une typologie des individus présupposaient, pour l'essentiel, que ces individus se trouvaient placés dans des situations identiques et postulaient par conséquent, que c'est en eux que résidaient les différences. » * P. 72

Cette mise au point de Jackson permet ainsi de balayer l'autre aspect absurde du diagnostic individuel, qui consiste à classer des individus issus de contextes familiaux différents dans une même catégorie nosographique, mais il peut y avoir des familles appartenant à la même typologie groupale. *Comme nous l'avons souligné précédemment, la classification doit porter d'abord sur les types familiaux avant de l'appliquer sur les personnalités individuelles car celles-ci sont issues des premières.*

· P. Watzlawick, J. H. Weakland : »sur l'interaction « . Palo Alto 1965 – 1974, Ed . du Seuil. 1981. (p. 72).

La taxonomie des systèmes pathologiques, contrairement à ce que nous venons de voir, ne peut s'établir à partir de la simple présence ou absence de tels ou tels signes observés chez les individus, vu qu'un même symptôme peut avoir des significations différentes selon le contexte d'où il apparaît.

Le diagnostic systémique est essentiellement dynamique. Il s'intéresse, de ce fait, à la question de savoir à quoi servent ces symptômes dans leur contexte (finalité) plutôt que de se demander pourquoi il y a symptômes (genèse).

Quand Jackson dit que : « la personne normale, cet animal n'existe pas » * P. 213, il sous-entend par là que la santé comme la maladie mentale ne peuvent en aucune façon être des attributs individuels. Cette affirmation a aussi pour but d'exclure leurs mythes. En effet, s'il y a une pathologie, il faudrait la chercher dans les systèmes relationnels et non chez les individus.

Cette démarche pragmatique possède un grand intérêt clinique, puisqu'il est plus commode et plus pertinent de vérifier comme d'observer, dans le présent, le comportement symptomatique dans sa dimension relationnelle. De même, il est important de voir, par conséquent, sa finalité et non sa signification ou sa causalité, en « *écoutant la mémoire* » du sujet, souvent sélective et déterminée par la relation même qui existe actuellement entre lui et le thérapeute.

En vertu de cela, la maladie mentale a depuis toujours été l'objet tabou des sociétés. Son histoire nous a montré qu'il y a toujours eu des pratiques cherchant à la cultiver ou à la réprimer, ou tout au moins à la maintenir à l'intérieur d'un espace bien délimité.

Les différentes communautés ethniques qui n'ont pu toutefois accéder à la délimitation spatiale de la maladie mentale, se sont par ailleurs évertuées à l'entourer de mystères et de préjugés. En fait, si nous élargissons notre vision, tous ces actes à l'égard de la « *folie* » font partie d'elle.

Les murs asilaires comme les préjugés et les mythes que cultivent les esprits, forment la frontière qui sépare « *la folie de la raison* » de « *la raison de la folie* ».

Ces deux aspects relèvent d'un même problème humain, d'où le fait de ne pas comprendre l'un sans l'autre.

Cette méthodologie appliquée en clinique a donné naissance à la thérapie familiale. Bateson considère le thérapeute familial comme un anthropologue qui débarque dans une société « *primitive* » et dont il ignore tout. Son but consiste à saisir la manière dont la famille fonctionne sans tenir réellement compte de ce que peuvent raconter verbalement les membres familiaux.

P. Watzlawick, J. H. Weakland : « sur l'interaction » . Palo Alto 1965 – 1974, Ed . du Seuil. 1981. (p. 213).

Leur manière même de raconter est en fait impliquée dans le jeu familial en question. Les résultats obtenus par l'équipe du Palo Alto ont permis à la thérapie familiale d'améliorer ses techniques et d'élaborer de nouveaux concepts s'adaptant mieux aux exigences cliniques.

Cependant, un fait pertinent attira leur attention pendant qu'ils pratiquaient leur thérapie avec les familles des patients. Ils remarquèrent maintes fois que c'est précisément lorsqu'on essaie d'effectuer un changement dans l'organisation de ces familles que leurs mécanismes défensifs, leurs règles et tout leur fonctionnement deviennent plus que jamais évident.

Le changement d'un premier type logique est de ce fait une simple variation des données qui demeurent toujours les mêmes tant qu'elles restent dans un même cadre. Le changement du second type logique concerne plutôt la capacité de chercher la solution au-delà du problème posé.

Exemple à cela, comme le dit Watzlawick «dans un rêve on peut rêver qu'on est en train de courir, de chanter, de manger, de pleurer..., tous ces changements sont ceux du premier type, alors que se «réveiller» est un changement qui n'appartient pas au même type de changement que nous venons de citer. Il s'agit par conséquent d'un changement du second type logique. Il en va de même pour les problèmes humains.

Aucune règle familiale ne prescrit sa propre dissolution et c'est précisément à ce niveau que le groupe familial demeure ce qu'il est, malgré les multiples efforts de changement qu'il tente de faire désespérément. Ceci pour dire que n'importe quel changement souhaité au sein d'un groupe familial doit se situer à un autre niveau de type logique de ses règles.

Si changer le patient semble être l'objectif de toute thérapie monadique, et si cela semble être facile à obtenir, il est, par contre, beaucoup plus difficile d'insérer ce nouveau comportement du patient dans son système familial, qui lui reste inchangé.

Ce qui nous permet de dire, selon le raisonnement Russellien des types logiques, que le nouveau système ne peut être élément qu'à l'intérieur de son suprasystème et non le contraire, ou en d'autres termes, qu'une « *classe ne peut être membre d'elle-même* ».

Le point de vue sociologique considère la famille perturbée comme le lieu où règne un désordre total et où les relations entre les membres sont floues et chaotiques. Or, avec la théorie des règles familiales à l'appui, Don Jackson déclare qu'une telle conception est erronée. Pour lui les familles dysfonctionnelles sont au contraire très organisées et même trop organisées, et rien n'y est laissé au hasard. En réalité le désordre apparent n'est qu'une défense pour brouiller la vue des personnes extérieures.

Les familles perturbées font donc preuve d'une très grande rigidité quant au changement et aucune de leurs règles n'est susceptible d'être contestée, cela se constituant peut être déjà comme une règle en soi.

Dés lors, le but premier que se fixe le thérapeute familial consiste en une description exhaustive de la famille, ce qui lui permettra par conséquent de dégager les mécanismes tacites entretenus par celle-ci.

Or, décrire une famille, c'est en quelque sorte établir sa typologie ou son diagnostic (voir chapitre V), mais un diagnostic au sens dynamique du mot. Toute conduite de la part du thérapeute étant de ce fait impliquée dans ce qu'il pourra observer et décrire.

Nous avons pourtant vu que le type d'organisation propre à une famille impliquerait nécessairement une certaine restriction quant au registre des comportements possibles.

Cette situation est liée aux règles propres de telle ou telle famille et non à certaines variables conceptuellement isolées de manière grossière et prétendues capables à elles seules d'expliquer la complexité du groupe familial.

Nous allons à présent passer en revue les cas de figures des mécanismes restrictifs propres à chaque type de famille.

- Restriction sévère : c'est le cas d'une famille dont une règle a pour fonction d'interdire tout changement de règles (organisation pauvre et rigide)
- Restriction modérée : c'est le cas d'une famille où seules certaines règles sont inéchangeables. (organisation moyennement riche mais rigide)
- Restriction légère : dans cette catégorie de famille, les membres ont un répertoire de comportement assez riche, ce qui donne une certaine morphogenèse à la structure familiale. Les règles demeurent cependant respectées en grande partie. * P. 280

b-les principes conceptuels de la théorie de la communication humaine et

psychopathologie :

Définition de la communication :

Le dictionnaire de psychologie * donne du concept de communication la définition suivante :

« Echange, intentionnel ou non, de signification entre individus. La communication est un élément fondamental et complexe de la vie sociale, qui rend possible l'interaction des personnes dont la caractéristique essentielle est, selon D. Lagache, la réciprocité ».

· P. Watzlawick, J. H. Weakland : « sur l'interaction » . Palo Alto 1965 – 1974, Ed . du Seuil. 1981. (p. 280).

* Norbert Sillamy : Dictionnaire de psychologie (Larousse).

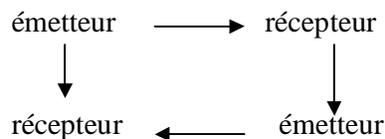
De cette définition, on peut inférer trois points essentiels, caractérisant le phénomène de la communication :

L'échange – la signification – la réciprocité.

En réalité, ces trois aspects de la communication sont en étroite interconnexion. Pour qu'il y ait communication, il faudrait qu'il y ait au moins deux partenaires qui auront à « échanger » des informations (contenu) et leurs concomitants : définition de soi et de l'autre (relation).

Néanmoins, leurs échanges communicatifs doivent être revêtus de significations afin qu'ils soient compris par les partenaires (code sémantique).

Par ailleurs, ces échanges mémés ne se font en fait pas à sens unique (émetteur → récepteur) mais s'effectuent réciproquement :



Dans un cadre systémique, Virginia Satir nous propose la définition suivante : « le mot *communiquer* est généralement compris comme se référant au comportement non verbal aussi bien que verbal à l'intérieur d'un contexte social. Donc communication peut vouloir dire *interaction* ou *transaction* ». **

Pour les théoriciens de la famille, la notion de communication a une grande portée dans la mesure où une injonction de communication peut affecter le comportement, et c'est à ce niveau qu'apparaît son aspect pragmatique.

Il est évident que les théoriciens du Palo Alto envisagent le phénomène de la communication selon une perspective strictement « *pragmatique* », c'est à dire par sa capacité d'influencer et de modifier le comportement. Autrement dit, c'est l'aspect pratique et dynamique du processus communicatif qui est pris en considération.

Comme le souligne Paul Watzlawick : « enfin. La communication affecte le comportement, et c'est là son aspect pragmatique. » P.P. 15 et 16*

Le comportement, quelle que soit la forme qu'il revêt, a donc une valeur de communication.

Une conduite signifie toujours quelque chose pour les autres. Le comportement est communication dans la mesure où il est émetteur d'information (contenu et relation pour l'autre).

** Virginia Satir : « thérapie du couple et de la famille », Ed. L'Epi – Paris 1970.

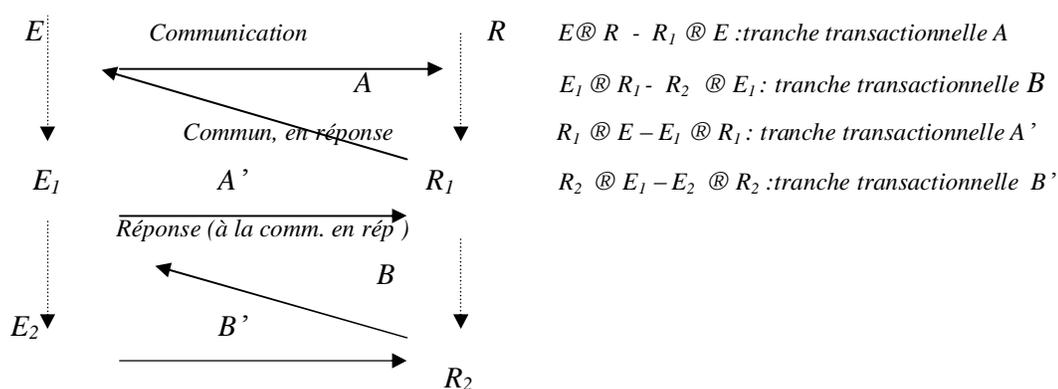
* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point 1979.

Le caractère circulaire de la communication :

Nous nous référons encore une fois à P. Watzlawick qui dit : « il doit être bien clair dès le départ que nous considérons les deux termes, communication et comportement comme étant pratiquement synonymes. » **

Or, il est nécessaire de dire, comme nous venons de le voir, que les chercheurs du M. R. I. envisagent, et ceci selon le principe de la T.G.S., le processus de la communication d'une façon exclusivement circulaire ou transactionnelle et non d'une façon linéaire et unilatérale. Nous voilà maintenant en mesure de présenter un schéma illustrant la nature circulaire de la communication, contrairement aux théories classiques de la communication où seul l'émetteur peut fournir au récepteur une information (selon un modèle télégraphique).

Schéma du processus circulaire de la communication :



E : Emetteur

R : Récepteur

R₁ : récepteur modifié par la communication de E

E₁ : Emetteur modifié par la réaction de R₁

R₂ : Récepteur modifié par la communication de E₁

E₂ : Emetteur modifié par la réaction de R₂, etc.

Dans n'importe quel système, les éléments qui le composent effectuent entre eux des interactions ayant une valeur de « communication » ou celle d'échange d'information mais selon un processus transactionnel ou rétroactif.

Nous pouvons décrire le processus communicatif circulaire qui caractérise une famille par le simple fait que chaque membre agit sur les autres membres, subit leurs réactions et réagit à leurs actions.

** P. Watzlawick, D. Jackson, J. H. Beavin : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point 1979.

Dans un enchaînement circulaire, on peut citer un exemple arbitraire d'une famille où le père brutalise la mère, laquelle à son tour rejette l'enfant, alors que ce dernier se conduira mal à l'école suscitant par là l'attitude agressive du père à l'égard de la mère, et ainsi de suite.

A partir de cet exemple, et par analogie au fonctionnement du système, nous pouvons comprendre le caractère spécifiquement circulaire des relations interfamiliales, lesquelles ne peuvent en aucune façon correspondre au modèle déterministe-linéaire de cause à effet.

La pathologie de la communication au niveau d'une famille peut être définie comme une forme de dysfonctionnement des relations inter-membres. Ainsi, Sue Walrond Skinner décrit ceci en disant :

« Du point de vue de la T.G.S. , une famille qui vient en traitement a subi , sous forme ou une autre, une perturbation dans le fonctionnement de ses processus de Feed-back, soit en ce qui concerne les transactions internes entre les membres de la famille, soit en ce qui concerne les transactions extérieures avec le monde extérieur (famille étendue, voisins, communauté), soit dans ces deux domaines. »* P . 30

Les chercheurs du M. R. I. du Palo Alto au fur et à mesure de leurs enquêtes cliniques et investigations épistémologiques, ont donné naissance à ce qu'on appelle la thérapie familiale systémique. Et comme le mentionne Paul Watzlawick dans son ouvrage intitulé «*une logique de la communication* », ils ont établi un certain nombre de concepts fondamentaux que requiert aussi la rigueur méthodologique, tels que les concepts de «*symétrie* » et «*complémentarité* », «*paradoxe pragmatique* », «*double lien* », «*langage digital et analogique* », «*métacommunication* », «*punctuation discordante* », «*jeu sans fin* », «*prescription de symptômes* », etc, et que nous passerons en revue d'une façon plus circonstanciée.

Mais encore, comme toute autre théorie, la théorie de la communication humaine s'est basée tout d'abord sur des formulations axiomatiques, comme étant ses propositions premières et évidentes, sur lesquelles sera bâti tout l'édifice théorique et méthodologique.

c-Les axiomes de la théorie de la communication :

- 1) L'impossibilité de ne pas communiquer
- 2) Le contenu et la relation de la communication.
- 3) La punctuation de la séquence des faits.
- 4) Communication digitale et communication analogique.
- 5) Interactions symétriques et complémentaires.

* S ; W. Skinner : thérapie familiale, traitement de systèmes vivants, Ed. E. S. F. ,Coll. Sciences Humaines Appliquée. 1980. P .30.

L'impossibilité de ne pas communiquer et pathologie :(on ne peut pas ne pas communiquer)

Selon la théorie de la communication, toute attitude prise vis-à-vis d'autrui, qu'elle soit négative ou positive, d'acceptation ou de refus, de parole ou de silence,... est une communication. Etant donné la similarité pragmatique entre le comportement et la communication, on peut aussi dire, comme le mentionne P. Watzlawick, qu'on ne peut pas ne pas avoir de comportement.

Cet aspect tacite de la communication nous fait penser qu'en clinique, au dilemme du psychotique qui cherche désespérément à ne pas communiquer ; car par son refus de communiquer, le schizophrène nous communique en fait : « *son refus de communiquer* » et il se retrouve au même point de départ.

L'axiome dont il est question est en réalité une structure pragmatique de la communication humaine, et tout message négatif (silence, refus, inattention) tendant à nier, laisse le sujet dans une confusion paradoxale des plus totales. Autrement dit, son message ne peut être qu'un élément faisant partie de la structure.

Si cet axiome de l'impossibilité de ne pas communiquer ne peut être défié, cela signifie qu'il est une sorte de cadre ou de structure dans lequel se trouve l'ensemble des messages possibles comme des éléments de la communication. Bref, ne pas communiquer est déjà une communication en soi.

L'implication pathologique de cet axiome correspond encore une fois au dilemme du schizophrène qui se trouve enfermé dans une succession de paradoxes interminables.

Cet axiome étant une catégorie, une structure, ou tout simplement un ensemble, il ne peut contenir en lui-même un élément (un message) qui pourrait le nier, car nier ou refuser la communication est déjà une communication en soi.

L'ensemble des symptômes schizophréniques expriment en fait la situation « *d'indécidabilité* » dans laquelle le patient se trouve enfermé. Quoi que le patient fasse ou tente de faire pour ne pas communiquer, il se retrouve finalement en train de « *communiquer son refus de communiquer.* »

Le mutisme par exemple, exprime malgré l'intention du patient, son refus de communiquer, qui est déjà un message en soi.

On ne peut procéder au changement d'une structure (dans ce cas notre axiome) par le biais d'un élément qui fait lui-même partie de cette structure même.

Le changement espéré dans ce genre de situation est un résultat d'un autre type logique, supérieur à la première structure dans laquelle le problème est posé.

Si un problème se pose à un niveau, quelle que soit sa nature, il n'est pas forcément admis que sa résolution se situe dans le même cadre. Ceci nous permet de dire que plus le psychotique veut nier ce qu'il nie et plus il nie ce qu'il veut.

Le changement qu'on espère réaliser ne peut être qu'un changement du type 2, c'est à dire les moyens utilisés pour sa résolution ne doivent d'aucune façon faire partie du problème posé.

Il est plus aisé à présent de concevoir que : l'affirmation, la confirmation, la négation, le rejet, le déni de communication et toutes autres formes de communication sont dans leur totalité des éléments faisant partie de la classe de la communication exprimée.

A vrai dire, aucun de ces éléments en tant que messages ne peut constituer de lui-même une classe, même au prix d'une attitude psychotique.

Enfin, toute communication cherchant à nier ou à transcender cet axiome ne peut être que symptomatique.

les deux niveau de la communication et pathologie (contenu et relation) :

Toute communication possède deux modes de messages concomitants : un premier qui est le contenu du message proprement dit. Il consiste à donner une information (le contenu verbal et manifeste). Le second mode, beaucoup plus latent, concerne l'aspect « relation » de la communication, qu'on définit souvent en terme de métamessage ou de métacommunication (l'aspect non- verbal du message).

Sur le plan pragmatique, la métacommunication revêt une plus grande importance que le contenu lui-même. Par définition, le terme de métacommunication signifie : donner une information sur l'information même. Il concerne la façon dont chacun définit sa relation à l'autre.

Leur aspect pathologique apparaît quand ces deux modes communicatifs sont en contradiction l'un par rapport à l'autre. quand il y a incongruence entre le contenu du message et son aspect métacommunicatif (posture, mimique, réactions émotionnelles, ...), il y a surgissement de paradoxes laissant le récepteur du message dans une position d'indécidabilité. C'est encore une fois le cas du « double lien » dont le schizophrène est « complice - victime » avec son entourage.

L'enchaînement de la communication semble correspondre à ce qui est dit verbalement, alors qu'en réalité c'est l'aspect métacommunication qui le détermine.

Certes, le contenu communicatif varie selon les thèmes abordés, mais la définition de soi et de l'autre demeure toujours la même (tel que : comment je vous vois, comment je vous vois me voir, et comment je vois me voir vous voir, etc.).

Dans les cas où une relation interpersonnelle est spontanée et « *saine* », l'aspect « *relation* » de la communication passe à l'arrière-plan, alors que dans le cas où cette relation devient plutôt malsaine ou pathologique, c'est le contenu de la communication qui perd de son importance.

Le contenu verbal de la communication est pareil à une matière brute qui serait modelée par les contours de métacommunication. De toute manière, les réactions du receveur dépendent essentiellement en fait, des messages métacommunicatifs (messages sur les messages, gestes mimiques...) de l'émetteur et non de ce qui lui est débité verbalement.

Revenons maintenant au propre de ce sous-chapitre qui concerne particulièrement l'aspect pathologique de ces deux niveaux de la communication. La première chose à signaler c'est que à chaque fois qu'il y a « *confusion* » entre le niveau- contenu et le niveau-relation, surgit un trouble relationnel, lequel se manifestera de diverses manières : conflits, désaccords, querelles, voire même apparition de symptômes. Nombreux sont les désaccords apparemment sur le contenu de l'information que s'échangent les individus, alors qu'en réalité ils ont trait à ce qu'on appelle l'aspect relation. De sorte que les informations en question passent en fait à l'arrière plan de la discussion et laissent le champ libre à celui qui aurait « *à dire le dernier mot* ».

Si A dit une information quelconque à B, et que B la rejette tout en déclarant qu'elle est fautive : ceci signifie qu'il a défini leur relation comme symétrique. Ceci permettra à A de répliquer sur le rejet de B, etc.

Tout ce qu'ils pourront se dire par la suite n'aura aucune valeur au niveau du contenu, si ce n'est pour continuer à redéfinir leur relation comme symétrique.

Le contenu d'une communication est finalement de valeur neutre et abstraite et ne peut de lui-même générer une pathologie relationnelle.

Ces pathologies communicatives tels que « *double lien* », confusion entre l'analogique et le digital, escalade symétrique..., si l'une ou plusieurs de ces pathologies interactionnelles se répètent dans une interaction familiale cela finit par créer la personnalité typologique de cette famille.

Toutefois, les rapports complémentaires entre deux personnes signifient que l'une comme l'autre ont défini respectivement leur relation de « *haute* » et de « *basse* » pour former une sorte de GESTALT rigide et pathologique.

La conscience de soit n'est qu'un segment du contexte communicatif.

Le type de réponse que peut donner un récepteur de message sont au nombre de trois :

- la confirmation quand il s'agit d'une concordance entre partenaires.
- Le rejet quand il s'agit d'un désaccord.
- Le déni quand il s'agit d'indifférence.

Si la confirmation et le rejet sont deux attitudes, quoique différentes, mais reconnaissant le sujet du message, le déni le nie dans son être même.

Au niveau du déni de l'autre, nous entrons une fois de plus dans la problématique du dilemme que contient la communication. Cela veut dire que le déni signifie virtuellement « *un rejet à un second niveau logique* » de la définition que l'autre fait de soi : il le rejette en tant que source même de communication. Par rapport à la problématique de la division du sujet, le rejet de la définition selon le premier niveau logique équivaut au rejet du « *sujet de l'énonciation* » même. Autrement dit, si la confirmation correspond à la notion de vérité (*vous avez raison*) et le rejet à la notion de fausseté (*vous avez tort*) , le déni correspondra à la notion d'indifférence (*vous n'existez même pas*).*

Ce qu'on peut, cependant, ajouter au problème du déni, c'est qu'il est un aspect fréquent de la communication familiale des patients psychotiques (schizophrènes), il constitue un trait de typologie de leurs familles. Face à une telle indifférence, les psychotiques auront toutes les chances de répondre par des symptômes de perte d'identité de soi, qui est une réaction communicative à l'égard de déni.

Pour ceux qui désireraient approfondir davantage cette question doivent se référer à l'œuvre de Watzlawick « *une logique de la communication* » PP. 84-85*.

Le problème du déni et ses répercussions sur la santé mentale fut l'objet d'étude de R. Laing lors de ses entrevues avec les familles ayant un patient déclaré schizophrène. Le concept d'imperméabilité, lequel est le modèle caractérisant ce type de famille, fut ainsi mis en évidence.

L'imperméabilité implique d'emblée une absence de perception des définitions que se donnent mutuellement les participants.

La ponctuation de la séquence des faits et pathologie :

Dans une communication, chacun des deux partenaires « *ponctue* » (voit) la nature de la relation selon son propre point de vue, et n'envisage guère celui de l'autre, lequel se

* Watzlawick « *une logique de la communication* » P. 84-85.

comportera de la même façon. Comme on peut l'imaginer, cette situation créera entre eux de sérieux conflits.

Pour énoncer cet axiome, nous préférons citer un exemple * tiré du livre : « *une logique de la communication* » de Paul Watzlawick, page 55 : « en parlant de leurs frustrations, le mari dira que le repli est sa seule défense contre la hargne de sa femme. Celle-ci qualifiera cette explication comme distorsion grossière et délibérée de ce qui se passe « *réellement* » dans leur vie conjugale. Elle le critique en raison de sa passivité. »

Le mari dit : « je me replie parce que tu te montres hargneuse. »

La femme dit : « je suis hargneuse parce que tu te replie. »

Il est évident que chacun des deux partenaires conçoit son comportement comme une simple réaction à celui de l'autre partenaire, ce qui donnera lieu à des conflits naissants indéfiniment par cette même ponctuation discordante. En fait, il n'y a ni cause ni effet, puisque chacun des deux ignore, en réalité, que le processus communicatif est de nature circulaire.

Dans le cadre des relations internationales, la guerre froide, à l'époque, entre les deux puissances mondiales illustre bien cette ponctuation discordante des séquences des faits. Et bon nombre de situations quotidiennes, au cours des relations interindividuelles nous la révèlent. Il est banal de voir comment les gens attribuent une seule vérité aux choses. Seulement, cette vérité, le plus souvent correspond à leur propre façon de voir la réalité.

Tous deux ignorent en réalité que ni l'un ni l'autre n'est la cause ou l'effet de leur communication et que la communication humaine est un processus circulaire où il n'y a ni commencement ni fin.

L'axiome en question nous révèle un fait capital de la structure communicative de l'humain, à savoir l'incapacité « *naturelle* » de communiquer sur sa propre communication (la métacommunication digitale).

Nous avons déjà vu que si les participants d'une communication commencent à ponctuer, chacun à sa manière, les séquences de faits, il s'ensuivra que la nature de leurs relations s'avérera manifestement conflictuelle. Aucune entente ne peut s'établir et aucune écoute ne peut se faire réellement.

* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point 1979.

Ils ne cesseront jamais de s'invectiver , de tenir des propos agressifs et délibérés tant que chacun d'entre eux ne peut se mettre à la place de l'autre et deviner par conséquent son point de vue.

On ne doute pas que dans une pareille situation, ce qui fait défaut aux participants c'est la possibilité de métacommuniquer sur leur relation ou plus exactement la possibilité de digitaliser (verbaliser) l'aspect analogique ou relationnel de leur communication. A vrai dire, l'incapacité de « parler » sur la métacommunication n'est pas une exception à la règle, tout au contraire, elle s'applique et avec beaucoup de réserve, à l'ensemble de la pathologie de la communication. En somme, la solution aux troubles de la communication et éventuellement aux symptômes psychiques consiste à amener les membres d'un système de communication (famille, communauté, administration, entreprise, relations internationales et politiques...) à digitaliser l'aspect relation de leur communication.

Dans la ponctuation discordante de séquences de faits, les individus en question ne regardent ou ne peuvent regarder que ce qui se met en face d'eux. Cela conduit chacun d'eux à imputer à l'autre le rôle de provocateur et par là justifie ses « réactions » légitimes et logiques aux « actions » de son partenaire, lequel l'accusera de la même façon.

On pourrait imaginer (tout à fait arbitrairement, au niveau familial, et ceci ne nous engage en rien) que le membre dépressif prétend et croit qu'il est ainsi parce qu'un (ou plusieurs) membres de sa famille prend des attitudes autoritaires et des initiatives à son égard. Ceux-ci verront les choses inversement et déclareront que leurs conduites ne sont qu'une réaction à l'état du patient et invoqueront toutes les valeurs morales d'assistance, d'aide et de responsabilité que requiert le patient à leurs yeux.

A l'égard de ce problème, P. Watzlawick déclare que : « d'une manière générale, c'est faire une supposition gratuite de croire que l'autre, non seulement possède la même quantité d'information que soi-même, mais encore qu'il doit en tirer les mêmes conclusions. » * P. 93

Ceci nous permet quelque peu de faire référence à la dyade schizophrénique que forme une mère avec son fils schizophrène dans la famille de type schizophrène. On ne peut affirmer, comme le font souvent certains auteurs « linéaristes », que c'est en raison du comportement de superprotection de la mère que le fils devient schizophrène , alors qu'en réalité cette dyade est un sous-système circulaire en coalition contre le « Père ». Si le père est convié à avoir une attitude de retrait et de passivité, cela n'est pas forcément dû à la conduite autoritaire de la mère.

* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point, p. 93, 1979.** P.

L'agencement de leurs comportement a abouti à cette situation là parce qu'ils ont simultanément et réciproquement contribué à son instauration.

Pour mieux situer ce problème de ponctuation et de « prédictions qui se réalisent », P. Watzlawick nous dit : « ce qui est caractéristique de cette séquence (et c'est pourquoi il y a là un problème de ponctuation), c'est que l'intéressé est persuadé qu'il ne fait que réagir à l'attitude d'autrui, mais il ne lui vient pas à l'esprit que peut être bien, il la provoque. » ** P. 96.

Communication digitale et communication analogique et pathologie :

Dans la communication humaine, on peut trouver deux fonctions différentes pour désigner ou représenter les choses : l'aspect digital et l'aspect analogique.

L'aspect digital, dans la communication, concerne tout ce qui est verbal, alors que l'aspect analogique concerne pratiquement tout ce qui se rapporte à la communication non-verbale (posture, geste, mimique, inflexion de la voix, rythme et intonation des mots). Cependant, une confusion entre les deux aspects pourrait entraîner certains troubles comportementaux.

Ces deux formes de communication correspondent en fait à deux processus différents de représentations : représentation imaginaire pour l'aspect analogique et représentation symbolique pour l'aspect digital.

On dit qu'une communication est analogique dans la mesure où elle reste pratiquement analogique, au sens imaginaire, à ce qu'elle représente, comme un dessin par exemple. Par contre, on qualifie une communication de digitale dans le cas où son rapport à ce qu'elle représente demeure tout à fait arbitraire (le langage par exemple), qu'on retrouve aisément dans le mode digital.

L'hystérique est, par exemple, la personne qui tente de traduire le digital (symbolique et arbitraire) par l'analogique (imaginaire et lié) ; alors que le psychotique aura tendance à prendre le message métaphorique pour une réalité, comme le dit bien G. Bateson : au lieu de manger son repas, le psychotique mangera la carte du menu. Mais il est inutile de dire que le « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point, p. 96, 1979.

mode analogique de la communication reste en grande partie dénué de complexité syntaxique qu'on retrouve aisément dans le mode digital. Par ailleurs, le mensonge comme la négation deviennent irréalisables au niveau analogique.

* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point.

La richesse du mode digital au niveau de sa logique syntaxique fournit à la communication un énorme éventail de combinaison de messages. Le mode analogique reste par contre dépourvu d'une telle complexité syntaxique et ne contient en fait que quelques messages rudimentaires et archaïques.

Un message analogique peut avoir diverses interprétations digitales comme il peut induire à des confusions complètes. Un exemple à cela : offrir un cadeau à quelqu'un est un message analogique pouvant se traduire en messages digitaux qui témoignent soit de l'amour, soit de la sympathie, soit de la culpabilité, etc.

Par ailleurs, si nous joignons le présent axiome au précédent, nous dirons que le contenu de la communication est transmis sur le mode digital (discours verbal...) ; alors que l'aspect « *relation* » de cette communication est transmis particulièrement sur le mode analogique. La relation, c'est plus les gestes que les mots.

Ceci pour dire que l'aspect analogique de la communication est beaucoup moins élaboré que son aspect digital, lequel devient par contre davantage coupé du monde des objets qu'il est censé représenter. Le caractère arbitraire et conventionnel du mode digital de la communication humaine, à l'exception des onomatopées, a été parfaitement mis en relief par l'analogie faite par Bateson et Jackson (cité en logique de la communication , P 59) quand ils ont dit : « il n'y a rien de particulièrement *quinquiforme* dans le nombre cinq ; il n'y a rien de particulièrement *tabuliforme* dans le mot table »

La communication analogique, beaucoup plus que la communication digitale, requiert le contexte dans lequel elle se déroule, afin d'être mieux saisie. D'autant plus que sur le plan pragmatique, un message digital ou verbal est systématiquement soutenu par un métamessage analogique afin qu'il parvienne sous une forme complète et compréhensive au destinataire.

Les traits de caractère se révèlent plus dans la façon de communiquer que dans le contenu même de la communication.

Le message analogique transmet au même moment que le message verbal, les définitions de soi que font les participants d'une communication. Il est une sorte de message sur le message verbal même.

Il permet d'une part à l'émetteur de définir la nature de sa relation à l'autre et d'autre part il lui montre « *la manière dont il doit prendre le message verbal* ».

Les réactions émotionnelles comme les symptômes sont à vrai dire des messages digitaux convertis dans le mode analogique et remplissent en fait la même fonction qu'un message verbal.

L'écriture hiéroglyphe constitue l'exemple typique d'une écriture transmise sur le mode analogique ou imaginaire.

Mais les messages véhiculés sur le mode analogique sont souvent l'objet de confusion et d'ambiguïté quant à l'interprétation digitale : les larmes peuvent exprimer un sentiment de tristesse comme un sentiment de colère ; le sourire peut signifier aussi bien la sympathie que l'ironie, etc.

Pour conclure sur cet axiome, nous citons littéralement P. Watzlawick qui déclare : « dans la communication humaine, la difficulté de traduction existe dans les deux sens. Il ne peut y avoir traduction du langage digital en langage analogique sans une perte importante d'information (... sur la formation des symptômes dans l'hystérie). l'opération contraire présente également des difficultés considérables : pour parler sur la relation, il faut pouvoir trouver une traduction adéquate de la communication analogique en communication digitale. »* P. 64

La première des choses à signaler par rapport à ce problème pragmatique de la communication, c'est que des difficultés surgissent dès qu'on essaie de traduire un message analogique sur le mode digital et inversement. Mais encore, ces difficultés peuvent s'aggraver et donner lieu à de véritables conduites psychopathologiques. Le mode analogique, comme nous le savons, ne possède ni richesse conceptuelle, ni la logique syntaxique du mode digital. De là découlent de nombreuses perturbations comportementales.

Pour ce qui est de la traduction inverse, c'est-à-dire du mode digital au mode analogique et des troubles qui s'ensuivent, nous avons le cas clinique de « l'hystérie » où s'opère une perte importante d'information.

L'hystérie essaie de rendre analogiques ses messages digitaux (phénomène de conversion somatique en terme psychanalytiques) mais une partie considérable d'informations est perdue au cours de ce transfert .

Les interprétations multiples et diverses (*digitalisation*) sur les messages analogiques de l'hystérie sont significatives quant au caractère ambigu et équivoque du mode analogique.

« *La balance* » comme symbole de la justice est par exemple un concept digital traduit en image analogique.

Dans le cadre de la psychose, il est connu que le schizophrène exprime les messages digitaux sous forme analogique (les positions : catatonique et fœtale sont deux messages analogiques mais ayant valeur digitale) ou au contraire considère le symbole comme fait réel,

* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point, p. 64, 1979

c'est la raison pour laquelle le psychotique aura tendance à manger le menu et non le repas. La difficulté du psychotique vient donc du fait qu'il met ces deux modes dans un même moule.

Pourtant la construction des gestes et de tout ce qui est de l'ordre analogique chez le psychotique, obéit moins à la syntaxe élémentaire analogique qu'à la syntaxe complexe du mode digital.

Le "symbole de balance" est pour l'hystérie ce que le « *menu du repas* » est pour le psychotique.

Pour qu'une communication soit saine et correcte, il est nécessaire que le message analogique soutienne d'une manière compatible le message digital.

Par ailleurs, le rite est selon cette théorie : « un processus intermédiaire entre communication analogique et communication digitale. » P. 102 *

Assez analogue au comportement animal, le rite semble être une matière analogique mais structurée et ordonnée selon des règles digitales. A la seule différence de la symbolisation arbitraire, le rite semble toujours contenir ce qu'il représente. Il n'y a pas à ce niveau de division ou de coupure dans le rapport signifiant/signifié.

En somme, le rite possède les mêmes propriétés que le phénomène de la « signature » à usage administratif (synthèse entre l'image et le mot). Et l'on peut dire avec beaucoup de réserve que le rite offre assez de ressemblance avec le rêve notamment au niveau résiduel et à celui de l'élaboration. Enfin, toute la symptomatique, en dépit de ses diverses formes, est selon la théorie de la communication humaine une solution de compromis entre les modes analogique et digital. Le rite et le symptôme sont inversés quant à leur rapport avec les deux modes de communication.

Interactions symétriques et complémentaires pathologiques :

L'élaboration de cet axiome est dû aux observations anthropologiques qu'a effectuées G. Bateson en Nouvelle-Guinée sur la tribu des « *Iatmul* »*. Au départ, il a défini les deux types d'interaction, observés sur place, la "symétrie" et la « *complémentarité* ».

* P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point, p. 102, 1979. schismogénèse (p. 65).

Ces deux modèles d'interactions s'appliquent en fait parfaitement au principe de la rétroaction circulaire de la théorie systémique (chap V) **.

En somme, il s'agit de relations fondées soit sur l'égalité (interaction symétrique), soit sur la différence (interaction complémentaire). Dans le cas d'une interaction symétrique, les deux partenaires adoptent réciproquement « *un comportement en miroir* ». Leurs transactions sont donc du type symétrique, lequel est caractérisé par l'égalité des rapports (définition de soi et de l'autre) et la minimisation de la différence. Le processus interactionnel qui s'y opère porte moins en réalité sur le contenu des communications que sur leur aspect « *de relation* ».

{A dit à B, mais ce n'est pas de x (contenu) qu'il s'agit, mais de méta x (comment A voit B ; comment A croit que B le voit...) et réciproquement}.

Dans le cas d'une interaction complémentaire, le comportement de l'un des partenaires complète celui de l'autre.

Dans le modèle complémentaire, il existe deux positions hiérarchiques occupées selon les définitions relationnelles qu'ils se donnent au cours de leurs interaction : la position « *haute* » (one-up) et la position « *basse* » (one-down). Néanmoins, il faut éviter de confondre ces deux concepts avec les notions de méchanceté et de bonté, de force et de faiblesse. L'analyse de telles positions au niveau de la communication ne doit pas également porter sur le contenu verbal mais plutôt sur l'aspect métacommunicatif de leur dialogue, bref sur la façon dont le « *contenu* » est exprimé.

« Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. » P. 68** souligne P. Watzlawick.

Ces deux modèles de communication peuvent être affectés par des troubles pathologiques virtuels : il s'agira d'escalade ou de surenchère pour la symétrie, et de rigidité pour la complémentarité. Cependant, ces deux types interactionnels sont considérés comme pathologiques quand chacun des deux est exclusivement seul présent dans une relation.

Chaque segment de communication (de A à B) contient en lui-même les prémisses du segment de réaction (de B à A). Lequel contient aussi les prémisses de la réaction suivante « de A à B » et ainsi de suite.

Il est évident que dans le cas d'une interaction symétrique, plus l'un des partenaires rejette que lui dit l'autre, et définit ainsi sa relation comme symétrique, plus l'autre fera de même.

* La cérémonie de Naven. Ed. Minuit par G. Bateson, Paris 1971. P. 65.

** P. Watzlawick : « Une logique de la communication » Ed. du Seuil. Coll. Point, 1979

Cette surenchère relationnelle est réellement emballé et menacé. La fonction du mythe intervient le plus souvent au terme de cette escalade pour sauvegarder le système de l'éclatement. Ensuite, l'escalade symétrique sera de nouveau engagée.

Dans le cas d'une interaction complémentaire, l'un des partenaires définit sa position comme haute et celle de l'autre comme basse, lequel confirme en se définissant comme occupant la position basse et redéfinit celle du partenaire comme haute et ainsi de suite.

d-Typologie systémique des dyades (caractérologie systémique) :

(Les six cas de figures des modes interactionnels dyadiques)*

Pour analyser l'aspect métacommunicatif d'un entretien quelconque par exemple, ou plus exactement la manière dont les informations (contenu) sont données réciproquement par les partenaires. Nous présentons l'exemple suivant :

Entretien

A : tu sais x est ...
 B : Oui, je pense aussi que x est ...
 A₁ : Pourtant, je pense aussi que x'
 est ...
 B₁ : Je ne pense pas que x' soit aussi ...
 A₂ : Non, je pense quand même que x'
 est ...
 B₂ : Malgré tout je pense que x' est ...
 A₃ : Par ailleurs, il me semble que z
 est ...
 B₃ : Je ne pense pas que z' soit comme
 tu dis ...

Analyse

(énoncé référentiel)
 (accord + énoncé référentiel)
 (injonction)
 (négation + énoncé référentiel)
 (négation de la négation + énoncé référentiel)
 (négation + énoncé référentiel)
 (injonction)
 (négation + référentiel)

Les deux types d'interactions que nous avons développés précédemment (interaction symétrique et l'interaction complémentaire) demeurent néanmoins, une schématisation incomplète des multiples modes interactionnels possibles.

A vrai dire, de ces deux types interactionnels dérive un certain nombre de types d'interactions, beaucoup plus délicats à décrire que la simple transaction symétrique ou complémentaire présentée jusqu'ici.

* P. Watzlawick. J. H. Weakland ; « sur l'interaction » Palo Alto 1965 –1974, Ed. du seuil. 1981. P. 98.

La combinaison, du moins en théorie, entre les deux positions (haute et basse) que peut contenir une communication, à savoir : haute, basse, symétrique, asymétrique haute, asymétrique basse, etc., nous révèle la véritable complexité d'une typologie interactionnelle de la dyade, ou de plusieurs dyades à l'intérieur d'un même système (un groupe familial par exemple). Il est question ici d'une typologie systémique au sens de l'école de Palo Alto caractérisant le groupe familial.

Si un participant définit sa relation à l'autre participant comme symétrique, alors que le second rejette cette définition et redéfinit sa position comme haute et celle de l'autre comme basse, il est fort probable que le type d'interaction dans ce cas ne peut être qualifié que par l'expression : « *concurrence asymétrique pour la position supérieure et la symétrie* ».

Le modèle symétrique et le modèle complémentaire stables demeurent à cet égard deux modèles interactionnels purs et faciles à identifier.

- *la symétrie stable*

A définit sa position comme symétrique et se voit redéfinir comme tel par B, et vice versa

- SS-

- *la complémentarité stable*

A définit sa position comme supérieure et se voit redéfini comme tel par B, lequel définit ainsi sa propre position comme inférieure et se voit redéfini comme tel par A.

- *la concurrence symétrique pour la position supérieure*

A définit sa position comme supérieure et se voit redéfini comme inférieur par B, lequel se définit ainsi lui-même comme supérieur, etc.

- *la concurrence symétrique pour la position inférieure*

A définit sa position comme inférieure et se voit redéfini comme supérieur par B, lequel se définit ainsi lui-même comme inférieur, etc.

- *La concurrence asymétrique pour la position supérieure et la symétrie*

A définit sa position comme supérieure et se voit redéfini comme symétrique par B, lequel définit ainsi sa propre position comme symétrique et se voit redéfini à son tour comme inférieur par A, etc.

- *La concurrence asymétrique pour la position inférieure et la symétrie*

A définit sa position comme inférieure et se voit redéfini comme symétrique par B, lequel définit ainsi sa propre position comme symétrique et se voit redéfini à son tour comme supérieur par A, etc. *

* P. Watzlawick, J. H. Weakland ; « sur l'interaction » Palo Alto 1965 –1974, Ed. du seuil. 1981. P. 111.

Nous tenons à signaler que les interactions 3, 4, 5 et 6 ne sont pas imputables aux intentions singulières de chaque partenaire. Elles correspondent en réalité à des structures interactionnelles redondantes et stéréotypées indépendantes des individus, et qui peuvent correspondre aux divers profils transactionnels familiaux.

On peut configurer ces six modes interactionnels par un tableau qui nous permet de repérer les différentes positions prises conjointement par les deux partenaires, et qui nous permettra aussi d'identifier le type interactionnel engagé dans une relation interpersonnelle donnée.

Dégagement de la typologie systémique :

C'est sur ces cinq axiomes que doit reposer toute étude sur la communication humaine et ses implications pathologiques.

La symptomatologie individuelle est en quelque sorte une réification monadique de ces troubles de la communication, laquelle a été fragmentée arbitrairement en des séquences comportementales attribuées à tort aux individus, a perdu sa véritable dimension interactionnelle.

Les théoriciens de la communication humaine ont pu mettre en évidence plusieurs types de communications pathologiques, ceci aussi bien au niveau du groupe familial que des autres groupes organisationnels (institutions administratives, religieuses, militaires, relations internationales...) à savoir : les interactions symétriques, complémentaires, paradoxales, bloquées, perturbées, de disqualification, etc.

Pour ce qui est du groupe familial et à travers des entretiens familiaux structurés ou non, il est devenu classique de parler de communication paradoxale ou de « *double lien* » quand il s'agit de familles à transactions schizo-phréniques.

Nous allons à présent passer en revue tous les corollaires pathologiques à ces axiomes de la communication.

Pathologie de la transaction symétrique et complémentaire :

Le groupe Palo Alto a longuement montré, tout au long de ses investigations sur des familles de patients, la présence de grandes difficultés de communication interne.

Leurs études ont abouti à la formulation de quelques modèles de communications pathologiques (que nous avons déjà passées en revue). Parmi ces modèles, l'interaction symétrique et l'interaction complémentaire furent, dans un cadre clinique, l'illustration,

aujourd'hui incontestable, des intuitions de Bateson relatives à ses observations anthropologiques.

Transaction symétrique pathologique :

La communication symétrique ou l'interaction symétrique a été décrite comme une série de transactions en miroir. Dans ce type de manœuvre, les deux partenaires rejettent réciproquement les informations qu'ils se donnent mutuellement. On pourrait observer ce rejet au niveau du contenu de leur dialogue. Dès que B rejette l'information de A, A réagira de la même façon.

L'interaction symétrique peut se poursuivre dans son évolution au point où la dyade devient réellement menacée dans son existence même. Un mythe familial devrait surgir en ce moment précis du conflit pour réduire la tension et ainsi sauvegarder le système relationnel (homéostasie).

Pour citer un fait assez fréquent concernant ce type d'interaction : lors d'un conflit parental aigu, il y a le plus souvent apparition de symptômes psychiques chez un enfant par exemple, lequel jouera justement la fonction homéostatique dans le système ; (enfant symptôme de la communication symétrique de ses parents).

L'une des caractéristiques de la communication pathologique symétrique est la *recherche de l'égalité* et la *minimisation de la différence* entre les différents membres d'une famille. Il est bien clair qu'il s'agit là d'une rivalité complexe sous forme de réseau de frustrations réciproques multiples.

En effet, les partenaires d'une escalade symétrique se sont en quelque sorte « *mis d'accord pour ne pas être d'accord* ».

Il est ainsi évident qu'une relation symétrique est par définition une rivalité entre les participants de ce pattern de communication, chacun cherchera incessamment de prendre le dessus dans la communication et « *d'avoir le dernier mot* ».

Dans le cas le plus général de l'interaction symétrique, que cela concerne les individus ou les nations, chacun des partenaires aurait tendance à être juste un peu « *plus égal* » que l'autre partenaire, comme le déclare si bien Orwell. La situation de surenchère qui est définie ici ne peut naturellement connaître aucune fin, étant donné que chacune des séquences engagées prédétermine la séquence suivante et ainsi de suite.

Transaction complémentaire pathologique:

Dans l'interaction complémentaire, il existe deux positions hiérarchiquement différentes : « *la position haute* » et la « *position basse* ». Il est évident qu'au cours d'une interaction communicative « *normale* », ces deux positions existent également mais elles sont échangées de manière réciproque chez les partenaires.

Ce qui signifie que l'un des partenaires prend parfois la position haute (que l'interaction requiert), parfois la position basse pour établir un certain équilibre.

Toutefois, si la communication complémentaire est pathologique, chacun des deux partenaires est contraint à occuper une seule position de manière perpétuelle et rigide. Cela contraint d'ailleurs l'autre partenaire à occuper la position inverse.

Le cas le plus connu, et actuellement le plus fréquent est celui du couple : où le mari, en coalition avec certains préjugés sociaux se donne le droit de prendre la « position haute » (autoritaire) alors que la femme pour les mêmes raisons confirme ceci et se définit comme occupant la « *position basse* » (soumise). Or en réalité, dans une relation conjugale semblable les idéaux socio-culturels projetés par le couple ne sont nullement le motif de leur relation, laquelle obéit au contraire aux règles particulières d'un équilibre conjugal donné.

e- Structure relationnelle de la famille Algérienne :

Comme nous l'avons largement mentionné dans nos précédentes analyses, que si les traits de caractère individuel sont le reflet de la structure familiale en général, il est encore plus vrai de dire que la dite structure familiale, étant elle-même imbibée d'une culture spécifique, en l'occurrence Algérienne, imprimerait de ce fait ses membres de cette culture. Règles, coutumes, tabous, rôles, rituels, initiations, chants spécifiques ...vont donner un cachet particulier au vécu de la famille Algérienne.

On voit, par conséquent, ainsi les rapports entre membres familiaux, leurs styles de communication, leurs pouvoirs les uns sur les autres, régis aussi par ces règles supra-familiales, à savoir les règles propres à la culture Algérienne.

Toutefois, il est nécessaire de bien situer et cerner ce rapport psychisme-culture. Classiquement, la psychologie traitait du psychisme universel et l'anthropologie chercha à étudier l'homme sous l'angle de sa culture spécifique. Or, cette séparation paraît abusive fût dénoncée par G.Vermès quand il dit : « Tout se passe en effet comme si la psychologie d'aujourd'hui se proposait la saisie d'un objet supplémentaire : le psychisme en ce qu'il est à

la fois universel et marqué des spécificités qui le forment dans des interactions socioculturellement particularisées. »*. Page. 7.

Cette articulation psychisme-culture a été révélée, par ailleurs, par des travaux de recherche en psychopathologie, « Ainsi, il existe tout un secteur professionnel de l'interculturel qui intervient auprès des personnes, des familles, des groupes pris dans des difficultés en rapport avec les changements survenus dans leur situation, et qui intervient auprès des institutions, des groupes, des personnes avec lesquelles ils se trouvent en relation. »*. page 8.

Les caractéristiques individuelles ne sauraient être complètement étanches à l'égard des influences sociofamiliales.

« Sur ce versant, en relation avec la psychologie du moi en particulier et la psychologie clinique. En général, une question émerge. Elle paraît majeure actuellement par l'écho et la sollicitation sociale des recherches qu'elle suscite. C'est celle de « l'identité individuelle ». Le questionnement sur (l'interface psychisme-socioculture trouve dans cette forme à la fois sociale et subjective un point d'encrage. ». * Page 8.

Les travaux de recherche dans ce sens tentent de rendre complémentaire la psychanalyse, la psychologie clinique et l'ethnologie. Et désormais, s'il y a un sens, une compréhension possible des maladies mentales, ceci ne saurait se faire uniquement sur la base du langage de la biochimie mais en impliquant davantage le sens familial et culturel.

« La question des modes et points d'articulation entre les composants du système psychique et les éléments symboliques des formations sociales, dans lequel le système psychique se développe, fonctionne ou dysfonctionne, est là encore envisagé dans le cadre des interactions au sein desquelles la personne se socialise, est socialisée, pense et agit dans un environnement.... ». * page 11.

Dans ce même ordre d'idées, un modèle, en matière de psychologie de l'enfant, fût élaboré, montrant la spécification de la relation mère/enfant et son rôle dans la structuration de son psychisme. La culture dans laquelle baigne la famille Algérienne a ainsi ses traits, lesquels traits seront transmis sur la personnalité de l'enfant, comme le déclare N. Zerdoumi « C'est dans la famille qu'il va se développer physiquement et psychologiquement. La structure la plus profonde de sa personnalité, son « moi », va se constituer par imitation et participation aux comportements des parents ». ** page 19.

· G. Jahoda « Psychologie et anthropologie » Edition Armand Colin, Paris 1989.

** N. Zerdoumi « enfants d'hier » François Maspero, Paris 1982.

Cette influence est de type psychoculturel puisqu'elle concerne sa subjectivité et son intersubjectivité.

« L'ethnie imprègne le nouveau né dès le premier jour. Elle constitue le cadre permanent où l'enfant va se développer. Elle l'incite à reprendre les attitudes qui ont contribué à former ce cadre.

Elle le pousse à imiter, à s'identifier aux autres pour faire comme eux, pour s'intégrer au groupe et en adopter le type ». ** page 20.

La formation du caractère de l'enfant dépend des ces deux facteurs : psychologique et culturel.

De ce fait, la relation précoce Mère/enfant devient fondamentale car elle assurera ces deux processus. « La mère est dépositaire et animatrice des rites destinés à assurer la protection ou la prospérité de la famille; elle seule peut communiquer avec le monde de la magie maléfique, divinatoire et médicale. Ce pouvoir lui assure un prestige et une influence qui lui donne sur le plan éducatif de l'enfant en bas âge une puissance inégalable »*. page 39.

Au moment de la relation symbiotique mère/enfant, le nourrisson jouit d'une position privilégiée car il est nourri aussi souvent qu'il le désire et est porté toute la journée par la mère.

Au fur et à mesure que l'enfant grandisse, les parents l'encourage à la virilité avec tous ses attributs, s'il s'agit d'une fille, ce sont les traits de féminité et une attitude de réserve qui sont appris. Cette distribution de rôles va se manifester par des systèmes relationnels et communicatifs déterminant par là leurs personnalités, voire même leurs symptômes, quoique articulés avec les règles systémiques, cliniques et ceux de la psychologie générale.

Ainsi, dans la famille Algérienne le « jedd » (ancêtre) occupe la place centrale et toute personne qui lui est affiliée fait partie de la grande famille, vis à vis de laquelle il doit être solidaire et est tenu d'en respecter l'homéostasie.

La structure communicative qui s'y instaure est de type autocratique, favorisant la culture de tabou, et semble réfractaire à tout changement (morphogénèse). Le père, ensuite le fils sont les éventuels porteurs de cette homéostasie symbolique, très semblable à celle, en psychanalyse, décrite en terme de famille à processus névrotique.

« Certains psychiatres, frappés par l'amour que les Algériens portent à leur mère et le respect distant qu'il témoignent à leur père, ont prétendu que le complexe d'œdipe était fréquent chez eux » N. Zerdouni. * Page 41.

* N. Zerdouni « enfants d'hier » François Maspero, Paris 1982.

Par ailleurs, concernant les enfants, les cadets ont un statut inférieur à celui des aînés, les filles à celui des garçons ; et les enfants en général à celui des parents, lesquels adoptent la même infériorité vis à vis des grands parents.

« Dans cette famille très hiérarchisée, les membres sont perçus comme des rôles avant de l'être comme des personnes » N. Zerdouni. * page 41.

Toute personne qui ne fait pas partie de cette famille communautaire est considérée comme étrangère (barrani) et sera traitée, par conséquent comme un intrus qu'il faut narguer et mépriser.

Toute cette classification va entraîner des attitudes et des comportements distincts et caractéristiques. La plaisanterie n'est permise qu'avec les cousins et les tantes. Les garçons doivent s'écarter des sœurs qui sont, parfois, victimes de leurs agressivités.

Par contre les grands parents, le père et les oncles sont scrupuleusement respectés. La mère est plutôt l'objet d'affection et de confiance, car il faut dire que l'homme règne mais ne gouverne pas. En effet, plus la mère prend de l'âge plus elle acquiert davantage de pouvoir.

La dépendance précoce à la mère est assez vite dépassée par l'introduction du père symbolique, codifiant le comportement de l'enfant. Ainsi, on a moins à faire à une structure familiale anaclitique de dépendance et « d'angoisse de perte d'objet » qu'à une famille structurée névrotiquement où les désirs des enfants sont canalisés dans des codes rigides frappés de l'interdit.

Ainsi, les statuts et les rôles des membres familiaux configurent les réseaux relationnels et communicatifs de la famille.

En face du père les enfants sont silencieux et gardent la tête basse. Cette soumission demeure pratiquement jusqu'à l'âge de l'adolescence.

Néanmoins, l'enfant garde une certaine tendresse feinte à l'égard de sa mère, laquelle est toujours sous la domination du mari, dont elle n'est pas moins fière. Dans ce contexte psychoculturel, le père et la mère ne s'appellent pas par leurs noms et leur relation reste assez conventionnelle et non personnalisée.

Les grands parents font partie de la famille et adoucissent ainsi la vie des enfants en servant d'intermédiaire entre parents et enfants. Ils ont un rôle de soutien en général.

* N. Zerdouni « enfants d'hier » François Maspero, Paris 1982.

Les enfants quant à eux, manifestent un grand respect au père et doivent obéir à ses ordres, un code qu'ils doivent suivre impérativement. Quand le garçon se sent frustré, car, négligé par le père, il se met dans une grande colère devant la mère et, souvent, transfère son agressivité sur sa sœur en la battant presque impunément. Le mensonge est toléré à l'égard des étrangers de la famille, ce qui lui permet de se préserver ainsi de leurs indiscretions.

Donc, la structure relationnelle familiale se forge par tous ces moyens éducatifs dont le vecteur essentiel est l'imitation des grands, le père est le modèle pour le garçon et la mère pour la fille.

« Ainsi, grâce à la famille, l'esprit de l'enfant se modèle insensiblement sur la mentalité du groupe et lui emprunte ses réactions » * page 174.

La punition est employée, quand l'enfant commet des bêtises, souvent par la mère et au besoin par le père quand l'enfant est plus âgé. La récompense est plutôt rarement utilisée dans l'acquisition des rôles et des styles relationnels.

Avec le développement du pays à différents niveaux, la famille traditionnelle change et entre dans une phase transitoire et critique de mutation. Ceci s'observe, entre autres, dans l'apparition de nouveaux types de relations entre parents et enfants ; marqués par des conflits et des symptômes qui sont les témoins de l'ébranlement de l'homéostasie de la structure de communication traditionnelle. L'autorité traditionnelle du père s'effrite, laissant ainsi les enfants dans une nouvelle situation caractérisée par plus de liberté mais en même temps par de l'angoisse.

« L'approche quantitative et surtout qualitative des décompensations psychiatriques et l'analyse des données épidémiologiques de la dernière décennie, renvoie directement pour son interprétation aux problèmes découlant des nouvelles relations et modèles de communication dans le groupe comme au sein de la famille » déclare Mahfoud Boucebcı. *. page 64..

Et comme l'ont souligné les deux psychiatres Tunisiens AMMAR. S et LEDJRI. H dans leur ouvrage « les conditions familiales de développement des schizophrénies » en disant que la transformation de la famille traditionnelle altère son système communicatif où messages et métamessages sont détériorés de façon spécifique.

· M. Boutefnouchet « la famille Algérienne, évolution et caractéristiques récentes » Edition SNED. 1980.

* M. Boucebcı « Psychiatrie société et développement » Editions SNED. 1978.

Ainsi, tous les traits relationnels propre au groupe familial Algérien traditionnel, décrit précédemment, s'en trouvent perturbés : tel que le statut et le pouvoir des parents et de l'ancêtre, celui du père sur la mère et les enfants, celui de l'aîné à l'égard du cadet, celui du garçon à l'égard de la fille ; changement qui se traduira par une symptomatologie psychopathologique.

La famille traditionnelle entre en crise comme le décrit Omar Lardjane : « Le modèle de la famille traditionnelle, c'est-à-dire patriarcale, étendue et indivise, a conservé une forte et majoritaire présence en Algérie jusqu'aux années soixante. Il s'agit d'une structure au sein de laquelle le père, ou le grand-père, détient une autorité quasi-absolue, où les hommes dominent les femmes, où les frères prévalent sur les sœurs »**. Page 19.

L'exode rural et la scolarisation massive des filles ont bouleversé cette famille étendue, qui valorise du coup la mère et rééquilibre les pouvoirs. Les conflits psychologiques, qui sont l'expression de ce désarroi face à la dérive des normes de référence, concernent le rapport au père, qui se trouve ainsi décalé de son image idéale.

On a vu donc que dans la famille communautaire règne, entre autres une culture de tabou, dans laquelle les enfants ne communiquent pas avec le père ; une attitude de repli assez comparable au comportement autistique.

Or s'agit-il là, en termes cliniques, d'une attitude de repli psychotique ou de repli au sens phobique du terme ?, la question demeure posée tant que la problématique de la forclusion du nom du père reste non élucidée quant à la psychose.

Par ailleurs, cette famille traditionnelle en crise connaît des conflits de générations entre parents et enfant. Ce conflit va concerner le père avec son fils, manifestant par là, un syndrome qualifié par les termes de « double lien » (communication paradoxale) par les thérapeutes familiaux .

Dans cette situation de double lien les choses sont exprimées tout en évoquant le contraire, puisque la position du père dans la famille devient ambiguë , où autorité coexiste avec laxisme.

Le changement de la famille traditionnelle entraîne un état de conflit et de paradoxalité, puisque le changement est inhérent à tout système humain et le refuser, à travers une pseudo-homéostasie, laisse apparaître des symptômes au sens psychopathologique du terme.

* * O. Lardjane et al « Elites et questions identitaires » Casba Edition , Alger, 1997.

Autrement dit, une homéostasie (un équilibre) est dans sa nature même éphémère et s'il est maintenu au delà de sa durée « normal », devient pathogène. La famille, pour être normale, doit vivre les deux processus, caractérisant en fait tout système humain, le changement et la permanence, l'équilibre et la transformation. Si l'un des deux processus s'en voit empêché, c'est le système même qui entre en crise, laquelle crise se manifestera par des symptômes au niveau de ses membres. Une famille normale est celle qui est dotée de cette viabilité, changement et permanence en même temps. Par ailleurs, les qualités de changement et de permanence ont été très bien étudiées par K. Lewin, Lipitt et White sous un angle psychosociologique et expérimental, en comparant trois fonctionnements possibles des groupes humains : à savoir un fonctionnement autocratique (caractéristique des familles traditionnelles), un fonctionnement démocratique et un fonctionnement anarchique.

Le fonctionnement démocratique dans un groupe humain, naturel ou non, correspond à ce que nous avons considéré comme groupe « normal » car le changement est assumé par tous.

Le tableau comparatif suivant nous montre ainsi les caractéristiques positives et négatives de chacun de ces trois fonctionnements :

Critères	Groupe autocratique	Groupe démocratique	Groupe laisser faire
Rendement	Apathie vis à vis de la tâche	Supérieur, travail intense, efficace et original	Assez faible
Relations entre les membres (atmosphère du groupe)	Tension entre les membres (animosité due à la répression, frustration du leader, comportements égoïstes, agressivité contre des boucs émissaires augmente en l'absence du responsable)	Meilleures coopération, cohésion et collaboration	Désordre et rivalités individuelles, découragement exaspération
Influence du meneur sur le groupe	Soumission, ordre, louange et approbation	Autocorrection, suggestion de procédés et sens pratique	Désordre, information

On voit bien donc, à travers cette étude expérimentale, que le groupe humain qui progresse avec quiétude et équilibre, c'est à dire dotée de cette viabilité et normalité, est le groupe démocratique où morphogénèse et homéostasie apparaissent simultanément.

La structure familiale traditionnelle correspond, bien entendue, au fonctionnement autocratique, alors que la structure familiale moderne, dans un sens de changement équilibré, correspond au fonctionnement humain démocratique, qui en principe ne pousse pas ses membres à l'adoption des comportements symptomatiques.

CHAPITRE VI

ETUDE PRATIQUE DES CAS FAMILIAUX

a- METHODE D'APPROCHE :

- Etude pratique des cas familiaux :

Afin de mettre en évidence lien existant entre les traits symptômes individuelles et le type transactionnel familial (entre personnalité individuelle et caractère familial) ; et considérant le fait que notre travail se situe dans le champs de la psychopathologie clinique, il nous a semblé plus pertinent d'éviter les méthodologies de type statistique, observation, expérimental ou comparatif et de privilégier ainsi la méthode de l'entretien clinique de familles .

Le caractère (personnalité) comme la pathologie mentale sont des états, donc, issus des transactions précoces et futures vécus par l'individu dans son groupe familial depuis l'enfance. Les types de transactions, dans le processus normal, évoluent du premier (type narcissique ou schizophrénogène) jusqu'au dernier type (triangulaire ou névroticogène) traversant le type anacliticogène (dépressivogène). Et vers un type de personnalité ou une pathologie mentale quand un type transactionnel devient dominant (quand la relation Enfant/Parent n'est pas suffisamment bonne, c'est à dire une relation en excès ou en défaut : mère schizophrénogène, mère superprotectrice, mère absente, mère dépressivogène, mère phallique, père absent...) et empêche le groupe familial d'accéder au type transactionnel suivant :

- *le type transactionnel schizophrénogène* : caractérisé par l'aspect fusionnel, narcissisme, paradoxalité et l'imaginaire. Il donne lieu aux personnalités schizoïde, schizotypique, paranoïaque et la schizophrénie comme pathologie mentale.
- *Le type transactionnel analiticogène* : caractérisé par l'aspect d'un Moi séparé mais dépendant d'objets ou du monde extérieur. Il donne lieu aux personnalités dépendante, dépressive, hypomaniaque et d'abandon.
- *Le type transactionnel triangulaire* : caractérisé par l'introduction du Père symbolique dans la relation duelle et imaginaire entre l'enfant et la Mère. Ce qui donne lieu aux personnalités compulsive, phobique et hystérique.

b- METHODE D'ETUDE DES CAS FAMILIAUX

- ECHANTILLON ET MOYEN D'INVESTIGATION :

Les critères de choix des cas sont essentiellement *cliniques*, c'est à dire on a favorisé les cas présentant une pathologie mentale la moins étudiée en général, en l'occurrence la pathologie des états limites, plutôt que la névrose et la psychose.

L'étude approfondie et holistique des cas familiaux nous paraît donc plus appropriée à la nature clinique et compréhensive de notre recherche .

Notre recherche opère donc dans le champ de la psychopathologie familiale clinique dont le but est moins le dégagement des lois générales systémiques explicatives des groupes familiaux que la compréhension globale et approfondie du vécu familial propre à une famille donnée. Le souci de notre méthodologie consiste en la mise en évidence de ce que la famille a d'original et de typique selon ses lois et règles propres, ou tout au moins ce qu'elle a comme traits caractéristiques qu'on peut référer à une typologie familiale psychanalytique.

Il s'agit donc pour nous, au travers des transactions des entretiens cliniques familiaux, d'effectuer une analyse approfondie, holistique, globale des cas familiaux. Une analyse plus compréhensive qu'explicative, tenant compte de la genèse du caractère familial, sa structuration et son fonctionnement selon, encore une fois , ses lois , ses règles et normes propres des cas familiaux étudiés.

En vertu de cette méthodologie familiale et clinique, le but de notre recherche s'avèrerait alors en la possibilité de saisir le sens du vécu familial, lequel sera vu comme une totalité en train de se construire, en débat avec lui même et avec l'environnement. Et d'éclairer ainsi ce qu'il a de typique et d'original, et en fin comprendre le sens de ses transactions en rapport avec le sens des conduites du patient désigné. Autrement dit, il s'agit d'étudier l'histoire du groupe familial, ses aspirations, ses conflits caractéristiques et éventuellement de les insérer par la suite dans le cadre d'une typologie familiale psychanalytique, mais toujours dans un souci de rendre compte de la caractérologie et de la nosologie individuelle.

Cette analyse des cas familiaux sera faite, bien entendu, sur la base du sens (intuition) clinique et aussi sur la base des concepts caractérologiques élaborés par, notamment, la thérapie familiale psychanalytique, dont la classification est comme suit :

la famille de type narcissique (transactions schizophréniques), la famille de type anaclitique-dépressive dont les transactions sont caractérisées par la perte d'objet ou la famille de type névrotique-symbolique dont les transactions sont régies par l'accès à l'ordre symbolique où il y a moins de fusion et de proximité entre membres familiaux .

A travers les cas familiaux étudiés, nous exposerons la transcription de tous les entretiens, lesquels seront divisés en plusieurs séquences ; et entre chaque séquence et la séquence communicative suivante nous réalisons une analyse brève à l'égard de cette interaction précise, et dont la finalité est, bien entendu, toujours la mise en valeur des traits typiques de cette famille. Ainsi, on aura une multitude d'analyse des interactions en séquences, ayant évidemment « *un fil conducteur* » de chaque cas familial étudié.

A la fin de la présentation de chaque cas familial, nous procéderons à une analyse globale qui essaiera de mettre en évidence le lien dynamique entre la symptomatologie individuelle et les transactions familiales, ce qui nous permettra de dégager finalement ce que nous appelons *diagnostique, ou type ou voir même caractère familial*.

L'entretien familial clinique utilisé dans notre recherche est structuré par un axe et des questions en rapport avec la caractérologie familiale psychanalytique de A. Eiguer, qui a pu répertorier trois types de familles : familles narcissique, dépressive et normale.

Donc, l'entretien familial consiste à poser telle ou telle question aux membres familiaux pour que le groupe familial laisse apparaître ses traits au moment du déroulement des communications.

« L'approche psychanalytique a été le premier à repérer la psychopathologie à partir des configurations familiales structurées par une organisation mythologique ...Le modèle psychanalytique conduit le plus souvent à faire les distinctions suivantes : famille caractérielles/symptomatiques, névrotiques, psychotiques, pervers, objectales dépressives, narcissiques (cyclothymiques, paranoïaques, schizophréniques) ». page 582*.

Il est certain qu'une méthodologie de recherche, en l'occurrence en psychologie clinique familiale, doit être faites sur la base de principes scientifiques bien établis. Et en ce qui concerne notre recherche, ces principes consistent en le rapprochement entre les trois champs disciplinaires suivants : la psychologie génétique (psychanalyse génétique), la caractérologie et la psychopathologie. Un entretien doit cerner ces trois champs aussi bien dans son déroulement que dans son analyse.

S'il est admis que la personnalité est le produit d'un facteur héréditaire inné, plus un facteur externe acquis, il est, néanmoins, nécessaire de préciser par là ce que l'on entend par facteur externe. Il s'agit d'abord de facteurs sociaux très restreints constitués par le fonctionnement du groupe familial, voire même par les différentes relations objectales, tant et si bien décrites par les psychanalystes généticiens depuis M. Klein, D. Winnicott, M. Mahler, J. Bergeret, R. Knight, Kerenberg, H. Hartmann et R. Spitz.

Ces relations objectales Enfant/Mère-Père constituent donc ce facteur psychologique familial et externe, dont la formulation a été faite de la façon suivante, par ces théoriciens en montrant le lien entre l'évolution du Moi, la structuration des caractères et l'émergence de la pathologie mentale :

Relation objectale (facteurs externes restreints)	structuration du caractère	émergence de la pathologie
Mère schizophrénogène/enfant (duelle préobjectale)	personnalité schizoïde	schizophrénie.
Parents du paranoïaque/enfant (duelle préobjectale) (cas Schreiber)	personnalité paranoïaque	Paranoïa
- Mère dépressivogène et anaclitique. (duelle objectale et préœdipienne)	personnalité dépendante	dépression.
Parents œdipiens névroticogènes / enfant (triangulaire objectale et œdipienne) accès à l'ordre symbolique.	personnalité névrotique	névroses.

La méthode d'approche que nous avons utilisée est l'entretien clinique familial mais qui est restée très peu directif. Par conséquent, le balisage de celui-ci s'est effectué avec un minimum de questions posées aux familles. Nous avons donc favorisé le déroulement spontané et presque libre des discussions entre membres familiaux afin de permettre à chaque cas familial de révéler ses règles et lois propres le caractérisant.

Néanmoins, il y avait bien un axe conducteur de l'entretien familial, aussi discret soit-il, et qui consistait pour nous à poser certaines questions. Ces questions ont pour fonction l'engagement et la relance du dit entretien, mais surtout de pouvoir mettre en évidence le rapport entre, d'une part, le caractère individuel et la typologie familiale, et d'autre part entre la symptomatologie individuelle et celle du groupe familial.

La méthode clinique ne vise donc pas la révélation des lois générales de type statistique ou expérimental, tout au plus elle cherche à mettre en valeur une typologie, en l'occurrence ici familiale. Donc, son principe consiste en la saisie des phénomènes singuliers ayant leurs propres logiques, leurs propres fonctionnements et leurs propres caractéristiques. Ces critères correspondent, justement, aux cas familiaux qui sont de nature singulière et au maximum typologique. Les groupes familiaux nécessitent, précisément, une approche que nous avons qualifié de méthode clinique familiale.

Ainsi, des symptômes schizophréniques ou dépressifs correspondent à des modes de fonctionnements familiaux, respectivement schizophrénogènes ou dépressivogènes.

Ainsi, A. Eiguer a distingué dans la relation objectale fantasmatique et interactions trois caractères familiaux, que nous comptons appliquer à notre étude de cas :

- la famille normale structurée par la castration [structure familiale névroticogène].
- La famille dépressive structurée par l'absence de l'objet [structure familiale anacliticogène, ou famille à systèmes ouverts].
- La famille narcissique structurée par le vide et l'illusion [structure familiale psychoticogène, ou famille à systèmes fermés].

L'entretien clinique familial utilisé dans notre recherche demeure assez proche de l'entretien clinique d'inspiration psychanalytique (liberté de parole, bienveillance, émergence du transfert et son analyse ...). Il a été appliqué donc avec ce même souci psychanalytique ; sauf qu'ici il ne s'agit pas d'individu mais de groupe. Ce sujet-familial peut, donc, être de structure psychoticogène, anacliticogène ou névroticogène. Ce repérage caractérologique familial, comme l'établissement d'un diagnostic groupal, qui est le but de notre étude, se fera bien entendu sur la base des échanges communicatifs entre membres familiaux ; et pour ainsi tout dire se fera sur la base du discours familial au sens Lacanien mais groupal du terme.

Il s'agit donc ici d'une approche fondamentalement « clinique-caractérologique », que ce soit au niveau du déroulement de l'entretien familial, avec comme repère un axe et une grille d'entretien (des questions) en rapport avec les trois grandes structures caractérologiques (psychoticogène, anacliticogène, névroticogène) ; ou au niveau de son analyse qui doit se faire aussi en fonction des trois grands étalons caractérologiques familiaux. C'est à dire rapprocher le discours de chaque cas familial étudié de la problématique psychoticogène, anacliticogène ou névroticogène.

Donc, une fois que les données de la communication familiale sont obtenues, le même axe typologique va servir à leur analyse, c'est à dire, sur la base de la caractérologie de A. Eiguer.

Autrement dit, les données de l'entretien familial seront donc rapprochées de cette typologie familiale. Si les interrelations entre membres sont de type fusionnel, avec peu d'échange vers le monde extérieur, en plus d'un comportement surprotecteur de la mère et effacement du père, le caractère de cette famille peut être qualifié de « famille narcissique ».

Si par contre, les interrelations entre membres ne sont pas fusionnelles mais de dépendance, avec ouverture sur le monde extérieur, il s'agira probablement ici d'une famille

anaclitique. Mais si les rapports entre membres sont très codifiés, symbolisés, ou l'ordre prime sur tout, le caractère familial sera de type névrotique .

Le rapprochement clinique doit être aussi fait entre traits-symptômes du patient avec les traits-symptômes familiaux comme nous l'avons signalé bien auparavant.

1-ENTRETIENS FAMILIAUX ET ESQUISSE D'UNE TYPOLOGIE FAMILIALE :

a-Entretien familial du premier cas :

Présentation de la famille :

La patiente est une jeune femme âgée de vingt trois ans et divorcée. Elle a deux enfants, une fille et un garçon. Depuis son divorce elle vit avec ses parents et cela depuis une année. Période qui correspond aussi à l'apparition de ses symptômes dépressifs et ses consultations chez le psychiatre.

Le divorce a succédé à de sérieux conflits entre sa famille et sa belle-famille. Elle craint que ses beaux-parents lui reprennent sa fille, car après le divorce les deux familles se sont mises d'accord sur le partage des deux enfants. Bien que cette crainte soit exprimée par la patiente, elle est au fait celle des parents.

La patiente semble avoir toujours vécue ce dilemme « rester avec son mari et respecter les règles tacites de sa famille ».

Elle est décrite comme très angoissée avec trouble du sommeil et hallucinations auditives et visuelles. Elle a aussi des idées noires et pense même au suicide. Néanmoins, elle ne délire pas et ses propos restent cohérents.

L'entretien que nous avons fait avec la patiente a confirmé l'ensemble de cette description clinique, bien que notre but soit plutôt l'étude de l'ensemble du groupe familial.

Nous avons, donc, invité cette famille pour des entretiens cliniques familiaux dans le but de faire discuter les membres entre eux ; ce qui dévoilerait la typologie du groupe.

Dés nos premiers contacts, il nous a semblé que cette famille possède des règles assez rigides, dont la fonction principale est de fixer chacun des membres dans un rôle, soutenu par ceux des autres.

C'est une famille traditionnelle où l'homme a plus de pouvoir que la femme. Cette famille est donc composée d'un père plutôt autoritaire, la mère, la patiente et sa fille à elle.

Le père incarne le pouvoir familial. La patiente est victime d'un sérieux conflit entre sa famille et celle de son mari car ceci a fini par aboutir à un divorce. La famille de la

patiente semble très encouragée dans cette affaire et la crainte du groupe fût portée par la patiente.

Or, celle-ci vit donc cette situation d'une façon ambivalente puisqu'elle désire à la fois rester avec son mari mais en même temps vivre chez sa propre famille.

Cette famille possède des règles assez rigides où chaque membre a un rôle bien défini et complémentaire aux autres membres.

Transcription de l'entretien et analyse du contenu :

1- *Observation : Quelles sont vos difficultés familiales ?*

2- *Père* : depuis le divorce elle (sa fille) s'est installée chez nous, on lui a enlevé son fils mais ils (les beaux-parents) lui ont laissé la fille les femmes qu'elle connaît lui disent que plus tard, même sa fille doit partir chez les beaux-parents.

a- Le père rentre directement dans le vif du sujet mais en laissant croire que la cause du problème est extérieure à la famille.

3- *Mère* : elle est tombée malade chez ses beaux-parents, ils sont la cause de sa maladie, elle ne les supportait pas.

a- Ils sauvegardent toujours la bonne image familiale, la mère situe néanmoins la cause chez les beaux-parents.

4- *Patiente* : c'est à cause de ma fille ; je suis inquiète ; angoissée.

a- Ne fait que répondre passivement les propos des parents (consensus familial).

5- *Père* : elle devient plus angoissée quand ses frères se disputent, surtout si c'est avec sa petite fille, elle pense qu'on ne l'aime pas.

a- Le père décrit une transaction probablement habituelle entre eux. A chaque conflit la patiente réagit avec des symptômes.

6- Tension et silence

a- Elle représente le mécanisme homéostatique familial.

7- *Observateur* : qu'est ce que vous ressentez en ce moment ?

a- La patiente menace le mythe familial quand elle dit que son état s'aggrave depuis qu'elle est revenue chez ses parents.

8- *Patiente* : je suis nerveuse, angoissée, ma gorge serre, quelque fois je pleure...., mon cas s'aggrave de plus en plus et ceci depuis que je suis retournée vivre chez mes parents..., avant j'étais avec mon mari maintenant je suis avec mes parents...

9- *Père* : c'est à dire que ses beaux-parents, à l'occasion de chaque fête lui donnent son fils pour quelques jours, ici chez nous, en reprenant de la même façon sa fille chez eux.

a- Le père disqualifie les propos de la patiente et reprend la situation en main pour d'une part préserver l'homéostasie familiale et d'autre part se redéfinir comme occupant une position haute, en affirmant que le problème est extrafamilial.

10- (En ce moment la patiente tente d'intervenir pour dire quelque chose, le père semble ignorer ceci mais finit par lui demander de parler, avec un regard et des gestes plutôt de non sollicitations).

a- Le but de cette communication paradoxale est de respecter les règles familiales qui sont évoquées sans l'être vraiment.

11- *Père* : à vrai dire, c'est moi personnellement qui ai insisté pour qu'elle obtienne son divorce.

12- *Mère* : le problème c'est que à l'occasion de chaque fête elle peut voir son fils mais malheureusement elle est obligée de leur donner la fille, ce qui va l'inquiéter beaucoup, parce que on ne peut faire confiance à de telles personnes.

a- La mère fait ici une ponctuation discordante des faits. C'est ç dire qu'elle décrit une seule partie de réalité des événements quand elle prétend que leur problème n'est qu'une réaction ou un effet à ce que leur fond subir les beaux-parents, et n'imagine pas leur que comportement à eux peut être à l'origine de celui de la belle-famille.

(un long silence)

13- *Observateur* : (*s'adressant à la patiente*), *pourquoi avez vous voulu divorcer ?*

14- *Patiente* : c'est à cause de ma belle mère et mon mari, car chaque fois que nous nous disputons, son père me ramène chez moi.

Préservation du mythe familial.

a- Le « moi » de la patiente ici ne veut pas dire chez elle mais chez ses parents car elle considère que son vrai lieu c'est celui de sa famille d'origine.

15- *Père* : c'est à cause de la fille, elle (la patiente) prend régulièrement des médicaments mais je sais bien qu'elle ne guérira jamais tant qu'elle pensera à sa fille.

16- *Patiente* : j'ai peur que le juge m'obligerait à leur donner aussi ma fille, ce sont les gens qui me disent cela, pour les garçons je m'en fout, je ne pense plus à lui.

17- *Père* : (énergiquement), ce n'est pas vrai, je ne pense pas que ça soit vrai.

18- *Patiente* : oui, tu as raison, mais j'ai entendu dire par des femmes dans une salle d'attente un jour qu'ils peuvent m'enlever la fille. (la patiente pleure).

a- La patiente est l'objet d'un « déni » car elle ne peut apporter sa propre opinion sur les choses.

Une sorte de bénéfices secondaire dans ses symptômes, qui lui vaut une affection parentale.

19- *Observateur* : *Est-ce que c'est le juge qui a décidé de partager les enfants entre vous et les beaux-parents ? (question adressée à la patiente).*

20- *Père* : non, c'est moi qui ai demandé le divorce, j'ai d'abord gardé les deux enfants chez moi, ensuite j'ai donné le garçon au père et on a gardé la fille. Maintenant, elle a peur qu'ils prennent aussi la fille, c'est nous qui avons décidé et non pas le tribunal...

Ma fille a peur, elle doit se dire s'ils m'enlèvent ma fille, je me suiciderai.

21- *Mère* : non, mais elle ne peut pas supporter une séparation avec sa fille, je pense qu'elle risque de se faire du mal.

22- *Père* : je ne crois pas qu'elle puisse faire du mal, si on lui laissera sa fille.

23- *Patiente* : ce sont les nerfs qui me font mal.

a- Les symptômes ont pour but la réduction des tensions familiales, et plus l'escalade est importante plus les symptômes le sont.

(La tension s'est installée dans l'entretien nous avons préféré arrêter cette fois-ci).

Le second entretien :

24- *Observateur* : (à la patiente) , l'autre jour vous vous plaignez de vos nerfs, ce qui a créé une atmosphère tendue chez vous tous, expliquez-nous pourquoi ?

25- *Père* : elle est bien, mais quand elle met dans sa tête le problème de sa fille et commence à écouter les idioties des autres, elle tombe malade, pourtant avant, ce n'était pas aussi grave que maintenant.

a- Chacun d'eux connaît bien son rôle et les règles familiales qui le préserve.

Le système n'éclate pas, en dépit des escalades entre le père et la mère , car le rôle de la patiente intervient çà ce niveau pour préserver le statu quo.

26- *Patiente* : il a raison.

27- *Père* : tant qu'elle persiste à penser à ses problèmes elle ne guérira jamais.

28- *Patiente* : tout ce qu'il dit est vrai.

a- La patiente a développé ses symptômes non seulement parce qu'elle occupe la position basse dans le type de communication de sa famille, mais en plus parce que ses symptômes servent à protéger quelque chose de plus important pour l'ensemble de sa famille.

29- *Père* : elle prend énormément de médicaments, mais ceci ne mène à rien. Je pense que ma fille n'est pas malade mais avec cette maladie elle ne va pas bien.

(un long silence...)

30- *Observateur* : (à la patiente) , qu'en pensez-vous ?

31- *Patiente* : je suis malade, je n'en peux plus, je suis angoissée, et ma gorge me serre, les médicaments ne servent à rien.

a- Elle accepte le rôle de patiente, que lui désigne le père non point selon ce qu'il a dit au niveau du contenu mais par rapport à l'effet pragmatique que peut provoquer une formulation paradoxale sur le récepteur.

32- *Père* : je veux qu'elle soit hospitalisée, elle n'est pas malade, mais je veux bien qu'elle reste à l'hôpital.

33- *Patiente* : chaque fois que je rentre chez moi, je pense à la mort, j'ai peur de mourir et laisser ma fille seule.

a- Dans les propos de la patiente, on remarque bien le lieu qu'elle évoque pour lui associer ses symptômes dépressifs. Mais les parents voient en elle le seul lieu du trouble, raison pour laquelle ils cherchent à l'hospitaliser et ainsi sauver leur mythe.

34- *père* : elle guérira si elle ne s'inquiétera plus, et ne pensera plus à sa fille, sinon , elle a peur qu'on lui enlève sa fille, ou mourir et de la laisser toute seule.

(le père se lève et sort du bureau sans dire un mot de plus)

(un long silence ...)

35- *Nous à la patiente*: Vous pensez que ce que dit votre père est vrai ?

a- La distribution des rôles est toujours respectée.

36- *Patiente* : oui.

37- *Observateur* : (à la patiente): nous pensons que malheureusement vos beaux-parents peuvent vous enlever votre fille, ils en ont le "droit".

a- D'habitude la patiente se plaint et son entourage la console sans succès. Avec cette prescription paradoxale le jeu est changé car on lui demande d'être encore déprimé.

38- *Patiente* : (calmement , elle répond) :je sais, je crains qu'ils lui cause des ennuis comme elle me l'ont fait déjà à moi.

a- Si elle continue à l'être, cela signifie qu'elle le fait volontairement puisque c'était la recommandation du thérapeute et serait donc capable d'agir sur son symptôme si elle dit qu'elle ne peut suivre cette cessera donc d'être déprimée, but que nous suivons déjà.

39- *Mère* : elle a peur qu'ils lui fasse du mal

40- *Patiente* : c'est ça ; je pense à ça justement

41- *Nous à la patiente* : Quoique vous pensez, ils peuvent vos la prendre.

42- *Patiente* : pourquoi ? Non ils ne pourront pas, ils ne pourront pas, je suis malade à cause de ma fille, c'est pour cela que j'ai besoin de rester à l'hôpital

a- La défense des règles familiales et toujours en vigueur.

43- *Observateur* : bien, parce que vous êtes très malade, et vous ne pouvez occuper de votre fille et c'est pour ça qu'on vous l'enlèvera.

a- Les bénéfiques secondaires de la maladie perdent leur fonction.

44- *Patient* : il y a ma mère et ma grand-mère qui peuvent s'en charger.

Maintenant je pense à moi, j'ai envie d'être hospitalisée pour guérir

a- Le mythe familial : est toujours sauvegardé.

(La patiente cesse de pleurer et pleurer et parle avec une mine moins déprimée).

Avec le recadrage du problème les symptômes de la patiente ont commencé à se dissiper.

Dégagement de la typologie du premier cas familial :

La première remarque que nous pouvons tirer de ce premier entretien est l'effort que déplore la famille pour définir la cause des troubles à l'extérieur de la famille.

Au niveau relationnel, on voit comment le père se définit comme égale à la mère et réciproquement ; alors que chacun des deux se définit occupant la position haute à l'égard de la patiente ; que celle-ci confirme et se redéfinit comme telle.

Les escalades symétriques entre le père et la mère requièrent la fonction dépressive que joue la patiente afin que le système n'éclaterait pas.

Si parfois la patiente est amenée à violer une des règles familiales, le père lui émettrait des messages paradoxaux pour la « *paniquer* » et la remettre dans la « bonne » voie.

Enfin, nous avons aussi observé une transaction assez redondante, où les parents en introduisant le sujet du problème, la patiente devient anxieuse et parle de sa fille, puis eux en cherchant à la consoler ne font en fait qu'augmenter sa tristesse et ainsi de suite.

Pour la patiente, il y a au moins deux parties de la réalité qui se contredisent. La première version lui vient de la mère qui lui dit que les beaux parents sont des gens peu dignes et sont capables de tout, dont il y a de quoi s'inquiéter ; alors que le père le conjure de ne pas s'inquiéter ni même de penser à ça afin de sortir du problème.

Les deux entretiens que nous avons réalisés avec la famille M.T. dont la durée totale est de une heure et trente minutes nous ont révélé les règles et mécanismes qui la régissent. La fonction de la patiente s'est également révélée indispensable au maintien du système relationnel. Notamment vis-à-vis de l'interaction symétrique entre le père et la mère.

Du point de vue de la métacommunication, c'est-à-dire de la définition de soi et des autres, la structure s'est avérée celle de la complémentarité rigide où chacun des membres a occupé soit la position basse soit la position haute. On peut, par conséquent, définir les relations où les interactions qui ont eu lieu entre le père et la patiente de relations de type complémentaire rigide. Il fût de même dans les relations qui se sont produites entre la mère et la patiente. En d'autres termes à chaque injonction du père, où il se définit comme occupant la position haute et définit celle du père, où il se définit comme occupant la position haute et définit celle de la patiente comme étant basse, celle-ci accepte et se redéfinit comme telle.

Il en est de même dans la relation mère-patiente, où la première occupe la position haute et la seconde la position basse. Cette organisation des relations intrafamiliales, étant donné leur complémentarité, jouissent d'une certaine stabilité si on néglige la relation père-mère qui appelle plutôt à la surenchère et à l'autodestruction. C'est à ce niveau qu'intervient la fonction de la patiente pour réduire l'escalade et permettre au système de continuer à exister.

Le cas que nous sommes entrain d'étudier présente beaucoup de similitudes avec le cas H.S, car il s'agit pratiquement du même modèle de comportement interactionnel.

A travers le second type d'analyse, qualifié de psychanalytique, nous avons tiré quelques déductions concernant l'autre aspect du fonctionnement familial. Il s'agit essentiellement des mécanismes imaginaires que cette famille emploie pour se défendre contre les agressions externes ou internes qui viennent perturber son homéostasie. Il est question notamment du mythe familial, qui au delà de son aspect fantastique, il sert notamment dans la distribution des rôles et le respect des règles familiales, en dépit des crises qui peuvent survenir au sein de la famille.

Comme nous l'avons déjà signalé dans nos remarques préliminaires, chacun des membres cherche désespérément de définir le problème comme extérieur à la famille.

(Tels : c'est les beaux-parents qui en sont la cause, c'est les dires des gens côtoyées)

Ces exemples nous montrent en réalité comment cette famille cherche à tout prix à respecter les règles qu'elle établit quitte à déformer la réalité des choses. Quoiqu'il s'agisse ici d'un cas classique de la défense familiale, il n'empêche que le trouble de la patiente fait partie de ce mythe.

La fonction de la patiente tient en fait d'une part de la structure métacommunicative familiale (définition de soi et des autres) et d'autre part des rôles qu'elle joue dans le cadre du mythe familial pour l'équilibre de la famille.

Les symptômes sont en réalité des messages analogiques au guise de « cris de secours » pour signaler un trouble familial profond impliquant en grande partie les autres membres.

Si nous résumons notre commentaires en quelques mots nous dirions que ce qui maintient les symptômes dont souffre la patiente sont : l'organisation des positions relationnelle (La patiente occupe la position basse) ; la fonction homéostatique quelle joue pour sauvegarder l'intégrité familial et en fin sa révolte insoupçonnée, puisque symptomatique, contre un système familial aliéné et aliénant.

Les symptômes sont a vrai dire le reflet d'un trouble collectif et en même temps un message analogique sur ce trouble même. Or ce dit message requiert en fait une interprétation pour qu'il soit digital.

Il cesserait, pourrait-on dire, d'être une manière troublée de parler du trouble. Sinon nous serions informé doublement sur une même chose. Ceci nous rappelle les paradoxes que peut produire une simple confusion des types logiques.

Par ailleurs, il est évident que la relation père-patiente est toujours restée au stade infantile. Ce qui s'est traduit par une grande difficulté aussi bien chez le père que chez la patiente pour le maintien de cette relation primaire, malgré son mariage à elle.

Le mariage devenant de plus en plus précaire à fini par éclater afin que la relation soit récupérée. On remarque aussi que le même lien existant entre le père et la patiente existe en fait aussi entre la patiente et sa propre fille.

On peut qualifier ces liens « d'anaclitiques », si on utilise un terme psychanalytique, justifiant par là la peur qu'éprouve le père à la séparation de sa fille, et celle-ci à la séparation d'avec sa propre fille. On peut dire finalement que la patiente réalise les idées inconscientes de ses parents.

Sur la base de cette analyse, on peut dire que cette famille est caractérisée par des transactions dépressives (perte d'objet), donc sa typologie est « *une famille anaclitique* ».

b-Entretien familial du deuxième cas :

Présentation de la famille :

Le patient fut hospitalisé vu son état dépressif et sa tentative de suicide, laquelle tentative lui a coûté physiquement des brûlures. Comme traitement pour son état, il a reçu des antidépresseurs. D'après le psychiatre, il s'agit d'une dépression endogène et il n'y a aucun facteur externe qui explique sa pathologie.

Nous avons consulté son dossier psychiatrique. Il faut noter que tous les patients ont un dossier, qu'ils soient hospitalisés ou en traitement ambulatoire. Sur ces dossiers est mentionné, brièvement, l'anamnèse du patient, les circonstances de sa maladie (facteurs

déclenchants), les symptômes et les plaintes, ainsi que le type de psychotrope qui lui est administré. En plus d'un bilan psychologique.

Après un bref entretien avec le patient, qui soulignons le ne délire pas et n'a pas d'hallucinations, nous avons pu observer son attitude mélancolique. Des propos rares, une posture nonchalante et aucun intérêt à ce qui se passe autour de lui.

Nous avons conclu également, pour notre part, à un état dépressif, mais état en rapport avec la structure caractérologique familiale, car notre but est moins l'observation du malade que l'observation de son groupe familial.

Cette famille est composée de la mère, du frère, du patient et sa femme. La mère est une femme autoritaire et semble mener le ménage. Le patient travail comme concierge et adopte un comportement plutôt effacé. La femme ne rivalise pas avec la mère, pourtant celle-ci forme une sorte de dyade avec le patient.

Par contre, le frère paraît souvent en conflit avec la mère. Le patient donc est un homme âgé de 45 ans, marié et a sept enfants, il vit avec sa mère et son frère.

Il paraît déprimé et a fait une tentative de suicide. Il est donc décrit comme sujet calme, mélancolique, mais souffrant de cauchemars, d'angoisse, avec un sentiment de persécution. Pourtant il a un bon contact avec la réalité. Sa mère semble avoir une grande autorité sur les membres de cette famille et en particulier à l'égard du patient.

Cette famille se caractérise par une grande solidarité entre ses membres et une assez claire distribution des rôles.

Transcription de l'entretien et analyse du contenu :

1- *Observation* : Nous vous avons expliqué l'objet de notre travail ,à présent nous voudrions qu'on discute sur vos difficultés et celles du patient.

2- *Mère* : il est très angoissé depuis toujours d'ailleurs, si on parle avec lui, il ne supporte pas.
a- Malgré nos explications, mère désigne déjà le bouc émissaire familial et le traite comme un enfant.

3- *Frère* : il travaille, mais il est nerveux, or cette fois il à été brûlé parce que il est concierge, c'est à dire c'est lui qui allume les fourneaux au lycée.

a- Après l'incident, il est resté huit jours à la maison .Le jour ou il est sortie ,un ami à lui, avait dit qu'on va le renvoyer de son travail à cause de sa tentative de suicide.

Le frère représente un véritable « substitut paternel pour la famille .

On remarque déjà que non seulement la relation Mère-patient n'a jamais évolué vers une autonomie réciproque mais que ce même problème existe au niveau de la relation « frère-patient ».

4- *Patient* :

(silencieux)

a- La coalition Mère –patient contre le frère crée une situation de « *triangle Pervers* » en dépit des symptômes du patient .

(ceci est qualifié de pervers car il permet la coalition des deux membres de générations différentes (Mère-patient) contre un membre de la même génération que l'un des deux ;(le frère)).

5- *Observation* : avez-vous d'autres problèmes ?

6- *Mère* : aucun...(en regardant anxieusement les autres membres).

a- Le regard anxieux qui accompagne sa réponse verbale est un message analogique adressé, aux autres membres.

7- *La femme* : aucun, on a notre maison à nous.

8- *Mère* : c'est cette personne qui lui a dit qu'ils vont le licencier de son travail ..., si je sais qui c'est ..., je ne la connais pas.

a- Le problème est décrit comme quelque chose extérieur à la famille afin de sauvegarder l'image de marque familiale (avec le consentement des autres membres).

9- *Patient* : (reste silencieux et paraît s'ennuyer) ;

10- *Frère* : ne t'en fais pas, ne penses pas trop, avec le certificat médical tu pourras justifier ton absence au travail.

a- Il tente une manœuvre pour consolider le mythe familial en considérant que l'unique problème c'est l'absence au travail.

11- *Mère* : nous étions tellement occupés par le deuil suite au décès d'une cousine, quand la nouvelle nous parvint. On nous a dit qu'il a tenté de se suicider.

a- On remarque bien que lorsque c'est le frère qui rétro-agit négativement (c'-à-d quand il réduit la tension) la mère au contraire réengage le jeu vers l'escalade (c'-à-d la rétroaction positive).

Patient (paraît très déprimé et refuse toujours de parler).

On remarque bien le rôle homéostatique du patient au niveau de l'escalade symétrique entre le frère et la mère.

12-*Frère* : heureusement qu'il n'a pas fait quelque chose de plus grave .

a- Le mythe familial et le thème « du bonheur familial » demeurent la règle incontestable et contribue à réduire tension entre les membres .

13-*Mère* : on en a marre...

(grande tension et silence) .

a- Ne pouvant attaquer verbalement les propos du frère ,étant donné le mythe familial ,la mère exprime ceci par un mécontentement général n'impliquant personne .

14-*observeur* :vous ,puisque vous êtes la femme du patient ,qu'est-ce que vous en pensez ?

15- *La femme* : je ne sais pas .et bien pour ce qui est de sa maladie, c'est la même chose qu'a déjà dit la mère .

a- Il est évident qu'une telle permission de parler ne peut lui être accordée selon les règles de cette famille, autrement les rôles en seront perturbés et menaceront la défense de la famille .

16- *Le patient* : (nerveusement il voulait sortir suite à ce que vient de prononcer sa femme et la manière dont l'acquiesce la mère).

a- On constate encore une fois la répétition du même mécanisme défensive qu'emploie cette famille .Dès que le mythe ou la défense familiale est menacé le patient réagit.

17- *Frère* : c'est étonnant qu'il ait fait une telle chose , pourtant « tout va bien chez lui » sa femme est très gentille .

a- Le « *tout va bien chez lui* »est une injonction explicite et verbale sur le mythe familial, en essayant de rappeler les règles qui régissent les rôles par : « la femme gentille et le bonheur conjugal »

18- *Le patient* : on ne peut pas s'en aller maintenant (le patient semble perturbé et demeure très gêné au cours de l'entretien).

a- Le patient en sentant une double menace sur soi et sur la règle familiale cherche désespérément de s'en sortir.

19- *Mère* : nous avons vu tout à l'heure une voisine à nous au service, elle est aussi malade et a aussi tenté de se suicider .

a- Elle punit le patient d'avoir violé une règle familiale qui consiste « à ne pas prendre d'initiative si on n'en a pas le droit ».

20- *Le patient* : ce que dit mère est juste, il n'y a aucune cause, sauf que je m'ennuie un peu à cause des enfants ...

a- En tentant de sortir il a cherché de fuir une règle familiale (le mythe de bonheur) or, la mère le remet dans sa fonction par une menace, qu'est le regard anxieux.

21- *Mère* : oui parce qu'il a sept enfants et ils vivent tous dans une seule pièce, voyez –vous.

a- A vrai dire la maladie est partout, tout le monde ; vraiment avant les choses n'étaient pas comme ça, je me demande pourquoi ?

Par un mécanisme de défense pour maintenir l'équilibre familial, elle définit le problème comme essentiellement extra –familial.

Je crois que tout le monde a des problèmes ... Le mal est en nous, on est obligé de dire la vérité pour pouvoir le soigner, le mal des nerfs s'est répandu facilement dans toute la société, nous à notre époque, nous n'avions pas le confort d'aujourd'hui mais nous n'avons pas cette maladie des nerfs ...

Nous nous sortions bien.

22- *Frère* : (en s'adressant au patient), tu n'as pas pensé à tes enfants pourquoi ? tu à fait une grande bêtise.

a- On note encore une fois l'apparition du triangle pervers lorsque le frère intimide directement le patient.

23- *Patient* : (silencieux).

a- Le silence du patient peut aussi être interprété comme une tentative échouée pour sortir du jeu familial pathogène, sans vraiment le faire, car il est incapable de métacommuniquer sur ce jeu.

24- *Mère* : avant, il était nerveux, mais ça s'aggrave maintenant.

25- *Frère* : (En s'adressant à nous), je vous assure qu'il ne parle avec personne.

a- Dépression du patient au – delà de son utilité homéostatique représente un dilemme pour le patient.

26- *Patient* : (très anxieux, tente de sortir du bureau).

a- La mère et le frère ont besoin du rôle du régulateur familial qu'incarne le patient afin de donner libre cours à leur jeu symétrique sans qu'il y ait incident ou rupture au sein de la famille.

27- *Frère* : il s'ennuie, c'est toujours comme ça, il s'énerve beaucoup.

28- *Mère* : je cherchais la personne qui l'a découragé, mais vous les médecins vous êtes plus importants pour résoudre le problème.

a- Les deux types d'interactions que nous avons développés précédemment - interaction symétrique et l'interaction complémentaire – demeurent néanmoins, une schématisation incomplète des multiples modes interactionnels possibles.

Dégagement de la typologie du deuxième cas familial :

Le premier entretien nous donne une certaine idée sur la famille, quoique superficielle. On remarque dès le commencement de l'entretien, comment, le malade, lui a été confié le rôle du bouc émissaire familial. On remarque aussi comment la mère définit sa relation avec les autres membres, de symétrie avec le frère et de complémentarité avec le patient et la femme, lesquels acceptent et se redéfinissent comme tels.

Le thème du « bonheur familial » semble être une image défensive familiale que tous les membres sont tenus à respecter. De là découle la distribution des rôles qui constituent ce qu'on appelle le mythe familial. L'égalité des rôles entre le frère et la mère conduit naturellement à une tension familiale que le patient désigné cherche à réduire par des symptômes

Toutefois, l'escalade symétrique entre la mère et le frère ne prend pas fin avec la fin de l'entretien, car on ne sait toujours pas qui a pu dire le dernier mot.

Nous avons discuté, moi et mon collègue (psychologue du service) sur tous cela, et nous avons pensé qu'il était nécessaire de faire participer davantage la femme à l'entretien et de constater les réactions qui se produisent.

Le second entretien familial a été fait avec les mêmes membres familiaux dans une durée de trois quarts d'heure.

Au cours du second entretien, les membres de la famille D.M. semblaient mieux adaptés à la situation de l'entretien collectif.

Au cours de ces deux entretiens familiaux nous avons vu comment les membres définissent leurs relations et de là, comment surgit le rôle du patient désigné.

Selon l'analyse métacomcommunicative, on peut définir les relations entre les frères, le patient et la mère de type symétrique, alors qu'entre le frère et le patient, ainsi qu'entre la mère et le patient du type complémentaire rigide. Dans ce réseau relationnel, la femme occupe pratiquement le même statut que la patient, sauf que celui-ci s'en distingue par l'apparition de symptômes visibles. Selon le second type d'analyse, que nous avons employé dans nos interprétations, qualifiées à tort ou à raison de psychanalytiques, nous avons essayé de dégager les raisons qui provoquent et maintiennent les symptômes du patient. Dans ce cas il s'agit du mécanisme imaginaire qu'emploie cette famille pour maintenir son intégrité.

Or le rôle du patient désigné trouve sa justification précisément dans le cadre aussi bien de la métacomcommunication (la définition de soi et des autres) que dans le cadre imaginaire qu'est le mythe familial (l'image de marque familiale aux autres). Dans le premier, le patient participe à une définition inter-membres dont il se trouve occupant la position basse alors que le frère et la mère occupent chacun la position haute. Ceci reste malgré tout un rapport duel, soit entre le patient et le frère, soit entre le patient et la mère. Or, étant donné la nature systémique des interactions, le patient ne reste pas indifférent aux escalades symétriques qu'effectuent le frère et la mère, car c'est à ce niveau que sa fonction devient indispensable à la famille afin qu'elle n'éclate pas. En réduisant les escalades par des symptômes dépressifs, le patient protège en même temps le mythe familial, et le cycle continu...

Le patient occupe donc la position basse dans le cadre de la communication qui sert en même temps au maintien du statu quo familial.

En outre, par sa dépression, qui représente l'aspect manifeste de cette organisation familiale. Le patient cherche, quoique maladroitement, de se désaliéner du système dysfonctionnel, sans réussir vraiment.

En somme, la dépression du patient est finalement la partie la moins pathologique du système car elle représente un signal d'alarme appelant à un changement. On peut voir dans les symptômes du patient une sorte de message analogique cherchant à métacommuniquer sur l'ensemble du dit système ; quoique le mode de communication analogique, comme on le sait, reste un mode confus et très imprécis, mais dont l'interprétation demeure indispensable. Or, l'interprétation ne doit pas se limiter au patient uniquement mais doit porter sur l'ensemble du contexte où ces messages devraient être naturellement insérés.

En schématisant à l'extrême, nous pouvons situer la fonction du patient désigné de la façon suivante :

Avec les symptômes dépressifs, le patient n'occupe pas seulement la position basse, ni seulement le rôle de régulateur familial, il conteste en fait analogiquement, comme le diront les antipsychiatres, son système familial aliéné et aliénant. Le travail d'analyse et d'interprétation consiste, dès lors, à rendre digital les messages analogiques de détresse que le patient n'a pu qu'exprimer sur son milieu familial.

Donc, sa position basse, son rôle de régulateur et son attitude de désaliénation se sont cristallisés pour former le comportement dépressif.

Il faut noter également, le fait que la mère prend toutes les initiatives. Ceci est en relation avec les symptômes du patient. Leurs comportements, de ce fait, sont assez complémentaires. Il est vrai que le maintien du même type de rapports Mère/Enfants, en dépit de l'âge, reste un fait de culture, mais cela n'empêche pas de voir dans la relation Mère-patient quelque chose de singulier dans cette famille ainsi que dans d'autres.

La rupture des frontières entre la famille d'origine et la famille actuelle s'est avérée un préjugé culturel que cette famille a exploité comme une valeur pour préserver son équilibre (ou sa norme).

Sur la base, donc, de cette analyse, on peut dire que cette famille est caractérisée par des transactions de type mélancolique, sur un fond narcissique non œdipien (à la limite de la psychose), donc sa typologie est « *une famille mélancolique* ».

c- Entretien familial du troisième cas :

Présentation de la famille :

Nous avons rencontré la patiente, la première fois, lors d'une consultation habituelle chez le psychiatre pour examen et renouvellement du traitement. Elle n'est pas hospitalisée et suivait un traitement ambulatoire.

Nous avons effectué l'entretien clinique avec la patiente où il a été question, à ce niveau, de plaintes symptomatiques.

Par la même occasion, nous lui avons expliqué en quoi consiste un entretien familial en sollicitant la présence des autres membres familiaux au prochain rendez vous. Elle paraît accepter l'idée en exprimant son accord pour l'entretien familial.

La patiente a des symptômes névrotiques (oublis, théâtralisme..) et des symptômes psychotiques puisqu'il lui arrive d'être hallucinée. La patiente, âgée de 26 ans, est donc décrite comme angoissée et irritable. Elle a fait des fugues, car elle part chez des cousins sans

avertir ses parents, en plus de son amnésie. Par ailleurs, la patiente ne semble pas être très soumise à une autorité parentale traditionnelle. Au niveau du contact avec le monde extérieur, elle communique d'une façon cohérente et ne délire pas.

La patiente vit dans une famille composée du père, de la mère, d'une sœur aînée et de petits frères.

Présentant donc, des symptômes à la fois névrotiques et psychotiques, elle fût diagnostiquée comme état limite. Angoissée et irritable, ayant un comportement de théâtralisme et des hallucinations auditives et visuelles. Le père ne semble pas exercer sur elle une autorité caractéristique des familles traditionnelles.

La mère semble, à première vue, ne pas être très impliquée dans la famille et encore moins la grande sœur. Deux comportements contrastant avec celui de la patiente.

La patiente et le père sont en conflit permanent et polémiquant énormément sur leur vécu familial.

Transcription de l'entretien et analyse du contenu :

1- *Observateur* : pouvez vous nous raconter ce qui ne va pas dans la famille ?

2- *Père* : elle va mieux, mais quelques fois elle s'énerve et se dispute avec ses frères.

3- *Observateur* : pourquoi pensez – vous qu'elle est malade ?

4- *Père* : elle s'énerve, elle se dispute, mais elle commençait à perdre mémoire, elle ne voyait plus, parle seule, puis on l'a hospitalisée, et elle est devenue très méchante avec des malades.

a- Acte d'identification de la patiente.

5- *Patiente* : non, je ne me disputais pas .(silence...)

a- Le système relationnel s'avère déjà du type escalade symétrique, donc l'apparition d'une tension.

6- *Observateur* : donc, elle est devenue malade le jour du mariage de sa sœur ?

7- *Père* : oui.

8- *La patient* (l'interrompant) : non j'ai toujours été nerveuse, et criais souvent la nuit.

a- Contradiction entre le fait qu'elle se définit comme étant « *nerveuse* » et son précédent énoncé où elle a dit qu'elle ne se disputait.

9- *Père* : elle est devenue nerveuse parce qu'on l'avait renvoyé de l'école.

- *Patiente* : à l'époque mes camarades de classe me battaient et je ne me défendais pas, alors le soir je me sentais nerveuse et instable. (la mère reste silencieuse)

10-*Père* : avant elle était pourtant très patiente, et depuis je ne sais pas ce qu'il lui est arrivé.

11-*Observateur* : que pensez-vous de son état actuel ?

12-*Père* : je pense qu'elle est guérie, actuellement elle vit chez sa tante, nous l'avons éloignée de ses frères.

a- Un acte de désignation vis-à-vis de la patiente pour sauver le mythe familial.

L'autre jour, elle a failli tomber malade parce qu'elle avait reçu une convocation du commissariat de police, elle était très inquiète et a voulu s'y rendre à 22 heures du soir, je l'ai empêchée et je l'ai même frappé ; le matin, elle est devenue très bizarre et malade. (Garder la bonne image de la famille).

13-*Observateur* : elle a donc changé ?

14-*Père* : c'est ça, mais elle est très têtue.

(Il parle avec une bonne humeur).

Au fait, sa mère aussi est malade, elle oublie, parle seule.

a- La patiente regarde son père et paraît très déconcertée par ce qu'il vient de dire.

Cette ponctuation implique que le problème de la patiente est seulement son caractère et par là l'unité familiale est préservée .

a- Cette pseudo-attaque du mythe familial n'est en fait qu'une partie du mythe même.

(Pseudo-hostilité).

15-*Père* : sa tante aussi était malade, elle était en France et avait abandonné sa famille.

16-*Patiente* : je m'énervais quand ma grande sœur ne voulait pas m'aider.

a- Elle tente de récupérer sa fonction de patiente désignée et de bouc émissaire familial.

17-Père : mais toi, tu t'énerves pour rien.

18-Patiente : mon frère aussi me rend furieuse et malade .

19-Père : c'est ton frère tout de même, et il ne faut pas oublier qu'il a ses devoirs à faire chaque soir, alors...

(Le mythe sert souvent à mettre un point à l'escalade .)

(silence).

20-observateur : selon vous, il n'y a pas de grands problèmes chez vous ?

21-Père : non, et puis toutes les familles ont leurs problèmes. Mais c'est leur mère qui est responsable de tout ça, elle frappe les gosses et néglige tout le ménage. Elle ne les éduque pas, elle parle seule, surtout depuis que nous avons perdu un de nos enfants, il a été heurté par une voiture ...

a- Cet acte de désignation rentre bien entendu dans la mythologie familiale qui fixe chacun dans une fonction bien précise .

Tension familiale et silence .

(Fin du premier entretien)

Deuxième entretien :

22-Observateur (en s'adressant à la patiente) : Comment vous vous sentez aujourd'hui ?

23-Patiente : toujours anxieuse .

24-Père : aujourd'hui, elle s'est levée à 3 heures du matin et m'avait dit qu'elle avait peur.

25-Patiente : cette nuit j'ai fais un cauchemar effroyable .

a- L'escalade semble engagée, ce qui crée une tension qui serait réduite soit par le mythe familial soit par le silence, pour marquer un round .

(silence...)

26-Observateur (s'adressant à la mère) : que pensez de votre fille ?

a- La mère répond par une défense contre tout ce qui peut menacer la bonne image familiale.

27-*Mère* : avant, elle était très calme.

28-*Patiente* : je ne suis pas comme ma tante, elle est très agressive.

a- La patiente cherche à déstabiliser le mythe.

29-*Mère* : il lui faut toujours des médicaments, sinon elle ne dort pas.

30-*Père* : moi, j'ai essayé de les laisser étudier, une de mes fille et celle-là n'a fait que son certificat primaire.

a- Le père évoque l'image de la bonne famille qui est une défense contre la menace que fait la mère.

31-*Patiente* : ma sœur est divorcée, elle a un enfant, elle est malade.

a- Acte de désignation lié à la mythologie familiale.

32- *Mère* : ce sont ses beaux parents qui l'ont rendu ainsi, elle est devenue très nerveuse.

a- La mère consolide cette désignation en nous révélant le vrai patient dépressif de la famille, « la sœur ».

33-*Sœur* : je pense beaucoup à mon fils .

34-*Père* : son fils a juste 4 ans, il n'a aucun problème, je ne pense pas que soit cela.

35-*Patiente* : c'est la faute de mon père, il l'avait mariée, à quelqu'un qu'elle ne voulait pas .

a- La patiente cherche à recréer le même triangle pervers avec sa sœur contre le père .

Le mythe est menacé.

(silence...)

36-*Observateur* : (s'adressant à la mère) :

Qu'en pensez –vous de tout cela ?

37-*Mère* : avant, elle était bien, seulement, son père lui causait beaucoup d'ennuis .

a- Le même triangle pervers est créé, cette fois, entre la mère est la patiente contre le père .

Le père est de plus en plus marginalisé .

38-*Patiente* : il ne voulait pas me laisser travailler .

39-*Mère* : pourtant elle est infirmière.

(la patiente rit).

40-*Père* : la question n'est pas là, elle est malade, quelqu'un qui a des troubles de mémoire, vous pensez qu'il est normal ?

a- Sa mère aussi a des troubles de mémoire. Avant elle était bien, mais maintenant rien ne va.

Le père réagit contre cette coalition et rappelle les rôles familiaux définis selon des images plus ou moins tordues de la réalité .

(la sœur aînée pleure).

41-*Mère* : nous vivons dans des conditions lamentables, je veux bien divorcer, il me bat tout le temps .

42-*Patiente* :oui, c'est vrai, il la frappe, n'est ce pas père?

43-*Père* : ce n'est pas du tout vrai.

44-*Mère* : j'en ai marre, j'accepte le divorce aujourd'hui même.

(elle ne le dit pas avec conviction et semble faire du chantage affectif).

a- Une pseudo-agression contre la défense familiale, puisque le message analogique atténue la menace verbale .

La mère évoque une valeur (la confiance) qui est aussi une règle familiale .

45-tais-toi, il n'y aucun problème .

46-*Mère* : si, puisque tu ne me fais même pas confiance .

(grande tension).

47-*Sœur* : (s'adressant à la mère) : tais toi.

a- Une manœuvre solidaire entre la sœur et le père pour mettre fin aux attaques de la mère .

48-*père* (s'adressant à la mère) : au fait tu, tu as emmené l'enfant voir un médecin ?

a- Acte de désignation qui représente toute une disqualification à ce que la mère avait dit.

49-*Père* : elle est folle (en parlant de la mère) sa crise a doublé, après un de ses accouchements.

a- Elle est qualifiée de malade.

50- *sœur* : elle faisait des fugues. (Silence ...)

51- L'entretien s'achève et toute la famille sort déjà du bureau, sauf le père qui reste pour nous dire que sa femme est très faible et s'il peut lui acheter des fortifiants.

Fin de l'entretien .

Dégagement de la typologie du troisième cas familial :

La première conclusion qu'on peut tirer du premier entretien, c'est que la famille H. S semble fonctionner essentiellement sur le registre de l'escalade symétrique. Là où le père se donne le droit de parler sur une chose, la patiente tente immédiatement de se définir comme égale au père, en se donnant le même droit, tout en rejetant les propos de celui-ci. Il s'agit donc d'une relation symétrique entre le père et la patiente.

La mère est restée pratiquement silencieuse au cours de l'entretien. Ce qui nous a laissé supposer qu'elle occupe la position basse. Chose qui s'est révélée fausse, car au cours du second entretien nous avons constaté que seule la sœur occupait en fait la position basse. Alors que, c'est la nouveauté de la situation (l'entretien familiale) qui a créé en la mère une attitude de repli, puisqu'au cours du second entretien, elle a cherché à participer à égalité, en se donnant le droit de le faire. Il est évident qu'un système relationnel, en escalade, aboutit à son propre éclatement s'il ne crée pas de mythe ou un patient remplissant une fonction de défense. Quoique le mythe familiale reste une défense contre les menaces venant essentiellement de l'extérieur ; alors que le patient désigné remplit plutôt une fonction de défense interne contre le dysfonctionnement même du système.

Comme nous l'avons mentionné dans le commentaire préliminaire, la famille de M. S. structure ses relations sur le mode de l'interaction symétrique et que la patiente désignée comme telle, participe à égalité dans ce système. Et comme nous l'avons remarqué dans les autres cas familiaux, les patients occupent systématiquement la position basse, ce qui n'est pas le cas pour la patiente H. S. Il est évident que dans les systèmes caractérisés par l'escalade symétrique, la fonction homéostatique que remplit le patient est indispensable pour leur propre sauvegarde. Par conséquent, nous avons pu déduire, après notre analyse de l'entretien réalisé avec la famille H.S., que le vrai patient désigné ayant une tendance dépressive n'est pas la

patiente même mais la sœur aînée. Elle est le bouc émissaire familial quand elle prend la position basse dans ses définitions de soi et des autres.

Il y a eu au cours de l'entretien, des ponctuations discordantes, quant à la définition de la cause de la maladie, ou chacun donne sa propre version en rejetant celle de l'autre.

L'interaction symétrique dans cette famille est très manifeste au niveau de la dyade Père-Patiente. Ceci pourrait nous aider à mieux comprendre « l'irritabilité » de la patiente, puisque le complément de son trouble est en réalité assumé par le père. Au moment où l'escalade rentre dans sa phase critique, l'un des membres évoque l'une des bonnes images familiales pour réduire la tension qui risque de faire éclater le système.

Les disqualifications, au cours de l'entretien, semblent remplir deux fonctions. La première est celle qui permet le rejet d'une information donnée par l'autre et rentre toujours dans le cadre de l'escalade symétrique. La seconde apparaît quand le système est menacé pour remplir une fonction homéostatique. La mythologie familiale, qui est le mode imaginaire d'une famille, est très présente dans cette famille. Chacun des membres qualifie les autres de malades mais de la façon qui correspond à leur mythe ou les rôles sont complémentaires et bien distribués.

Le silence qui surgit après chaque tension symétrique est une sorte de rétroaction négative qui permet au système de récupérer ses forces suite à l'épuisement physique et moral que connaissent ses membres. Au niveau du second entretien, la mère participe énergiquement et se définit comme égale aux autres. Seule la sœur aînée demeure dans la position basse et continue de protéger le système, d'une façon permanente. Au cours du second entretien, la mère et la patiente se sont livrées à une escalade en se définissant d'une manière inattaquable.

Par ailleurs, nous avons aussi repéré des triangles pervers où la patiente avec la sœur aînée forment une coalition contre le père, ainsi que la patiente avec la mère, en coalition toujours contre le père.

Il y a une sorte de solidarité féminine contre le père qui se retrouve marginalisé dans cette situation. Pourtant, il va réagir contre cette coalition en évoquant certains rôles propres à la famille et à ses règles. Au fur et à mesure que l'entretien avance, on voit apparaître le véritable patient désigné de la famille. Il s'agit de la sœur aînée. La mère, la patiente, H.S. et le père polarisent brusquement toutes leurs informations sur la sœur, tout en l'identifiant comme malade. La mère et le père s'engagent dans un nouveau combat symétrique, la sœur intervient pour réduire la tension, et ainsi l'intégrité familiale est sauvée.

Sur la base de cette analyse, on peut dire que cette famille se caractérise par des transactions de type- limite ou pseudo-névrotique (association de symptômes psychotiques et névrotiques), donc sa typologie est « *une famille état-limite* ».

d-Entretien familial du quatrième cas :

Présentation de la famille :

La raison qui nous a conduit à choisir ce cas familial est due au fait que la mère du patient lui rendait visite fréquemment, comparée aux autres membres de la famille.

Donc, nous nous sommes entretenu avec la mère et nous avons observé le « lien fusionnel » qu'elle avait avec le patient. C'est elle qui répondait à toutes nos questions.

Le patient est donc âgé de vingt huit ans, mais sans profession. Il exerce, néanmoins, la fonction de « taleb ». Il est marié depuis l'âge de dix sept ans et a trois enfants. La mère parlait du patient comme s'il était toujours un enfant et, lui paraissait habitué à ce type relationnel.

Nous avons entrepris la démarche habituelle propre à l'entretien familial. Notre premier contact avec cette famille, s'est fait d'abord avec la mère et le patient. Puis nous avons expliqué à la mère qu'il est nécessaire qu'on discute avec toute la famille.

Le patient semble présenter des signes de psychose, étant donné son délire épisodique. Nous avons pensé que la dyade que forme le patient avec sa mère est d'abord psychogénétique, ensuite caractérologique et enfin psychopathologique. Cette dyade était assez significative par rapport à l'état du patient et l'ensemble du fonctionnement familial.

Sur son dossier, le patient est décrit donc comme très calme, parlant peu, voire même mutique. Lorsqu'il a été hospitalisé, il avait une posture catatonique.

Son Moi était assez faible mais sans véritable éclatement. Il est décrit comme apathique et aboulique et semble désinvestir la réalité ; ayant une mère autoritaire et « phallique » qui refuse son autonomisation.

Les membres de cette famille sont le père, la mère, le patient, sa femme, le frère aîné et le frère cadet.

Cette famille peut être considérée comme une famille algérienne traditionnelle puisqu'elle est étendue. Toutefois, la mère semble détenir un pouvoir la distinguant d'une simple mère traditionnelle. En outre, il faut signaler qu'il y a une assez forte relation entre le patient et sa mère puisqu'elle parlait de lui comme s'il était toujours enfant, situation qui semble convenir aussi au patient.

Sa mère semble avoir une grande influence sur lui à tel point qu'il l'a évoquée au moment où il était très angoissé. Le patient est asthénique sur le plan physique et moral, mais cet état concerne moins un processus dépressif qu'une éventuelle schizophrénie, étant donné la dyade symbiotique qu'il forme avec sa mère « phallique ».

Le père paraît absent de la vie familiale du fait qu'il s'est remarié et ne vit plus en tout cas avec eux.

Par ailleurs, la femme avait poussé le patient à avoir leur propre foyer à eux, dans une atmosphère de querelle entre elle et la mère, laquelle ne voulait pas de ce détachement.

Transcription de l'entretien et analyse du contenu :

1- *Observateur* : racontez nous sa maladie ?

a- Le mythe du bonheur familial est menacé par l'expression « c'est plus grave, qui n'implique pas seulement le patient »

2- *Père* : voulez-vous qu'elle vous raconte encore ? (Il parle avec une nervosité et irritabilité).

a- Le père rappelle une règle familiale selon laquelle personne n'est autorisé à parler du secret familial.

3- *Femme* : cette année sa maladie est plus grave au point où il ne reconnaît plus les gens qui l'entourent.

a- Elle recentre cette fois sa description exclusivement sur le patient, ne mettant pas en cause la famille

4- *Mère* : Il est tombé malade l'année passée, depuis la mort de son cousin. Il était très angoissé mais ceci ne l'a pas empêché de travailler. Il me disait qu'il avait changé, qu'il est devenu bavard.

a- Le mécanisme défensif de la famille consiste à désigner le patient en lui attribuant toutes les difficultés, afin que les autres en soient épargnés.

5- (En ce moment précis le père parle à voix basse au patient en lui tenant les deux mains)

a- Le père cherche à former une coalition avec le patient contre la mère, ce triangle pervers perturbe la dyade Mère-Patient qui a toujours existée.

6- *Mère* : taisez-vous et laissez-moi parler : J'étais chez moi quand son oncle est venu me dire que mon fils était malade et qu'il est dans un état lamentable.

Après quoi, je l'ai emmené voir un médecin mais sans résultats.

Je lui ai fait la « nachra » et le « Nfoul » pour lui enlever le « Shour », mais encore sans succès.

Enfin, j'ai décidé de l'emmener à l'hôpital parce qu'il délirait toute la journée....

Il pleure en disant que sa mère est morteIl est devenu comme un enfant.

Il avait perdu toute notion d'hygiène et c'était moi qui s'occupait de lui et non sa femme.

Il est significatif que le premier membre ayant réagi au trouble du patient soit la mère, il est évident que tout changement, même maturatif, chez le patient constitue une menace contre la dyade Mère-patient.

a- Quand le patient, très déprimé, disait que sa mère est morte, il parlait en fait de sa relation avec sa mère qui commence à se briser.

Le fait que le patient avait cherché une certaine autonomie, vis-à-vis de sa mère, il est envahi de culpabilisation familiale cherchant à le replacer dans son rôle de « Taleb ».

7- *Femme* : depuis qu'il est tombé malade, il ne voulait plus que je l'approche.

Dans cette famille le rôle du Taleb est particulièrement valorisé puisqu'il remplit une fonction homéostatique pour la famille.

(Silence)

8- *Observateur* : pourquoi ?

9- *Femme* : sans doute à cause de sa maladie.

10-*Père* : c'est ça.

a- Le mode de communication adopté par la famille L. est celui de l'escalade symétrique où chaque membre tente inlassablement de se définir comme égal aux autres.

11-*Mère* : tais-toi (en s'adressant au père), tu ne vit plus avec nous. (La mère regarde avec mépris le père).

a- Or l'escalade symétrique ne peut être qu'un système d'interaction où la surenchère conduit naturellement à son propre éclatement. (la rétroaction positive), qui conduit le dit système, à se doter d'un moyen de sécurité qui est précisément la fonction du patient (rétroaction négative)

12-*Mère* : Il vit avec une autre femme, depuis qu'il est parti en France.

13-*Père* : je vis quelques fois là-bas, quelques fois ici.

14-*Frère aîné* : c'est qu'il est occupé là-bas en France...

15-*Mère* : il ne pense même pas à nous.

(Tension entre le père et la mère).

16-*Frère cadet* : il n'y a pas de conflits entre nous, ni de problèmes.

a- Il entreprend une manœuvre homéostatique pour réduire l'escalade.

17-*Femme* : ouiil a des problèmes avec ses frères mais comme il ne peut rien contre eux, c'est à moi qu'il s'en prenne.

Nous les femmes, nous nous disputons, c'est à dire que sa mère et moi surtout avant qu'on ait notre propre maison.

a- Le cycle recommence dans la mesure où la femme adresse une attaque contre le mythe familial.

18-(Le père très furieux essaie de sortir).

a- Il tente encore une fois de faire rappeler le respect des règles familiales.

19-*Père* : c'est faux, il n'y a aucun problème.

a- La règle est rétablie pour que la norme familiale soit rééquilibrée.

20-*Frère cadet* : il a des ennuis seulement avec ses autres frères.

Il fait une ponctuation discordante où il se définit comme le seul des frères qui respecte la règle familiale.

21-*Cousine* : il est très gentil, il n'aime pas parler avec les gens.

22-*Observateur* : pourquoi ?

23-*Petit frère* : je ne sais pas, avant je me disais que c'est à cause de l'entourage, mais maintenant je pense que la maladie qu'il a est due au conflit entre sa femme et sa mère.

a- Le mariage du patient constitue pour lui une sorte de promotion familiale, mais inconciliable avec la dyade qu'il forme avec sa mère, laquelle demeure très archaïque, et n'assimilant aucune autonomisation de l'un ou de l'autre.

(le patient assume toujours sa fonction mais maladroitement, étant donné ses symptômes manifestes).

24-*Père* : ça c'est vrai.

(Le patient ne dit toujours rien)

25-*Frère cadet* : ça c'est vrai, c'est l'une de nos caractéristiques (il parle avec une grande nervosité et gesticulation).

(Une anxiété se fait apparaître sur les autres membres).

a- La règle familiale est rappelée.

26-*Observateur* : comme vous êtes par exemple en ce moment quand vous parlez.

Notre intervention n'a pour but que de rendre actuel ce qui est présumé historique.(Hic et Nunc).

27-*Père* : oui.

28-*Frère cadet* : nous, quand nous avons des ennuis nous les extériorisons, lui non. Il est tombé malade l'année passée mais pas comme cette fois.

29-*Mère* : c'est à cause de sa femme qu'il est tombé malade

a- Le jeu symétrique connaît un nouveau round une fois que la tension familiale a été réduite.

30-*Femme* : et bien, il est à vrai dire tombé malade le soir où tu nous as rendu visite.

(Un sérieux conflit éclatât entre la femme et la mère)

a- Le contenu verbal de l'injonction du père résume d'une façon précise le dilemme du patient. Mais la manière dont il l'exprime (c-à-d le message analogique) n'est qu'une séquence à leur jeu symétrique qui consiste « à pouvoir dire le dernier mot ».

31-*Mère* : moi, je n'y suis pour rien puisque je ne vis pas avec eux. Ils habitent seuls.

a- La ponctuation discordante de la mère sous-entend que ce sont les autres ou du moins la femme qui est la cause du problème.

32-*Observateur* (au patient) : Que pensez-vous L. de ce qu'ils disent ?

33-*Patient* : c'est l'angoisse...

a- Il joue la fonction de patient désigné que lui confrère sa famille.

34-*Petit frère* : avec nous il n'était pas malheureux, une fois chez lui il est tombé malade, je ne sais pas pourquoi, il n'aime pas le mal ni l'injustice. C'est après son mariage que ses problèmes ont commencé, parce qu'il s'est marié à dix sept ans, je pense que c'est ça .

a- Il décrit une image idéalisée de sa famille dans laquelle est inséré le patient, dont le rôle est aussi très idéalisé. (le mythe familial.)

35-*Mère* : non ce n'est pas à cause de ça qu'il souffre.

a- Le dilemme du patient tient du fait du triangle pervers « instable » dans lequel, aussi bien la femme que la mère cherche à former coalition avec le patient contre le tiers de la même génération.

36-*Femme* : nous, une fois que nous avons quitté la maison de ses parents nous avons été heureux mais depuis que sa mère nous avait rendu visite que ...

37-*Mère* : (l'interrompant), tu veux dire que je suis responsable de tout ça (Furieusement) ?

38-*Femme* : c'est ce que je pense

a- Toutefois le mot « génération » ne signifie pas la catégorie du même âge mais celle du même sexe.

39-*Mère* : moi, au contraire, je vois que c'est toi le responsable de sa maladie

a- Le triangle pervers se poursuit toujours

40-*Petit frère* : personne ne peut résoudre le problème, à part lui, on ignore ce qui l'a rendu malade. (La mère jette un regard intimidant sur le petit frère).

a- Par une tactique ingénieuse il mystifie la « cause » de la maladie dans le but de mieux sauvegarder leur mythe à l'égard des agressions qui peuvent survenir.

41-*Mère* : s'adressant au patient avec une mimique anxieuse et d'un ton fort) : L. dit ce qui te fait mal, parles, parles, tu peux.

a- Ce double lien a pour fonction de fixer le patient dans son rôle et sauvegarder le statu quo familial.

42-(Le patient reste silencieux)

a- Le jeu symétrique se poursuit toujours et maintient par là, celui du patient.

43- Père : L., tu te sens mieux ?

44-*Patient* : oui .

45-*Petit frère* : c'est à cause de l'angoisse.

a- Le mythe (ou l'équilibre) familial est de nouveau menacé.

46-*Frère aîné* : mais pourquoi cette angoisse , elle est due à quoi ?

47-*Père* : Dieu seul le sait (avec un ton décisif).

a- Une rétroaction négative surgit pour consolider la règle familiale.

49-*Frère aîné* : non, il y a des raisons ?

a- On remarque à nouveaux que, quand une norme est menacée, on invoque une valeur en coalition avec un préjugé culturel pour que cette déviation soit corrigée et ainsi rétablir le statu quo.

50-*mère* : c'est un problème avec sa femme

51-*Frère aîné* : moi aussi je suis chez moi, dans ma propre maison. Et j'ai encore des problèmes avec la famille.

52-*Petit frère* : ce ne sont pas les même problèmes.

53-*Frère aîné* : moi, j'ai toujours su comment il faut réagir face à ceux qui essaient de me causer des ennuis.

a- Il y a une désignation du patient par le fait qu'ils se définissent comme étant différents de lui.

54-*Petit frère* : oui, mais lui, il ne dit rien, il est malade.

(Une tension apparaît).

55-*Frère cadet* : peut-être que sa femme veut dire quelque chose.

Une rétroaction négative met fin à cette tension.

56-*Femme* : à, vrai dire, quand nous étions ensemble, tout allait bien.

a- Elle menace l'image idéalisée de la famille.

Une dispute verbale éclate entre le frère aîné, le petit frère et la mère. Ils parlent tous en même temps sans que l'un écoute l'autre.

a- Escalade symétrique entre les membres familiaux.

57-*Petit frère* (nerveusement) : Moi j'ai beaucoup de choses à dire.

a- Une attaque directe contre le mythe.

58-(La mère le regarde anxieusement).

a- La règle familiale est rappelée.

59-*Frère aîné* : tu ne peut pas le dire.

Une réaction homéostatique.

60-*Père* : avant, L. se portait bien, mais maintenant ... (pause). Ou peut-être c'est le destin.

a- Idéalisation du rôle du patient comme un fragment fantasmatique de leur mystification de la cause.

61-*Père et petit frère* (en même temps) : c'est à cause des problèmes.

a- Le paradoxe sert en fait à violer une règle familiale sans le faire vraiment.

62-*Frère aîné* : mais quels sont les problèmes ? Moi je sais, sortez tous et vous verrez ce que je leur dirais. J'ai beaucoup de choses à révéler.

a- Le mythe familial subit une nouvelle fois une menace car la règle familiale est transgressée.

(Silence ...)

63-*Frère aîné* : c'est à cause des problèmes qu'il est malade, oui d'accord, mais il faudrait les expliquer.

a- Il cherche encore une fois à menacer l'homéostasie familiale.

64-*Frère aîné* : non, je ne peut pas le faire.

a- La défense familiale se montre cette fois-ci très efficace.

65-*Frère cadet* : c'est son mariage précoce qui est la cause de tout.

a- Il s'attaque à une règle familiale, qui est en coalition avec une coutume sociale.(le mariage précoce qui sert à l'équilibre de la communauté).

66-*Père* : mais, ses frères aussi, se sont mariés à quatorze ans, pourtant ils se portent très bien de ce genre de trouble.

a- Encore une fois, il y a eu un acte de désignation vis-à-vis du patient de telle sorte que l'image familiale demeure intacte.

67-*Frère aîné* : le problème de l'Amri, c'est sa mère et son père, voilà, si je commence à parler de cela je n'en finirai pas.

a- Il ne s'agit ici que d'une ponctuation discordante de séquences de faits qui ne représente qu'une partie du problème familiale.

68-*les frères (parlent ensemble)* : oui c'est vrai, nos parents avaient énormément de problèmes, et nous, nous avons hérité de ces problèmes. Ils nous ont mariés très jeunes, et nous étions une vingtaine de personnes à vivre dans deux pièces.

a- Les frères ont essayé de détruire le mythe familial (ou défense collective) que pour le remplacer par un autre, celui de fratrie.

Ils attaquent la même règle familiale concernant le mariage.

69-*Frère aîné* : non, tout cela n'est pour rien, c'est de son père et sa mère dont il est question.

a- Quoique qu'il dise, ceci n'est que sa propre vision de la réalité familiale, car lui aussi comme les parents participe à l'escalade symétrique.

70-*Cousine* : c'est que, avant il était très bien, je ne sais pas ce qui s'est passé.

Une manœuvre homéostatique est effectuée à ce niveau pour redresser leur mythe.

71-*Frère aîné* : L., dis quelque chose, soit franc, attaques tes parents, tu ne veux pas ? (il parle nerveusement).

a- Il ne s'agit que d'une pseudo agression du mythe et de la défense familiale, puisque sa formulation est sous une forme paradoxale et par conséquent s'invalidant par elle même.

72-*Frère cadet* : il ne peut pas parler.

(Silence).Il veut jouer le « Taleb », ils veulent faire de lui un vrai « Taleb ». Son frère

aussi était comme ça, ils sont tous des fous.

a- L'équilibre familial connaît une nouvelle menace en désignant les autres membres aussi comme malades. (A noter aussi que la famille de L. valorise beaucoup de rôle du « taleb », comme une fraction irréaliste fantasmée de son identité.

73-Frère aîné : lui, son problème, ce sont ses parents, n'est-ce pas L. ?

74-(le patient sourit et approuve ce qui lui dit le frère avec sa tête).

75-Frère cadet : on lui demande ce qu'il a, mais il ne veut pas répondre.

L. !..... qu'est ce que tu as comme problèmes ?

a- Il cherche cette fois-ci à réaliser une rétroaction négative pour l'homéostasie et en remplaçant le patient dans sa fonction.

76-Père (en tenant les mains du patient) : Réponds, dis la vérité, je te pardonne, réponds..

a- Un triangle pervers fait scène cette fois ci, dont les acteurs sont d'un coté le père et le frère, et dans une certaine mesure le patient, formant une coalition ; et de l'autre côté la mère contre cette coalition.

77-Patient : rien. (le frère et le père insistent pour qu'il parle).

(La mère jette un méchant regard au père).

78-Mère : dis-moi ce que je t'ai fait ? (Elle le regarde anxieusement)

79-Père : je pense que son problème et la cause de tout cela c'est sa mère et sa femme.

a- Vers la fin de cet entretien on comprend bien comment le patient est pris comme un objet dans leurs escalades symétriques, c'est-à-dire comme le serait une balle dans un match (on s'excuse de cette image).

Toutes leurs tensions sont malgré tout déchargées sur le patient que celui-ci ne peut assumer que par une complicité sournoise faisant partie de leur mythe.

Dégagement de la typologie du quatrième cas familial :

Notre choix concernant cette famille a été déterminé comme indiqué auparavant, il s'agit

de la dyade que formaient le patient et sa mère. Ceci nous a amené à nous interroger sur la signification, de la fonction de cette dyade à l'intérieur de toute la famille. Au niveau de cette même dyade, nous avons observé comment la mère se définit occupant la position haute et définit celle du patient comme étant basse, ce que celui-ci accepte et se redéfinit comme tel.

Du point de vu métacommunicatif, nous avons observé, tout au long de cet entretien familial comment chacun des membres se définit comme égal aux autres et inversement.

Il s'agit donc, d'une communication familiale du type symétrique, où les interactions en escalades entre les membres, sauf le patient, transforment l'atmosphère familiale en véritable radiateur surchauffé, sur le point d'éclater. Et c'est en ce moment là qu'une rétroaction négative devient indispensable à la sauvegarde de l'équilibre familial, laquelle est incarnée par la mythologie familiale et la fonction du patient désigné. Le patient semble remplir le rôle le plus magnifié de l'image familiale.

Par ailleurs, nous avons observé la manifestation de deux triangles pervers, au cours de cet entretien ; et dans lesquels le patient était pris comme objet du conflit. Il s'agit d'abord de la coalition mère – patient contre le père, (la dyade dont nous avons déjà parlé), où les acteurs sont les deux membres de génération différentes (mère et patient) contre un membre de la même génération de l'un des membres (père ou mère).

A cet égard, nous avons remarqué aussi comment le père buttait pour avoir le patient de son côté et ainsi renverser ce triangle. Un même triangle pervers et constitué tantôt par la coalition mère-patient contre la femme, et tantôt par la coalition femme – patient contre la mère.

Le patient semble particulièrement souffrir de ces deux triangles pervers. Et, par conséquent, le dilemme dans lequel il se retrouve enfermé ne lui laisse que l'alternative des symptômes. Ceci explique sa position figée et son mutisme comme une défense contre ce déchirement.

Les symptômes du patient sont devenus aigus depuis que lui et sa femme se sont « détachés » de la famille. Situation qui l'a, malgré lui, mise en coalition avec sa femme contre sa mère, d'où l'énorme culpabilité et angoisse dont il est devenu la proie.

Ce triangle, très précaire, a continué à fonctionner jusqu'au jour où la mère multipliait ses visites chez eux en s'ingérant de plus en plus dans leur ménage. La coalition femme-patient devient de plus en plus menacée et a fini par éclater quand les symptômes du patient sont devenus insupportables.

Le demande d'aide qu'a fait la Mère finalement au service de psychiatrie, n'est que la suite de ce « scénario » triangulaire. Le patient régresse, la mère retrouve sa fonction à son égard et reforme la coalition Mère-Patient contre la femme. Cet enchaînement correspond à ce

qu'on a remarqué dès le premier jour qui illustre la solide dyade que formaient le patient avec sa mère. L'escalade symétrique révèle quelques « double-liens » dont la fonction consistait à faire respecter les règles familiales quand elles deviennent l'objet d'agressions.

La famille B.L semble être organisée de telle sorte que les rapports liant les membres sont de nature symétrique, et que ces mêmes membres entretiennent des rapports de complémentarité rigides avec le patient. Cette organisation familiale est perpétuée dans la mesure où les escalades symétriques, dont l'aboutissement est l'éclatement du système, sont délimitées par le rôle homéostatique, ou par la rétroaction négative, joués par le patient désigné ou par le mythe familial dans sa totalité (La défense familiale). La défense familiale inhérente au système, nous est dévoilée donc, sur le plan verbal, par le rappel de quelques règles respectées par tous.

La fonction du patient désigné trouve donc sa raison d'être par rapport à l'ensemble de l'organisation familiale.

A travers cette analyse, on peut dire que cette famille a comme traits de caractère transactionnels de type schizophrénique, paradoxale et fusionnel. « *Cette famille est donc de typologie schizophrénique* ».

CONCLUSION

Sur la base des différents concepts et lois caractérologiques, psychogénétiques, psychanalytiques et systémiques, et suite à l'analyse typologique appliquée aux données des entretiens familiaux, nous pouvons dire que l'émergence et la structuration des traits de personnalité, comme l'émergence de la symptomatologie individuelle, sont tributaires à la fois des transactions affectives typiques et précoces entre Parents et Enfants et des relations transactionnelles typiques et actuelles entre les membres du groupe familial.

Ce qui nous permet de dire que la typologie familiale, et pour ainsi tout dire la *personnalité familiale*, est le Pattern groupal permanent qui structure et configure les personnalités individuelles des membres du groupe familial ; et ceci s'opère psychogénétiquement (historiquement) et contemporanément.

Chaque Pattern est caractérisé par des traits particuliers, de type narcissique, anaclitique ou symbolique..., qui sont en mesure de se transférer et de s'installer sur les prédispositions individuelles.

En somme et autrement dit, nous pouvons dire qu'une transaction familiale possède la propriété de se transformer en trait de personnalité.

Les lois générales systémiques et celles de la psychologie expérimentale (béhavioriste) rendent compte d'un sens explicatif du comportement, assez proche des sciences de la nature ; les lois anthropologiques proposent sur les cultures aussi un sens général, quand il s'agit d'une culture donnée, mais qui devient assez singulier quand il est comparé aux autres cultures dans le monde.

Comme par ailleurs, les lois cliniques donnent un sens (cause particulière au fait) mais qui n'est ni explicatif, ni culturel, du fonctionnement du groupe familial et celui de l'individu. Un sens qui ne s'observe pas forcément, qui ne déborde pas le groupe familial et la psychologie individuelle mais qui se comprend et s'interprète comme une histoire singulière, un « scénario », un drame, un roman non fictif, avec une bonne part fantasmatique, mais non moins réel.

Roman réel, dans lequel se déroulent des événements vécus par les participants sous forme de conflits, de coalitions, d'agressions, de tendresse et d'autonomie.

Ce qu'on entend par « sens clinique », c'est un sens qui comporte en lui une dimension réelle dans ce roman familial. Si les faits naturels sont organisés par des liens observables mais sans signification profonde et si les contes et romans fictifs sont régis par une logique mythique, fantasmatique dotée d'une signification trop profonde, il faut dire que les faits psychologiques se situent alors entre ces deux dimensions, c'est à dire qu'ils ont une signification profonde mais en même temps se déroulant dans la réalité. C'est cela, le sens clinique dans le champ de la psychologie.

Le champ psychogénétique interagit avec le champ caractérologique, lequel lui même interagit avec le champ psychopathologique. Nos hypothèses découlent donc de cette interaction des trois champs dont nous avons confirmé, à travers les études des cas familiaux, la justesse. Ainsi, le fait psychopathologique est le produit du fait caractérologique qui lui même est le produit du fait psychogénétique.

L'approche que fait la caractérologie familiale clinique des transactions affectives ; entre le soi, la pulsion et l'objet fantasmatique où on voit les étapes de maturations successives du Moi, de la pulsion et de l'appréhension de l'objet (caractère familial) ; implique une synthèse conceptuelle. Celle-ci est constituée par les apports de la psychanalyse génétique (Spitz- Winnicott- M.Mahler- Klein- Mannoni- Lebovici), la caractérologie psychanalytique (K. Abraham- W. Reich- Nacht- J. Bergeret) et la thérapie familiale psychanalytique (Lidz- Wynne- N. Ackerman- D. Levy- Richter- A. Ruffiot- R. Kaés et A. Eiguer).

Cette synthèse conceptuelle raccorde le passé du présent psychologique de la personne au présent de son passé psychologique. Les anciennes transactions affectives fantasmatiques se réifèrent en traits de caractères familiaux et individuels.

Ainsi, les différentes combinaisons entre le soi, l'objet et la pulsion débutent par le fait que le nourrisson est initialement une individualité biologique béante (une apersonnalité). Il n'est doté que de pulsions, étayées sur des besoins physiologiques, mais en quêtes de satisfactions psychologique [Le Réel]. C'est-à-dire, un soi *très très morcelé*, ayant des pulsions aussi *très très morcelées*, investissant un objet affectif fantasmatique. L'objet, étant toujours plus mature et plus évolué que le soi et la pulsion, est comme un objet *très morcelé* (Mère autistogène). Cette transaction donnera lieu à un soi un peu plus évolué que le soi apersonnalisé, donc un soi autistique très morcelé. Lequel soi autistique va à nouveau investir l'objet parcellaire (Mère schizophrénogène), avec des pulsions très partielles, ce qui donnera lieu à un soi morcelé

(caractère schizoïde en cas de fixation à ce niveau en raison du caractère familial). Si non, le soi continuera son évolution psychogénétique comme suit : le soi schizoïde, doté de pulsions partielles, (car le soi et ses pulsions évoluent au même degré après satisfaction par l'objet), investira (si la compétence affective familiale ou la limite du caractère familial), le permet, un objet affectif (La Mère, *a*) unifié mais non séparé du Moi, à l'apogée de narcissisme. Ceci est baptisé au nom de stade du miroir par Lacan et qui donnera lieu à un Moi victorieux et unifié (Moi paranoïaque). Ce reflet de l'objet unifié constitue la dernière frontière du narcissisme, c'est le *Moi idéal* [L'Imaginaire]. Cependant, les pulsions aspirent toujours, sur le plan psychogénétique, vers l'investissement d'un objet affectif plus évolué que le Moi, s'il n'y a pas eu de fixation en raison des limites de la compétences affective familiale (en l'occurrence, ici, la famille n'a pas un caractère narcissique-psychotique).

L'enfant investira, alors un objet anaclitique, idéal et platonique, désormais, *séparé* du Moi et sur lequel seront transférées toutes les qualités de grandeur, d'idolâtré et de magnificence vers l'objet (vidange narcissique du Moi au bénéfice de l'objet idéal et anaclitique). Le Moi devient *un Moi état-limite*, triste et appauvri, dépendant de cet *idéal du Moi* pour vraiment être. Enfin, si le caractère familial n'est pas de type dépressif-anaclitique, sur le plan de développement psychogénétique, le Moi sera doté de pulsion franchement sexuelles et oedipiennes capables d'investir, cette fois si l'objet affectif (Mère oedipienne) ou l'objet de sexe opposé tout en rivalisant avec le parent du même sexe (désir qui ne se comble pas par l'objet *a* définitivement). Un Moi névrotique se constituera si cette séduction oedipienne est accompagnée en même temps d'une angoisse de castration, angoisse de faute et culpabilité, en raison de l'Ordre Symbolique (le Nom du Père) qui s'intègre au Moi. Le Moi s'est donc identifié à cette métaphore paternelle qui lui indique les limites de la solution de satisfaction imaginaire (totale, immédiate où la réalité externe devient forclosée, superflu, inutile et un monde en plus). L'indifférence généralisée du psychotique à l'égard du monde extérieur en est d'ailleurs le témoin. L'objet *a* oedipien ne doit pas combler et fermer l'accès à la réalité.

Le caractère, les symptômes et le groupe familial sont les données paradigmatiques sur lesquelles se constitue une véritable caractérologie familiale clinique.

Au bout du compte, le sens de la conduite de l'individu, c'est véritablement l'enchevêtrement et la combinaison synchronique du sens explicatif avec le sens clinique singulier. Plus simplement encore, on peut dire qu'une personne joue en elle sa culture, sa psychologie familiale et son tempérament biotypologique.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU (D) et coll (1969) – **La dynamique des groupes restreints**. Edition P.U.F, Paris.
- ALBY (G) (1958) – **Névroses de caractère et caractères névrotique**. Encéphale, 47,1-16.
- BATESON (G) (1971) - **La cérémonie de Naven**. Edition. MINUIT. Paris.
- BATESON (G) et coll (1981) - **La nouvelle communication**. Edition du SEUIL, Coll. Points. Paris.
- BATESON (G) (1977) - **vers une écologie de l'esprit**. Edition du Seuil. Paris.
- BERGERET (J) (1996) - **La personnalité normale et pathologique**. Edition DUNOD. Paris.
- BERGERET (J) (1982) – **Toxicomanie et personnalité**. Edition P.U.F, Paris.
- BERGERET (J) (1980) – **Caractère et pathologie**. Encycl. Méd. Chir. Paris. Psychiatrie, 37320 A¹⁰ .
- BOUTEFNOUCHET (M) (1980) - **la famille Algérienne, évolution et caractéristiques récentes**. Edition SNED. Alger.
- BOUCEBCI (M) (1978) - **Psychiatrie société et développement** Editions SNED. Alger
- BOSZORMENY (I) et coll (1980) - **Psychothérapies familiales (aspects théoriques et pratiques)**. Edition FUF. Paris.
- BOWEN (W) (1921) – **Caractère et aliénation mentale**. Journal de psychologie, 21,3.
- BAUDIER-DELAY (1981) – **Introduction à la psychologie de l'enfant**. Edition Pierre Mardaga, Bruxelles.
- BENOIT (J.C) (Janvier 1982) - **L'information psychiatrique**. Revue, « Intervention familiale en pratique de secteur » V. 58, N°1, Edition. PRIVAT. Paris.
- BENASSY (M) (1951) – **Etude de la personnalité par la méthode des tests**. Le travail humain, 14, n° 2, avril, 103-118.
- BERGER (G) (1971) – **Caractère et personnalité**. Edition P.U.F, Paris.
- BURLOUD (A) (1942) – **Le caractère**. Edition P.U.F, Paris.
- CHILAND (C) (1974) – **Traitement au long cours des états psychotiques**. Edition PRIVAT. Toulouse.
- CANGUILHEM (G) (1966) – **Le normal et le pathologique**. Edition P.U.F, Paris.
- CORMAN (L) et coll (1953) – **Structures morphopsychologiques en psychiatrie**. Edition Expansion scientifique française, Paris.
- DUFRENNE (M) (1953) – **La personnalité de base**. Edition P.U.F, Paris.

- EIGUER (A) (1983) – **Un divan pour la famille. Du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique.** Edition Paidos/le centurion. Paris.
- EIGUER (A) (2002) – **Le divan familial** in Revue de thérapie familiale psychanalytique. In Press, Paris.
- EIGUER (A) (2002) – **La théorie de lien en psychanalyse et en thérapie familiale.** Cycle de conférence sur Enrique Pichon-Rivière. <http://perso.club-internet.fr/mahwin/Franco-Arg/Pichon/eiguer.htm>
- EY (H) et coll (1967) – **Manuel de psychiatrie.** Edition Masson, Paris.
- FREUD (S) (1967) - **Essai de psychanalyse.** Edition payot. Paris.
- FILLOUX (J. C) (1993) - **La personnalité.** Edition PUF. Paris.
- FAVEZ-BOUTONIER (J) (1960) – **La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes.** Edition CDU. Paris.
- FENICHEL (O) (1937) – **Les stades précoces du développement du Moi.** Imago, 23, 243.
- JAHODA (G) (1989) - **Psychologie et anthropologie.** Edition ARMAND COLIN. Paris.
- JEAMMET (Ph) et coll (1996) - **Psychologie médicale.** Edition Masson. Paris.
- JASPERS (K) (1933) – **Psychopathologie général.** Edition Alcan, Paris.
- KOUPERNICK (C) et coll (1973) - **Psychologie psychiatrie..** Edition. Flammarion Medecine 2^{ème} édition n°19. Paris.
- KNIGHT (R) (1954) – **Border-lines states,** in psychoanal. Psychiat. and Psychol. New York, Internat. U. Press, 97-108.
- (1970) - **Family systems morphotase et morphogenese in family process.** cité par S. W. SKINNER.
- LAZEGUE (Ch) et coll (Novembre 1877) - **La folie à deux ou folie communiquée.,** annales médico-psychologique. T18, reproduit in « Une logique de la communication » de Watzlawick.
- LACAN (J) (1932) – **La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.** Thèse de médecine. Edition le François, Paris.
- LAGACHE (D) (1949) – **L'unité de la psychologie.** Edition PUF. Paris. 6^{ème} Ed. 1983.
- LOBROT (M) (1974) - **L'animation non- directive des groupes.** Edition Payot. Paris.
- LARDJANE (O) et coll (1997) - **Elites et questions identitaires.** Edition CASBA. Alger.
- LALONDE, GRIMBERG et Coll (1988) -**Psychiatrie clinique approche bio-psycho-sociale.** Edition Gaetan Morin.. Montréal.

- LE SENNE (E) (1945) – **Traité de caractérologie**. Edition P.U.F. Paris.
- LEUBA (J) (1936) – **La famille névrotique**. RFP, n° 1, 360.
- LUQUET (P) (1962) – **Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du Moi**. RFP, 26, n° spécial, 117-293.
- MIERMONT (J) (1987) - **Dictionnaire des thérapies familiales**. Edition Payot . Paris.
- MAISONDIEU (J) et coll (2001) - **Les thérapies familiales** Edition P.U.F. Paris.
- MANNONI (M) (1970) - **Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse**. Edition du seuil, Coll Points. Paris.
- MILLET (L) (1969) – **Introduction à la caractérologie**. Edition Bordas, Paris.
- NEUBURGER (R) (1984) - **L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique**. Edition ESF. Paris.
- NASCHT (S) et coll (1969) – **La théorie de la psychanalytique de la formation du caractère in Théorie psychanalytique**. Edition P.U.F. Paris.
- PEDINIELLI (J. L). (1994) – **Introduction à la psychologie clinique**. Edition NATHAN. Paris.
- REUCHLIN (M) (1999) -**Histoire de la psychologie**. Edition P.U.F. Paris.
- REUCHLIN (M) (1996) – **Les méthodes en psychologie**. Edition P.U.F. Paris.
- RICHTER (H. E) (1970) – **Psychanalyse de la famille**. Edition Mercure de France, Paris.
- RUFFIOT (A) (1981) – **La thérapie familial psychanalytique**. Edition Dunod, Paris.
- ROBERT (M) (1982) – **Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie**. Edition Chenelière et Stanké. Montréal.
- RUSSEL (B) et coll (1910-1913)- **Principia mathematica**. 3 volumes. Cambridge University Press, Cambridge.
- SELVINI PALAZOLI (M) (1978) - **paradoxe et contre paradoxe**. Edition E. S. F. Coll . Sciences Humaines Appliquées. Paris.
- SILLAMY (N) (1983) - **Dictionnaire de psychologie**. Edition BORDAS. Paris.
- SATIR (V) (1970) - **thérapie du couple et de la famille**. Edition L'EPI. Paris.
- SKINNER (S W) 1980) - **Thérapie familiale, traitement de systèmes vivants**, Edition. E. S. F. ,Coll. Sciences Humaines Appliquée.. Paris.
- SAMACHER (R) (1996) - **psychologie clinique et psychopathologie** Edition BREAL Rosny.

SPITZ (R) (1968) – **De la naissance à la parole.** Edition P.U.F. Paris.

TISSOT (H) (1975) - **La révolution linguistique.** Edition GRAMMONT Robert LAFFONT ,
Lausanne.

WATZLAWICK (P) et coll (1979) - **Une logique de la communication.** Edition du
SEUIL, Coll. Points. Paris.

WATZLAWICK (P) et coll (1981) - **Sur l'interaction Palo Alto (1965- 1974)** , Edition du
SEUIL. Paris.

WIUFRID (H) (1993) - **L'homme psychopathologique et la psychologie clinique.** Edition
FUF. Paris.

WATZLAWICK (P) et coll (1981) - **changement, paradoxes et psychothérapie.** Edition du
SEUIL. Coll. point. Paris

WHITAKER (C) (1980) - **le Creuset Familial.** Edition Robert Laffont.

WINNICOTT (D. W) (1969) – **De la pédiatrie à la psychanalyse.** Edition Payot, Paris.

ZERDOUMI (N) (1982) - **enfants d'hier.** Edition François Maspero. Paris.