

12. Klein M. (1921-1945): *Contributions to Psycho-Analysis 1948-1964*, McGraw-Hill, New York.
13. Kohut H. (1981): « Introspection empathy and the semicircle of mental health » *Int. J. Psychoanalysis*, 63, p. 395.
14. Laing R. Esterson A. (1964): *Sanity Madness and the Family*, Tavistock Pub, London.
15. Leff J., Vaughn C. (1985): *Expressed emotion in families*, Guilford, New York.
16. Lidz T., Cornelison A., Fleck S., Terry D. (1957): « Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. I The father » *Psychiatry*, 20: 329-342.
17. Luepnitz D.-A. (1988): *The family interpreted*, Basic Books, New York.
18. Main M., Hesse E. (1990): « Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightened parental behavior the linking mechanism? » in Greenberg M.-T., Cicchetti D., Cummings E.-M. (Eds). *Attachement in the preschool years*, pp. 161-185, University of Chicago Press Chicago.
19. Miller A. (1981): *Thou shalt not be aware: society's betrayal of the child*, Farrar Straus G. Roux 1984, New York.
20. Palazzoli M. (1986): « Toward a general model of psychotic family games », *Journal of marital and Family Therapy*, vol. 6, N°1, pp. 3-9.
21. Palazzoli M. (1991): workshop: La sfida delle psicosi, Milano, Settembre.
22. Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.-M. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
23. Paul N. (1970): « The role of a secret in schizophrenia », in Ackerman (Ed.) *Family Therapy in transition*, Little, Brown and Company, Boston.
24. Schatzman M. (1971): Paranoïa or persecution: the case of Schreber, *Family Process*, 10, 2, pp. 177-207.
25. Selvini M. (1992): « Schizophrenia as a family game » *Family Therapy Networker May-June*, pp. 81-86.
26. Selvini M., Palazzoli M. (1991): « Team consultation: an indispensable tool for the process of knowledge ». *Journal of Family Therapy*, 13, 31-52.
27. Wynne L.-C., Thaler Singer A. (1963): « Thought disorders and the family relations of schizophrenics », *Archives of General Psychiatry*, 9, 191-206 and 12, 187-200, 201-212.

Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, No 2, pp. 131-144

TROUBLES MENTAUX GRAVES ET MÉCONNAISSANCE DE LA RÉALITÉ

Matteo SELVINI*

Résumé: *Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité* – Cet article revisite avec des clés relationnelles le concept classique d'idéalisation. Le contexte est celui du travail thérapeutique avec des familles comptant des adolescents ou de jeunes adultes qui présentent de graves troubles psychiatriques. Il s'agit de réfléchir sur l'un des possibles facteurs de risque familial: la méconnaissance partagée de la réalité. Ce phénomène ne concerne pas seulement le patient mais très souvent d'autres membres de la famille qui manifestement méconnaissent la situation psychologique et affective d'un ou plusieurs d'entre eux. L'examen de ce facteur de risque se situe à l'intérieur d'une hypothèse plus générale qui relie certains facteurs familiaux aux psychoses, dans les termes d'un processus trigénérationnel de transmission de la souffrance relationnelle.

Summary: *Severe mental disorders and distorted reality* – This paper revisits from a relational viewpoint the classical concept of idealization. The context is that of therapy with families with an adolescent or young adult affected by a severe mental disorder. This revisitation examines one possible familial risk factor: a shared *distortion of reality*, the phenomenon by which not only the patient but often several other family members manifestly misperceive the psychological equilibrium or affective involvement of one or more members of the family. Our attention to this *risk factor* extends to a wider hypothesis, one that sees the familial factors co-responsible for severe mental disorders in terms of the *transmission of relational suffering in a three-generational process*.

Mots-clés: Idéalisation – Démonisation – Méconnaissance de la réalité – Incompétence parentale – Négation de la souffrance – Facteurs de risque familial – Autocritique constructive – Changements répétés – Pardon.

Key words: Idealisation – Demonisation – Distortion of reality – Parental inadequacy – Denial of suffering – Family risk factors – Positive selfcriticism – Forgiveness.

Introduction

Cet article décrit l'évolution de l'investigation clinique conduite par l'équipe de M. Palazzoli après avoir mis fin à la phase de la prescription invariable (Palazzoli et autres, 1988).

* Matteo Selvini, psychologue. *Scuola di Psicoterapia della Famiglia di Milano* (viale Vittorio Veneto 1, 20124 Milano, Italie). Cet article est le résultat du travail en équipe de l'auteur avec Mara Palazzoli, Stefano Cirillo et Anna Maria Sorrentino. L'auteur remercie aussi les collègues: Gianni Cambiasi, Giovanna Cereda, Mariolina Ceriotti, Chiara Nosengo, Francesca Mazzucchelli, Gloriana Rangon et les collaborateurs Patrizia Brusa, Sabrina Cutrufello, Carla Lupo, Francesca Tonetti, Raffaella Vella et Vincenza Zagaria.
Traduction de Daniela Targa.

La nouvelle direction consiste en processus thérapeutiques basés sur *l'intégration du travail individuel et familial*. L'hypothèse selon laquelle les troubles mentaux majeurs ont une genèse multifonctionnelle (biologie familiale sociale) est aujourd'hui pratiquement acceptée par tous.

En ce qui concerne les facteurs familiaux, la querelle porte essentiellement sur le rôle que les différents chercheurs leur attribuent :

- celui d'exercer un effet stressant en exacerbant les problèmes psychologiques déjà existants, idée défendue dans les études de psycho-éducation ;
- ou un rôle plus central, substantiellement étiologique, thèse soutenue dans les recherches de Bateson (1956) Lidz (1957) et autres, parmi lesquels notre groupe (Palazzoli et autres 1988).

De toute évidence l'étude approfondie des facteurs relationnels familiaux relève de la compétence du thérapeute familial. Le présent exposé sera consacré à la réflexion portant sur l'un des facteurs possibles de risque familial : *la méconnaissance partagée de la réalité* concernant surtout les relations affectives essentielles à la survie psychique de l'individu et à son évolution.

L'étude de ce facteur de risque est constitutive d'une hypothèse plus générale qui unit les facteurs familiaux aux dérangements mentaux graves, en termes de *processus tri-générationnel de transmission de la souffrance* (Framo 1992) *caractérisé par des mécanismes de défense qui la nient*.

On suppose que des processus de défense qui, au sein de la deuxième génération (parents) peuvent résulter de mécanismes d'adaptation, peuvent en revanche être néfastes pour la troisième génération où un (ou plusieurs) membres(s) de la famille manifeste(nt) un trouble mental grave.

La culpabilisation du patient

Historiquement, notre recherche s'inscrit dans une longue tradition, controversée et contradictoire.

Si on se réfère par exemple à Bowlby (1980), on se rapporte de façon explicite à Freud avant le tournant de 1898 et plus spécifiquement à sa théorie de la séduction (trauma réel) dans l'enfance des patientes hystériques. Cette théorie freudienne peut être considérée comme l'origine d'un courant de recherches sur les troubles mentaux, fondé essentiellement sur une idée – l'inadaptation des parents à leur rôle – et donc sur le *concept fondamental du patient comme victime*, certes non passive, d'un mauvais traitement psychologique.

Après 1898, Freud – en émettant l'hypothèse de l'existence d'instincts primaires de type libidinaux et agressifs – renversa le concept fondamental d'alliance avec le patient, en une sorte de culpabilisation. Le patient était plutôt *victime de ses propres instincts* et le rôle pathogène des inadaptations parentales était, de cette façon, renié et confondu.

Il s'agit de la conception de l'*homme coupable* dont Kohut (1981) a génialement parlé en opposition à sa conception de l'*homme tragique*. A propos de cette

culpabilisation du patient, le cas Schreber (Schatmann 1971) est emblématique : sa paranoïa dérive selon Freud d'une pulsion homosexuelle refoulée en omettant de mentionner les pratiques sadiques, prétendument pédagogiques, du père du patient.

Du reste, la culpabilisation du patient, implicite dans le modèle pulsionnel et œdipien, a trouvé une continuité dans la théorisation de Klein (1921-1945) avec les concepts d'envie et de nourrisson cruel.

Il existe donc une ressemblance entre le modèle pulsionnel et le modèle biologique, dans leur hypothèse commune d'un défaut structurel fondamental du patient (en termes instinctuels ou de vulnérabilité ou de dysfonctionnement organique génétique/cérébral).

Thèse de l'incompétence parentale

Dans l'histoire de la psychothérapie, en particulier à partir des années 50, une voie de recherche s'est révélée fondamentale qui s'est au contraire explicitement référée à l'idée d'une inadaptation des parents à leur rôle comme cause de la pathologie des enfants. Du côté de la thérapie individuelle on peut citer Freida Fromm Reichmann (1950) (avec son célèbre concept de mère schizophrénogène), Lidz (1957), Laing (1964), Bowlby (1980) (avec ses études fondamentales à propos de l'interaction mère-enfant), Arletti (1955), Kohut (1981) et, plus récemment, Alice Miller (1981).

Les théories et les observations cliniques de ces auteurs représentent des étapes fondamentales dans la recherche sur les psychoses, même s'il existe malheureusement certaines erreurs théoriques de fond.

Ces dernières se réfèrent surtout à l'épistémologie linéaire de nature mécaniste qui suggère une relation de cause à effet du type : la pathologie individuelle d'un parent (ou des parents) est la cause directe de la pathologie de l'enfant.

Un tel modèle linéaire s'est révélé faux dans la pratique clinique, dans la mesure où il ne suffit pas à expliquer clairement deux phénomènes très classiques et fondamentaux :

1. La présence dans une même famille d'enfants schizophrènes et d'enfants relativement sains.
2. Le fait que des parents apparemment normaux ont des enfants schizophrènes et que des parents présentant une pathologie manifeste ont des enfants normaux.

Arieti et Kohut, par exemple, en étudiant des patients narcissiques ou borderline, avaient déjà remarqué des pathologies chez les parents, d'une gravité telle que, pour expliquer des pathologies encore plus dévastatrices chez leurs enfants – par exemple la schizophrénie – on devait rechercher d'autres causes en plus des pathologies parentales.

Historiquement, la recherche sur la famille est issue de cette impasse. Le groupe de Bateson dans sa fameuse étude de 56 (parallèlement aux recherches du groupe Wynne, 1963) théorise un lien étio-pathogénique entre schizophrénie et certains modes de communication intra-familiale.

La conception triangulaire de Bowen (1960) Haley (1967), selon laquelle l'enfant ne réagit pas seulement aux parents en tant qu'individus mais plutôt à la relation entre eux, est une idée de génie. Il s'agit là du fondement théorique de la thérapie familiale systémique et du passage fondamental du modèle linéaire au modèle circulaire.

La crise de la recherche familiale sur la schizophrénie et notre tentative de relance de la recherche relationnelle

L'épuisement du filon familial étiologique est un fait historique. Toutes les publications les plus significatives datent des années 50-60. La thérapie familiale a tendance par la suite à se détacher de la recherche sur la schizophrénie. En effet, ses leaders, en reniant leur passé, commencent à théoriser le refus du diagnostic comme point de départ inamovible de la thérapie. Haley par exemple soutient que le langage clinique est celui du diagnostic et que ce langage est non seulement peu important pour la thérapie mais encore inhibe la pensée du thérapeute (1987 p. 25).

En 1985 Mara Palazzoli tente de relancer la recherche sur la pathogénèse relationnelle des psychoses. Elle le concrétise lors d'une conférence (suivie d'un article): « Vers un modèle général des jeux psychotiques dans la famille » (Palazzoli 1986). Il s'agit d'une étape fondamentale dans la mesure où, avec la formulation d'un modèle évolutif à six stades, on abandonne l'approche fondée sur le « hic et nunc » pour se placer dans une perspective diachronique de type évolutif.

Corrélativement, on redécouvre l'individu (également grâce au passage du système à la métaphore du jeu, qui concilie la globalité du jeu avec les mouvements séquentiels de chaque joueur). Avec les concepts d'instigation et surtout d'imbroglio on commence à abandonner non sans mal le vieux neutralisme circulaire. Naît ainsi une approche basée sur l'alliance avec le patient initialement mise en œuvre de façon trop émotionnelle et à l'encontre des parents.

Pour cette raison nombreux seront ceux qui crieront au scandale et en partie à juste raison (Andersen 1990) du fait de l'utilisation des termes (faisant partie du jargon de l'équipe) *dirty games* (sales jeux) ou *brazen lies* (mensonges éhontés) appliqués aux modalités relationnelles caractéristiques des parents psychotiques. Il y a enfin une autre limite de fond: la reconstruction du processus évolutif familial a comme point de départ le *pattern* du couple plutôt que les caractéristiques spécifiques de l'évolution du patient qui commence dans la prime enfance d'une part, et d'autre part, l'exploration des souffrances endurées par les parents dans leur propre famille.

La méconnaissance de la réalité: un tournant clinico-théorique

A partir des années 87-88 simultanément à l'édition des *Jeux psychotiques dans la famille*, la nouvelle équipe de Mara Palazzoli commence à abandonner l'approche pragmatique-stratégique de thérapie courte (voire l'utilisation systématique de la prescription invariable) pour donner aux thérapies une méthodologie

complètement nouvelle: dans un premier temps une alliance avec le patient, mais également avec les autres membres de la famille, pour comprendre ensemble de quelle façon une souffrance relationnelle – présente dans la deuxième génération – a involontairement induit une souffrance encore plus grande et psychiatriquement évidente dans la troisième (Selvini M. 1992).

Il y a peu d'années, sous l'influence certaine des écrits d'Alice Miller (1981), l'observation du phénomène récurrent de l'idéalisation des parents par les enfants a acquis une place centrale dans le domaine clinico-théorique.

Dans plusieurs cas l'alliance du thérapeute avec le patient aide ce dernier à se rebeller de façon saine contre des parents précédemment idéalisés.

La remise en question de tels parents et leur *autocritique constructive* (on entend par là l'acquisition de la capacité d'autocritique et la capacité de la communiquer aux autres et à l'enfant patient non seulement de façon verbale ou formelle mais aussi en décidant de mettre en œuvre des comportements différents y compris sur un plan émotif) semblent correspondre à d'excellents progrès thérapeutiques du patient. Une caractéristique des parents de ces enfants gravement troublés, en émerge, avec une stupéfiante répétitivité et clarté: *la négation de leurs importantes souffrances personnelles et de couple*.

C'est le cas par exemple du père d'Antonio (un grave schizophrène de 23 ans) qui se présente comme un homme solide et équilibré, pilier d'une famille à gros problèmes, sa propre femme étant elle-même une déprimée psychotique. La tentative de suicide du père d'Antonio (jusqu'à présent inconnue du fils) est révélée en séance; vingt ans auparavant le père avait minutieusement préparé son suicide et l'avait mis en œuvre en se lançant avec sa voiture dans le vide. Le père survécut miraculeusement mais avec de graves blessures.

Les signes de souffrances psychiques du père, jusqu'alors niées, surgissaient de manière évidente lors des séances. Malgré cela il continuait à nier tout lien entre son suicide et une intolérable souffrance relationnelle (il aurait laissé seuls sa femme enceinte et le petit Antonio âgé d'un an). Il justifiait son geste de façon têtue et absurde en invoquant les difficultés rencontrées pour honorer des dettes.

De son côté sa femme en parlant de la période pendant laquelle son mari avait prémédité son suicide affirmait ne rien avoir remarqué de la gravité du mal-être de son mari. Elle répétait naïvement: « Il semblait heureux » et ajoutait que cette période avait été pour elle la plus belle de sa vie!

Le blocage affectif de ces parents, centré sur la négation de leur souffrance relationnelle, est de toute évidence très important, et propre à générer de véritables méconnaissances de la réalité.

Toutefois ce qui est un remède partiel pour le parent (répression du malaise) devient pour l'enfant un énorme imbroglio: Antonio croit pouvoir se fier entièrement à un père aimant et sûr; il ne peut voir à quel point il est faible, tourmenté, et plein de terribles rancunes! *La méconnaissance du malaise du père devient pour le fils une trappe*.

Le concept de méconnaissance de la réalité peut permettre de trouver une issue à l'impasse dans laquelle Fromm, Relchmann, Ariet et autres, s'étaient retrouvés: dans le processus familial: *ce n'est pas tant la pathologie du parent qui compte que la dissimulation de la souffrance*.

Un cas de ce type a été présenté par Arieti dans son livre «L'interprétation de la schizophrénie» (1955). L'auteur décrit de façon narrative un cas de schizophrénie qui lui avait été raconté par le frère d'un de ses patients névrotiques. Il expose en détails la pathologie sadique du père qui se manifestait surtout sur ses enfants. C'est presque par hasard que Arieti raconte de quelle façon son patient avait découvert assez tôt que son père mythifié en famille comme héros de la résistance antinazie ne fut en réalité qu'un pauvre embusqué. Mais le frère schizophrène qui ne l'avait jamais su avait vécu avec la fausse image d'un père exceptionnel.

La méconnaissance n'est pas la cause des troubles mentaux

Les secrets familiaux qui excluent le patient ne peuvent être en eux-mêmes particulièrement nocifs. Le secret familial est seulement un symptôme relationnel très important. (Je développerai la notion de «secret» dans un prochain article). En soi la méconnaissance ne peut être le facteur principal des psychoses. Je la définirai plutôt comme *facteur potentiel de risque psychotique*. On connaît tous, même hors de contextes cliniques, des enfants qui ont une vision très idéalisée ou de toute manière fausse des parents et qui ne sont pas pour autant psychotiques.

On doit être capable d'accéder à une vision complexe et multifactorielle des modèles relationnels familiaux. *La présence simultanée de plusieurs facteurs de risque semble essentielle.*

Les trois premiers sont encore de type familial:

1. *La méconnaissance de la réalité* dont on a parlé plus haut.
2. *Une déformation globale du parcours évolutif à partir des relations d'attachement de base.* Le patient se trouve, au sein du processus familial, dans une position difficile ou dramatique, là où ses besoins psychologiques fondamentaux sont frustrés. Un exemple parmi d'autres et que nous développerons plus avant: la faculté de destruction du père comme dans le cas Schreber ou dans celui de Franco (Selvini 1992), où ce dernier attaque le fils sur la base d'une rivalité inconsciente pour la possession de la mère. Dans ce facteur de risque on peut voir les possibles inadaptations des parents à leur rôle: négligence, exploitation, maltraitance, difficulté de percevoir les besoins émotifs de l'enfant, etc.
3. *L'intensité émotive négative* (Gottman 1994) de ces processus relationnels et donc leur faculté destructrice très élevée: pour rester sur l'exemple de la rivalité père-enfant, l'universalité d'une telle dynamique est évidente. Pour qu'elle devienne dangereuse, il faut qu'elle prenne une forme exacerbée et qu'elle dépasse bel et bien l'attachement positif et universel père-enfant.

Dans notre investigation clinique, un intéressant indice quantitatif et linéaire pourrait être offert par la comparaison entre la prépondérance de graves troubles psychiques chez les parents de schizophrènes par rapport aux parents d'anorexiques et de boulimiques. Cette différence est en effet trois à quatre fois supérieure chez les premiers, ce qui laisse supposer l'existence de souffrances plus importantes chez les parents des schizophrènes. Corrélativement maintes recherches ont clairement

démonstré (Fava Viziello et coll., 1991) que de nombreux parents atteints de troubles mentaux graves n'ont pas d'enfants sérieusement troublés. Cela confirme l'inutilité des tentatives mises en œuvre pour isoler un facteur de risque unique. En effet notre groupe pense qu'on peut psychologiquement survivre à des situations très négatives du point de vue de la traumaticité des relations et de leur intensité émotive négative sans la présence du facteur de risque qui nous occupe ici: la méconnaissance de la réalité.

Si le traumatisme est évident pour le patient, si des «témoins affectifs» de poids l'ont aidé à être conscient, alors l'inévitable malaise n'aura jamais de dimension psychotique. Ceci nous conduit à un autre facteur de risque non spécifique et extra-familial: la présence conjointe des trois variables familiales déjà mentionnées (méconnaissance, déformation globale du parcours évolutif et intensité) peut ne pas produire de phénomènes psychotiques en l'absence d'un autre facteur de *stress extérieur à la famille* (échec scolaire ou professionnel, crise sentimentale, etc.). Un support affectif ou, pour le moins, une confirmation de la valeur de l'individu se manifestant à l'extérieur du noyau familial peut compenser la situation, prévenir le déséquilibre psychotique et permettre ainsi la régression partielle des symptômes, même si les variables familiales restent identiques. L'événement stressant n'est pas seulement «la goutte d'eau qui fait déborder le vase» mais peut également obliger un enfant à se heurter à une éventuelle méconnaissance de ses parents.

Ces hypothèses multifactorielles nous semblent également confirmées par le fait que plusieurs frères et sœurs partageant les mêmes illusions (en termes d'idéalisation des parents) présentent des pathologies à des niveaux de gravité très différents. On peut expliquer cela en cherchant à identifier les autres variables de type familial et non-familial.

Les processus de méconnaissance: un schéma en cinq types

Au-delà du fait que les processus de méconnaissance ne sont pas, en eux-mêmes, la cause des psychoses, il semble néanmoins intéressant de les approfondir. Comme je l'ai déjà précisé, le concept de méconnaissance découle d'une généralisation du concept d'idéalisation. L'idéalisation est un concept psychodynamique classique revisité par A. Miller (1981) qui en propose une traduction dans un sens rationnel en dépassant la traditionnelle acception intra-psychique de type Kleinien.

Selon M. Klein (1921-45), en effet, l'idéalisation est un mécanisme de défense utilisé par le patient pour contrôler ses pulsions agressives (vers l'objet). Sans du tout nier cet aspect (c'est-à-dire le besoin de l'enfant de «sauver» ses parents), mais en accord avec Miller on mettra l'accent sur l'aspect relationnel: *le patient est objectivement désorienté par les parents qui s'auto-idéalisent* (ou se mystifient) et qui, en se masquant initialement leur souffrance, occultent également les conséquences de ces malaises dans la relation duelle avec l'enfant. Ainsi, dans le cas de la mère d'une anorexique, la négation de la souffrance – née d'avoir été depuis toujours l'esclave des besoins émotifs du conjoint – l'empêche de voir ses carences, sa propre absence, et son manque de disponibilité, dans son rapport avec sa fille.

Par le terme idéalisation, on définit donc une vision de soi ou de l'autre, entièrement uniforme et exagérément positive, sans conscience de l'existence de défauts et donc sans aucune capacité critique (ou autocritique) que ce soit sous forme de reproche, d'ironie ou d'humour.

Des phénomènes de ce type nous avaient frappés, aussi bien chez nos patients que chez leurs parents. On peut penser en particulier au désarroi profond ou à l'apparente surdité totale de nombreux schizophrènes, face à nos efforts pour mettre en évidence des comportements inacceptables de la part de leurs parents. On assiste à un authentique blocage de la pensée chez des sujets qui, à d'autres moments, apparaissent doués de capacités intellectuelles normales, voire supérieures à la moyenne. Nous avions aussi frappés des comportements plus rares – et apparemment opposés – de rage et de mépris manifestés par des patients psychotiques envers leurs parents. Les critiques étaient idéologiques ou insensées (du genre: «Tu me dégoûtes comme tous les chrétiens» lancé à une mère très peu pratiquante). Finalement le constat qu'il existait des patients oscillant rapidement entre la démonisation et l'idéalisation des parents nous permit de grouper ces phénomènes sous le dénominateur commun de méconnaissance. On entend par là *l'incapacité d'une perception cognitive et affective de soi-même ou des personnes les plus importantes, du point de vue des relations vraisemblables et non-stéréotypées.*

Nous avons ainsi commencé à nous interroger pour savoir si ces phénomènes d'idéalisation ou de méconnaissance étaient des épisodes isolés ou une constante présente dans tous les cas de grave trouble psychique. C'est de là que notre recherche a commencé. La condition nécessaire est celle d'un contexte psychothérapeutique où la famille est prise en charge de façon intense et prolongée. Il s'agit de relever la façon dont les différents membres de la famille se présentent et présentent leurs principales relations familiales au tout début de la consultation psychothérapeutique, pour ensuite confronter ce qui en émerge au fil des années à travers un processus thérapeutique impliquant toute la famille. La condition nécessaire de cette recherche consiste à ne pas s'indigner de l'évidente insincérité de la famille. Les familles en question nous «mentent» de la même façon qu'elles «se mentent» à elles-mêmes. Il va de soi que les cas de fausse motivation, d'envoi forcé en thérapie, ou de mensonge délibéré, ne sont pas pris en compte. On a commencé une observation systématique qui a abouti à une première schématisation. Les phénomènes de méconnaissance peuvent être observés et décrits en cinq types différents.

Premier type, la méconnaissance relative à la façon dont les parents considèrent leur famille d'origine

On peut schématiser en deux catégories les phénomènes répétitifs de ce genre qui nous ont frappés.

1. *L'idéalisation absolue de situations de grave malaise, voire de mauvais traitements.* La mère de Sandra (celle-ci étant très gravement anorexique) nous parle

de sa mère dès les premières séances avec beaucoup d'admiration. C'est cette dernière qui a élevé ses filles dans la mesure où elle devait travailler dans le magasin de son mari. Sandra a donc été élevée chez la grand-mère à laquelle elle est très attachée jusqu'à l'âge de six ans. Ce n'est qu'après un an de thérapie inefficace que la mère de Sandra sera capable de nous dévoiler des souvenirs incroyables. Sa mère (la grand-mère de Sandra) était enceinte d'elle avant de se marier avec un homme qui la rendait malheureuse. Il arrivait parfois qu'après s'être disputée avec son mari, elle traînait son enfant – alors âgée de six ou 8 ans – dans un coin sombre de la maison, lui mettait à la main un grand couteau et, tout en criant «C'est ta faute tu m'as gâché la vie en venant au monde!», l'incitait à la tuer. La découverte de ces faits nous a permis de comprendre comment l'apparente générosité de la grand-mère envers sa fille représentait une tentative de rachat et de réparation d'une maternité faillie. Tentative de rachat qui eut pour conséquence de contribuer de façon tragique à un autre échec, concernant lui, le rapport entre sa fille et sa petite-fille.

2. Le deuxième phénomène qui nous a frappés est celui de la négation de la souffrance et des *inévitables distorsions dramatiques* de l'évolution enfantine-adolescente normale provoquées par des conditions familiales. F. Fromm Reichman dans ses «Principes de Psychothérapie» (1950) écrivait: «Souvent ce ne sont pas les événements passés de sa vie que le patient oublie mais plutôt les réactions émotives qui ont accompagné ces événements et qui en ont découlé». «Les expériences trop douloureuses dont le souvenir provoquerait trop d'anxiété, ont été dissociées ou réprimées par les patients durant leur vie, de telle sorte qu'elles n'ont pu être assimilées. Répression ou dissociation ne signifient pas pour autant la disparition de ces faits mais la simple volonté de les oublier» (p. 94). Le père de Paolo, un schizophrène chronique grave, se souvient de quelques comportements étranges de la part de sa mère – ces comportements étant les manifestations d'une psychose post-partum – mais les interprète dans un sens qui lui est favorable: il lui ont apporté de l'amusement et de la créativité. Dans d'autres cas, les enfants maltraités par des parents alcooliques, se présentaient comme renforcés ou indifférents (invulnérables) par rapport aux vécus dramatiques de leur enfance.

Deuxième type: la méconnaissance de soi-même de la part de chaque parent

1. *En tant que personne.* Il s'agit d'un cas dont on a déjà parlé. Le père d'Antonio se présente comme un pilier, la seule personne valide et fiable, dans une famille à gros problèmes; la mère d'Antonio est une dépressive chronique psychiatrisée, la tante paternelle une ex-schizophrène déjà hospitalisée à l'asile psychiatrique; la sœur d'Antonio, une fille immature et inconséquente. Après quelques séances familiales insatisfaisantes comme on l'a déjà dit, une des tantes paternelles nous informa par téléphone, d'une part, de la tentative de suicide du père alors qu'Antonio était très petit et sa femme à nouveau enceinte, et d'autre part de ce que, par la suite, il n'avait jamais donné d'explication convaincante de son geste.

2. *En tant que partenaire dans un couple.* Les parents de Franco, un psychotique chronique grave et suicidaire, se présentent comme un couple exceptionnel quant à l'intensité et la créativité de leurs rapports. Mais il apparaît que le père a eu depuis toujours, de nombreuses et longues relations extra-conjugales, dont sa femme n'a jamais soupçonné l'existence.
3. *En tant que parent.* La mère de Carla, une jeune femme de vingt-trois ans souffrant des séquelles d'une grave psychose infantile, se présente comme une mère dévouée et très présente. Ce n'est qu'après presque deux ans de thérapie qu'elle réussira à avouer certains comportements sadiques infligés à sa fille quand celle-ci était petite, et comment elle réussissait parfois à les éviter en plongeant, en cachette, de petits animaux vivants (souris cobayes) dans l'eau bouillante, de telle sorte que leurs cris apaisent sa fureur angoissée.

Ce qui apparaît saillant dans de tels phénomènes de méconnaissance, c'est une *triple duperie*: la duperie à l'égard de l'enfant, l'auto-duperie du parent vis-à-vis de lui-même, et la collusion du conjoint dans la duperie/auto-duperie. Pour quelle raison la mère d'Antonio ne dévoile-t-elle pas la façade de perfection d'un mari qu'elle semble pourtant haïr? Comment la mère de Franco n'a-t-elle perçu aucun indice de la double vie de son mari? Quant au père de Carla, il apparut qu'il avait parfois assisté aux traitements sadiques que sa femme infligeait à l'enfant. Pourquoi les avait-il minimisés ou oubliés?

Troisième type: méconnaissance de l'image des parents de la part du patient et de ses frères

On a pu observer quatre situations possibles:

1. *Idéalisation.* Antonio vit son père (le suicidaire manqué) comme un point de repère essentiel, se fie à lui pour tout comme lorsque, petit garçon, il regardait les matchs à la télévision dans ses bras. Il n'y a de sa part aucune critique verbale ou autre envers son père.
2. *Démonisation.* Sandra l'anorexique élevée par la grand-mère manifeste à l'égard de ses parents une rancune confuse et indifférenciée. Selon elle ses parents «sont affreux» mais les raisons en sont idéologiques (elles les accuse d'être attachés à l'argent, matérialistes...). Elle n'exprime aucune critique réaliste et précise, particulièrement en ce qui concerne les rapports personnels.
3. *Oscillation entre démonisation et idéalisation.* Pietro un schizophrène grave et chronique oscille entre des attitudes totalement opposées à l'égard des deux parents: on relève des attaques destructives («Vous êtes des criminels») ou des sentiments de reconnaissance absolue pour leur bonté et leur disponibilité du genre: «Sans vous, je ne pourrais pas survivre».
4. Des situations très rares, où le patient semble en mesure de donner une description réaliste, au moins partielle, de ses parents, en soulignant certaines qualités et certains défauts spécifiques.

On a l'impression que les patients ont surtout tendance à fusionner l'image des deux parents d'autant plus qu'ils sont gravement atteints. Dans les cas moins graves on trouve au contraire une plus grande capacité de les différencier. Dans les cas graves la différenciation semble se manifester à travers des actes. Pietro, par exemple, frappe surtout son père. Antonio insulte et humilie seulement sa mère.

Dans ce sens on vérifie chez les frères des patients une capacité plus grande à différencier l'image des deux parents et les percevoir de façon plus réaliste.

Quatrième type: la méconnaissance du patient vis-à-vis de lui-même

Les phénomènes de négation ou de minimisation des souffrances et des difficultés qui caractérisent les adolescents borderline ou psychotiques sont bien connus. Palazzoli (1991) affirmait dans un récent workshop: «La négation têtue de leur souffrance et de leur pathologie, si souvent présente chez les enfants patients, trouve sa matrice dans des présomptions identiques à celles des précédentes générations de son groupe dans le sens d'une même méconnaissance de la réalité».

Cinquième type: méconnaissance du patient de la part des parents

Le processus de méconnaissance de la réalité ne peut qu'impliquer la perception que les parents ont de leur enfant. On remarque en effet, et très souvent, des attitudes de critique et de dépréciation extrêmes, ou au contraire des surestimations incroyables, de la capacité de l'enfant à agir de façon adéquate. Giacomo, un garçon de quinze ans très renfermé et dissimulé, qui s'intéresse seulement à la lecture des horaires des trains, était en thérapie chez nous, envoyé presque de force par les services administratifs compétents; il était perçu par les parents comme un garçon un peu timide et immature qui, avec le temps, se serait sûrement aligné sur ses amis. Giacomo était mutacique électif en situation d'échec scolaire: sa mère le lavait et l'habillait tous les matins. Mais en dépit de tout ça, les termes «malade», ou «handicapé» provoquaient chez les parents des réactions furieuses! A l'opposé, on trouve le cas de Fabio, un jeune de vingt ans, considéré par la mère comme un handicapé incurable, pour la seule raison qu'à l'âge de huit ans, il avait eu une première et unique crise d'épilepsie et alors que, depuis des années, les EEG étaient normaux et qu'il ne prenait plus de Gardenal.

L'interconnexion entre les différents types de méconnaissance

Sur le plan clinique, l'interconnexion entre ces différents types nous a beaucoup frappés. On a souvent remarqué que d'importants changements, presque une réaction en chaîne, se produisaient dans les différents types de méconnaissance dès que l'un d'entre eux était mis en discussion. Cette observation est d'une utilité fondamentale dans l'étude des indications ou des stratégies concernant la prise en charge de la famille entière dans le traitement des psychoses. Cela confirme non seule-

ment l'utilité de la prise en charge de tous les composants de la famille (surtout dans les cas les plus graves) mais cela nous aide aussi à trouver des stratégies flexibles d'accès à la mise en question des méconnaissances, de la part de chacun des membres de la famille.

L'expérience nous a montré qu'une autocritique constructive – même limitée à un seul des membres de la famille et même en l'absence d'une participation active à la thérapie des autres composants de la famille – peut apporter des changements significatifs. Par exemple quand la mère de Sandra dont on a déjà parlé, commença à se rappeler les violences subies par sa propre mère, elle modifia son attitude critique et négative envers sa fille anorexique. Cette dernière, à son tour, commença à ne plus nier sa souffrance, à sympathiser avec sa mère et à sortir de son état anorexique. De la même façon, le travail avec les divers composants de la famille a un sens quand le patient refuse radicalement toute aide thérapeutique. Il s'agit naturellement de stratégies (travail avec une seule personne/travail sans le patient) à employer en deuxième instance, la stratégie première consistant à agir de façon spécifique en impliquant tous les membres de la famille dans l'optique d'une union entre travail avec la famille et travail individuel.

Franco (Selvini 1992) qui refusait depuis des années toute thérapie, fut entraîné, non sans mal, en consultation avec sa famille. Au cours de la deuxième séance intervint la révélation sensationnelle des relations extra-conjugales du père. La réaction de Franco fût de commencer immédiatement un traitement pharmacologique et psychothérapeutique individuel.

Ce sont ces connexions entre les différents niveaux de connaissance qui sont d'une utilité clinique fondamentale. Dans le cas de Franco, le fait que son père ait toujours eu ces relations n'était pas, en lui-même, d'une grande importance.

Ce qui était beaucoup plus intéressant, c'est que son père avait été capable de concilier en toute bonne foi ses relations avec l'amour sincère (accompagné d'une bonne entente sexuelle) qu'il portait à sa femme. Cette contradiction spécifique montra l'énormité de sa distorsion avec la réalité. Fut aussi très significative, en parallèle, l'absolue certitude de sa femme concernant la perfection de son rapport de couple.

Pour cette raison spécifique, la révélation du secret fut, dans ce cas, fondamentale pour pointer la distorsion de la réalité au niveau des parents. Ceci n'est naturellement pas valable dans tous les cas de relation extra-conjugale. Souvent, la connaissance de telles relations ne donne au thérapeute aucun renseignement supplémentaire dans un contexte d'évidente déception conjugale.

Pardon, compassion et empathie

Corriger la méconnaissance de la réalité ne représente pas pour le thérapeute un objectif final mais seulement une étape du processus de changement. Le risque objectif existe que le patient passe de l'idéalisation à la démonisation ou au mépris, avec pour seul résultat de *se sentir encore plus seul, désespéré et enragé.* Un objectif très important pour le résultat de la thérapie est de développer la capacité du patient à se mettre à la place du parent, à éprouver de la compassion pour ses souffrances

en tant qu'enfant et adulte pour être capable à la fin de lui pardonner le mal subi. Il s'agit d'un programme thérapeutique déjà décrit par beaucoup d'autres, en particulier avec une grande clarté par N. Paul (1970).

Le propre de la thérapie de la famille est d'intégrer des stratégies thérapeutiques, spécifiques au patient, et des stratégies visant à produire des changements réparateurs de la part des parents. *Aider les parents à découvrir, accepter, et intégrer leurs propres distorsions de la réalité, est donc une étape fondamentale pour qu'ils puissent anticiper l'empathie, la compassion et le pardon de leurs fils ou y faire écho.*

Conclusion

Avec le dépassement d'importantes limites du modèle systémique (le tabou de l'individu et de la dyade) la thérapie familiale est en train de chercher des concepts susceptibles d'aider le thérapeute à conjuguer les dimensions individuelle et relationnelle-familiale. Je souhaite que cette réélaboration du concept classique d'idéalisation en méconnaissance de la réalité puisse être de quelque utilité.

Matteo Selvini

Scuola di Psicoterapia della Famiglia
di Milano
Viale Vittorio Veneto 12
20124 Milano
Italie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andersen C. (1986): «The all too short trip from positive to negative connotation». *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 4, pp. 351-4.
2. Arieti S. (1955): *Interpretation of schizophrenia*, Robert Brunner, New York.
3. Bateson G. et al. (1956): «Toward a theory of schizophrenia», *Behav. Science*, 1, pp. 251-264.
4. Bowen (1960): *La différenciation du soi*, ESF, Paris 1984.
5. Bowlby J. (1980): *A secure base*, Routledge, London.
6. Doane J., Diamond D. (1994): *Affect and attachment in the family*, Basic Books, New York.
7. Fava., Viziello G., Disnan G., Colucci M.-R. (1991): *Genitori psicotici*, Bollati-Boringheri, Torino.
8. Framo J.-L. (1992): *Family of origin therapy: an intergenerational approach*, Brunner-Mazel, New York.
9. Fromm Reichmann F. (1950): *Principles of intensive psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago.
10. Gottman J. (1994): «Why marriage fail» *Family therapy Networker* May-June, pp. 40-48.
11. Haley J. (1987): «Therapy. A new phenomenon» in Zeig J. (ed) *The evolution of psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel.